

Aan het college van Burgemeester en Wethouders van de gemeente Bloemendaal

22 april 2014

Vragen als bedoeld in artikel 40 van het Reglement van Orde van de gemeenteraad van Bloemendaal

Geacht college,

Inleiding

De Verwervingsstrategie Maatwerkvoorzieningen WMO 2015 is op 9 april jl in de commissie samenleving behandeld, cq toegelicht. Op pagina 9 van het bovengenoemde document staat het volgende: ' We streven vanaf 2017 naar resultaatbekostiging. Deze vorm van bekostiging is nu nog onvoldoende ontwikkeld in zowel de zorgsector als bij gemeenten.

Vragen

1. Waarom wordt gestreefd naar resultaatbekostiging, dwz waarom gaat de voorkeur uit naar dit bekostigingsmodel?
2. Wat wordt verstaan onder resultaat?
3. Hoe wordt resultaat gemeten?
4. Is dit bekostigingsmodel gericht op het resultaat van de behandeling?
5. Zo ja, dan is de vraag hoe en wanneer uitkomsten beschikbaar zijn voor patiënt, zorgverzekeraars, professionals en de gemeente?
6. Hoe maak je helder wat het resultaat is van de behandeling, waardoor prikkels voor doelmatigheid en kwaliteit beperkt worden?
7. In het overzicht op pagina 9 van de Verwervingsstrategie staat dat resultaat voorwaarde is voor financiering, niet de geleverde prestatie. Staat resultaat los van prestatie of verleende dienst door de zorgaanbieder?
8. Wat wordt bedoeld met zelfredzaamheidsmatrix en door wie wordt deze matrix opgesteld?
9. Hoe wordt vastgesteld dat prestaties geleverd zijn, cq behandelingen hebben plaatsgevonden?
10. Is zelfredzaamheid de doelstelling van resultaatbekostiging en hoe wordt dit gemeten?
11. In het overzicht wordt vermeld dat in dit bekostigingsmodel de kans bestaat op risicomijding aanbieders en inzet via veel interventies, wat leidt tot prijsverhoging. Hoe wordt prijsverhoging in de hand gewerkt als de beperking van zorgverlening, nl zelfredzaamheid, het doel is van resultaatbekostiging?
12. Hoe wordt risicomijding en prijsverhoging voorkomen, dwz: welke maatregelen treft de gemeente om dit risico in te dammen?

13. Waarom wordt door Bloemendaal niet gestreefd naar populatiebekostiging, wat bij uitstek voor zowel Bloemendaal als ook Heemstede een geschikt bekostigingsmodel is?

Toelichting: beide gemeenten hebben te maken met een vergelijkbare homogene bevolkingsopbouw, in redelijk goede staat, veel ouderen, hoog opleidingsniveau, weinig ernstige problemen. Populatiebekostiging betekent dat de zorgaanbieder een bedrag krijgt per inwoner of verzekerde in zijn populatie, ongeacht of deze inwoner of verzekerde nu zorg gebruikt. Het klassieke voorbeeld hiervan in Nederland is het abonnementstarief voor de huisarts. Voor iedere ingeschreven patiënt ontvangt de huisarts een vast bedrag, hoe vaak een patiënt ook bij de dokter komt. Voor dit bedrag dient de integrale huisartsenzorg te worden geleverd. Dit stimuleert doelmatig werken en vooral preventiegericht werken;

14. Op welke wijze wordt samengewerkt met Heemstede en Haarlemmerliede, dwz: hoe wordt deze samenwerking juridisch vorm gegeven en op welke wijze wordt bereikt dat door deze samenwerking op kosten wordt bespaard en hoe komt dit de efficiency ten goede?
15. Is daarbij sprake van een gezamenlijke uitvoering, of heeft elke gemeente een eigen WMO-afdeling?
16. Tijdens de commissievergadering kwam de VVD met het voorstel een extra zorgmanager aan te stellen in Bloemendaal. De wethouder vond dit een goed voorstel. Welke kosten zijn aan het aanstellen van een extra zorgmanager verbonden op jaarbasis en welk doel wordt hiermee nagestreefd?
17. Hoe vindt inkoop van zorg plaats en welke afspraken worden hierover gemaakt met Heemstede en Haarlemmerliede, cq andere gemeenten (Haarlemmermeer)?

Ik verzoek u, namens onze fractie, deze vragen te beantwoorden binnen de daarvoor gestelde termijn, waarvoor mijn dank.

Met vriendelijke groet

Marielys Roos

Fractie Liberaal Bloemendaal