



Vrijgevestigden- Hoofdbehandelaar

23 april 2014 16.30-17.30 uur

Vetgedrukt: opmerkingen/vragen etc. vanuit de gemeente

→ opmerkingen/vragen etc. vanuit het werkveld

Beginnen in de tweede week van augustus, opstarten aanbesteding via het programma 'Negometrix'. We kunnen dan als gemeente niet zien wie er inschrijven en wat er is ingeschreven. De huidige planning is dat de inschrijving tweede week van september sluit. Gemeente gaat dan beoordelen wie aan de eisen voldoen. Omdat we als gemeente gebonden zijn aan de aanbestedingswetgeving, staat een aantal termijnen vast. Eind oktober willen we daarom de laatste contracten sluiten.

→ Wij krijgen normaal prestatiebekostiging, maar de aanbestedingswet is anders. Wij zijn geen instelling. Welke kwaliteitseisen gelden? BIG-registratie? Kwaliteitseisen instellingen voor ons niet relevant, maar hoe trek je een lijn en hoe gaat de gemeente dat vormgeven richting ons als vrijgevestigden?

Tot nu toe hebben we voor de inkoop een aantal categorieën gedefinieerd, waarbij instellingen en vrijgevestigden uit elkaar zijn gehaald. Net als verzekeraars doen. Dat mag wel.

→ Van twee kanten gehoord dat dat niet zo zou zijn. Moeten de vrijgevestigden allemaal apart inschrijven of moet het in de vijf groepen die zich verenigd hebben als gesprekspartners voor de gemeenten?

Dat zijn dingen waar we het verder over moeten hebben en waar we vandaag over moeten praten. Hoe zien jullie dat, wat vinden jullie handig, kunnen jullie die afspraken onderling maken? En hoe zit het juridisch?

De insteek van de gemeente is vooralsnog dat je over de voorwaarden gezamenlijk zou kunnen onderhandelen, maar het contract per aanbieder moet houden.

→ Jullie (gemeente, red) moeten uitzoeken of dat verantwoord gebeurt, dat is niet iets wat wij uit moeten zoeken.

We willen verantwoord aanbesteden.

→ Wij hebben een soortgelijke vraag gesteld. Wij zijn een coöperatie. Dan is de vraag of wij als coöperatie mogen inschrijven, met de individuele partijen eronder. Niet met boven- en onderaannemerschap, maar echt een coöperatievorm. Die vraag willen we hier nu ook neerleggen. En ook of je het los mag koppelen. Allemaal belangen waar rekening mee moet worden gehouden.

Het stond al genoteerd. We gaan daar extra aandacht aan besteden..

We gaan aanbesteden wat ook de verzekeraars de afgelopen jaren hebben aanbesteed. We zijn gehouden aan de DBC-structuur, dus we besteden de DBC's aan. En de basis-GGZ. We zijn nog aan het nadenken over budgetten. Per aanbieder hebben de verzekeraars nu een maximaal budget ingesteld. Heb vandaag ook gehoord over open-einde-verhalen, maar durf daar geen uitspraak over te doen. De gemeenten hebben een bepaald budget en willen daar zoveel mogelijk zorg voor verlenen.

We willen zien of jullie ideeën hebben over hoe we dat in de hand kunnen houden en toch die zorg kunnen aanbieden. Dat is een van de dingen die ik hier hoop op te halen. Werkt een plafond? Ik heb begrepen dat het niet heel gewenst is. Maar we moeten kunnen sturen op een of andere manier, om binnen onze budgettaire kaders te blijven.

→ Cijfers 2011, na onderzoek NVVP over alle DBC's en de eerstelijnszorg, uitgesplitst over alle regio's in Nederland. Kinder- en jeugdpsychiatrie specifiek. Plafond kwam pas in 2012: je mocht toen maximaal 60% omzet draaien vergeleken met 2011.

In 2008 is het DBC-systeem geïmplementeerd. Dat ging op een gegeven moment lopen en toen is veel productie gedraaid. In 2011 ook, en dat is daarna op 60% gezet. Of dat goed is uitgepakt weten we niet, want de cijfers over '12 zijn nog niet bekend.

En je hebt ook niet de in- en output van klanten. Zijn er 40% klanten blijven zweven, of hebben we het efficiënter gedaan? Ik (één van de vrijevestigden) bereken iedere drie maanden per zorgverzekeraar of ik onder het omzetplafond blijf. Dus je hebt extra administratie, om dat vanuit je DBC-cijfers te genereren. Je voert je productie in en daar filter je gegevens uit in een Excel-bestand, om te kijken of ik binnen het plafond blijf. Ik blijf er altijd keurig binnen, dus in feite hoeft het niet, maar als je erover heen zit: je hebt wel je zorgplicht en het wordt teruggehouden door de zorgverzekeraars van je productie. Het is dus heel belangrijk dat je eronder blijft.

Concreet: bij CZ betekent het dat ik maximaal 4 zware klanten of 8 lichte klanten mag doen en anders ga ik over het budget. Het is heel scherp. Menzis zit volgens mij in het gemiddelde. Bij CZ zit ik aan mijn plafond, heb ze gesproken en ze geven toe te weinig ingekocht te hebben. Daar zijn ze zich van bewust en ze gaan het volgend jaar anders doen. Hoe dat uit gaat pakken, zal de tijd uitwijzen.

Ik heb de afgelopen jaren mijn cijfers laten zien. Ze hebben het plafond keurig bijgesteld naar wat ik gemiddeld draai, maar je moet wel echt die feitelijke cijfers paraat hebben.

Voor de meeste van ons is Menzis redelijk, CZ zit veel te laag. Als gemeente moet je dat misschien allemaal bij elkaar optellen en daar een gemiddelde van nemen. VGZ en Achmea doen het ook goed.

→ Zorgverzekeraars hanteren verschillende criteria voor budgetstelling, er zijn verschillende modellen. Maar het plafond moet flexibeler en de administratielast moet omlaag. Je raakt steeds verder weg van het echte klantwerk, er komt steeds meer controle. Het is een beetje geënt op wantrouwen, omdat er mensen zijn geweest die hebben gefraudeerd. Dat kunnen we ook niet ontkennen, maar het is voor welwillende zorgaanbieders wel een last erbij.

→ Je krijgt een budget en start een behandeling en je krijgt pas je financiering als je het dossier sluit. Je moet het dus zelf bijhouden en dient pas later in. Het lastige van ons vak is, dat je het financiële vergoeding krijgt als de DBC beëindigd is. Pas dan weet je hoeveel tijd je aan een klant besteed hebt.

We hebben in 2008 geen geld ontvangen. Het geld over 2008 krijgen we pas in 2009. Je loopt altijd een jaar achter de feiten aan. Eind 2014 krijgen we pas de eindinkomsten van 2013.

→ Als een behandeling langer dan een jaar duurt, moet je ieder jaar een DBC openen. Stel: je hebt in december 2013 een DBC geopend, dan ontvang je het geld pas eind 2014. Je moet het zelf bijhouden waar je staat in de contractafspraken, dat is lastig. Je bent in het lopende jaar alweer bezig met de contracten van het jaar erop, waarbij allerlei besluiten worden genomen op basis van het nog lopende jaar. Je moet heel erg bij de les blijven.

Hoe kan dit worden verbeterd? Als wij op dezelfde voet verder gaan als de verzekeraar, verandert er niets. Hoe zouden wij het anders kunnen doen?

→ Lastige vraag. Je moet niet terug willen naar vroeger, maar een paar jaar geleden was het een stuk overzichtelijker. Alles is nu achteraf, je zit vast aan de DBC-structuur. Maar misschien niet aan de manier van afrekenen. Misschien aan het einde van het jaar afsluiten?

→ Vanmorgen bij provinciale jeugdzorg werd gevraagd hoe we lichtere vormen kunnen aanbieden. We willen innoveren. Daarin kunnen wij als samenwerkende partijen ook heel veel bieden. Als je dan met plafonds gaat werken, wordt het lastig. Omdat je mee wilt denken en innoveren. Hoe ga je daar mee om? Als wij de krachten bundelen, kunnen we veel meer volume draaien dan we nu als eenling doen. De vraag is hoe we jullie van informatie kunnen voorzien. Wat kunnen we? En hoe ga je ruimte inplannen voor plafonds.

→ Je kunt besparen op overhead als je dat gezamenlijk doet.

→ Vanmorgen ging het ook over een gezin met een plan. Je gaat meekijken met een regisseur. Dat je binnen je samenwerking gaat kijken wie er het dichtste bijzit, zodat je veel sneller kunt schakelen en sneller de cliënt op de goede plek hebt.

→ Wij hebben heel veel mogelijkheden om te kijken hoe je dichterbij de mensen kunt komen. Dichter in de wijk, samenwerken. In hoeverre is daar ruimte voor?

→ We hebben nu al contacten met huisartsen, samenwerkingsafspraken. Dan kun je al veel sneller cliënten helpen dan we nu al doen. Waardoor je uiteindelijk veel meer volume aan zou kunnen.

→ Hoe kun je zorgen dat er ruimte is voor innovatie, ook financieel. Begrenzen dat we niet over de kosten heen gaan. We hebben een bepaald budget. Wat voor systeem kunnen we hanteren dat jullie daar controle over hebben.

→ Vrijgevestigden zijn echt de helft of meer goedkoper dan instellingen. Dat zie je met alles. De kinderpsychiater slurpt wel wat meer van het budget op. Daar kan je misschien wat mee spelen maar we willen geen van allen richting instellingen. Dan ga je weer terug en haal je de kracht eruit.

→ Er is een keuze van welke zorg je inkoop. Als er een goed idee komt, kunnen we dat dan voor een bepaalde datum indienen?

Die afspraak zou ik inderdaad willen maken. Ik heb nu een aantal weerspiegelingen gehoord van hoe het nu werkt. Jullie zijn aan het denken maar er moet nog iets meer worden gedacht en uitgewisseld. Jullie werken met een systematiek die je nu al helemaal eigengemaakt hebt en wij willen een vereenvoudiging van die systematiek. Als jullie daar goede ideeën over hebben, horen we dat graag. We horen graag suggesties die ook voor ons goed werkbaar zijn. Financieel en met de vinger aan de pols.

→ Kan er een e-mailadres geopend worden daarvoor? Het is denk ik belangrijk om de ideeën te stroomlijnen. Er komt in korte tijd waarschijnlijk vrij veel binnen.

→ 8 mei komen de leden van ons groepje ook bij elkaar. Dan zal het voor ons ook een agendapunt zijn. Dan kunnen wij het direct terugkoppelen.

Die afspraak hebben we staan. Wat zijn jullie nog tegengekomen in het strategisch document?

→ Ik vond het prettig dat onze positie specifiek benoemd werd. We hebben net het regisseursmodel onder onze neus gehad. Dat is eerder toegelicht in Almelo. Ik denk dat veel van ons willen meedenken over de toegang en begeleiding. Het wordt heel strikt gescheiden in jullie visie dat degene die naast de klant staat, de regisseur, zo onafhankelijk mogelijk is. Ik ben al maanden aan het denken wat dat zou kunnen zijn. Wat is nou zo onafhankelijk mogelijk? En hoe krijgt hij de deskundigheid in huis. Hij moet samen met de klant gaan kijken welke zorg hij wel of niet nodig heeft. Welke zorgaanbieder wel of niet handig is. Het is wel een hele cruciale persoon.

→ Ik heb wat ervaring in Enschede met wijkcoaches. Dat is eigenlijk ook een beetje die regisseur. Daar liepen wij er tegenaan dat het soms lang duurde voordat de mensen op de goede weg waren. Dat vind ik een risico van een regisseur. Hij moet snel toegang hebben tot expertise.

We zijn bezig met de doorontwikkeling van de wijkteams. We moeten een bepaalde deskundigheid hebben, kunnen invliegen, consulteren. We beseffen ook dat je niet alles op lokaal niveau moet regelen. Een regionale expertisepool, met een aantal experts, zou wat zijn. Niet iedere gemeente hoeft zijn eigen jeugdpsychiater of orthopedagoog te hebben. We zijn aan het nadenken over het regisseursniveau en hoe je het goed wilt inrichten. Welke expertise heb je dan nodig?

We zijn ons ervan bewust dat specifieke expertise regionaal geregeld kan worden. Die regisseur moet wel iemand zijn met de juiste expertise of moet de juiste expertise kunnen invliegen. Je moet ook niet te laag invliegen. Je kunt ook meteen hoog invliegen als dat nodig is. En dat moet je kunnen herkennen.

Er zijn heel veel trajecten aan de gang, pilots, om die wijkcoaches goed in de vingers te krijgen. Hengelo heeft volgens mij ook zo'n pilot lopen. Andere gemeenten zijn dan weer op andere terreinen bezig. We proberen daar wel van de leren. Wij kijken naar de consultfunctie, of die voldoende is toegelicht.

→ Zijn die experts dan in dienst van de gemeenten?

Nee, die zijn in dienst van de instellingen. Het zou rekenkundig misschien wel slim zijn om zelf iemand in dienst te hebben, maar op dit moment is dat niet de insteek.

Vanmorgen was er een discussie over toewijding. Als je zo'n pool los zou weken van de instantie krijg je een zwevend ding en is er niet meer de input van de moederorganisatie. Dat is volgens mij wel belangrijk.

De wethouder licht het model van de gemeente Hellendoorn toe. In mijn eigen gemeente is een multidisciplinair overleg. Daar zitten heel veel mensen aan tafel. Daar worden ook mensen van de tweede lijn aan tafel gevraagd als dat nodig is. Het is een sociaal wijkteam en daar komen deskundigen bij. Dan kun je samen heel veel verder komen. Sommige teams hebben ergotherapeuten. Die hebben zich ook bijgeschoold en dat kunnen hele goede krachten zijn als regisseur. Vaak denk je aan een schaap met vijf poten. Maar ik denk dat die regisseur in ieder geval deskundig moet zijn en in samenspel met het team dingen moet bepalen.

(zou ik weghalen, niet relevant voor de discussie)→ Terug naar het inkoopbestek. We hebben tien stappen. Die worden toegelicht in een strategienota. Maar er zijn nog een aantal dingen algemeen beschreven die nog geconcretiseerd moeten worden, zoals bijvoorbeeld de kwaliteitseisen. Wanneer weten jullie dat. Als ik denk aan de PPA dan is er een diversiteit van kwalificaties in onze groep. Wanneer kunnen we dat terugkoppelen zodat we al een idee hebben voordat we eraan beginnen.

. We gaan daar zelf eerst over nadenken. Dan geven we in de planning aan wat we zelf verwachten. Nog meer vragen?

→ Ik herinner me dat er in het begin veel is gesproken over de frictiekosten. Ik weet niet wat daar uitgekomen is.

De gemeente heeft gezegd dat ze niet opdraaien voor die kosten. Dat is een heldere lijn die ook door het kabinet gecommuniceerd is. De staatssecretaris heeft het daar ook in Groningen nog over gehad. Er werd gezegd dat iedereen wel kan roepen dat er frictiekosten zijn, maar we zijn nu juist bezig om die tegen te gaan. Uiteindelijk gaan we een speciaal team formeren die dat gaat onderzoeken en als die worden aangetoond, gaat het kabinet daarover.

In die twee inkooptrajecten, het continueren van zorg, en het aankopen van nieuwe zorg, daar staan de frictiekosten los van. Dat is de keuze die gemaakt is.

→ De bevoorschotting. In feite is dat de andere kant van het omzetplafond. We dachten 75% uit te zetten en dan steeds te monitoren hoe je per instelling met de uitgaven zit. En aan de hand daarvan het beleid bijsturen. Hoe moet ik me dat concreet voorstellen?

Ik ken dat percentage niet. Dat deel is dan een voorschot om de liquiditeit een beetje scherp te houden, dan hoef je niet een jaar voor te schieten.

→ De maximumtarieven zijn dit jaar heel laat vastgesteld. Dus pas in juli komen de betalingen van de generalistische basiszorg en de speciale zorg. Daar zit een half jaar wachttijd op. En straks zitten we natuurlijk met de overgang naar de gemeente. We moeten in december alles afsluiten bij de zorgverzekeraars. Maar dan is het nog de vraag hoe jullie het gaan regelen. We krijgen dus drie keer die hobbels.

→ De grotere instellingen zeggen dat ook. Als we naar een bank gaan om dat te overbruggen zeggen ze nee, omdat ze niets weten over onze omzetten van volgend jaar. Het is twijfelachtig dus we krijgen niets. We moeten met elkaar kijken hoe we dat oplossen.

→ Je moet goede reserves hebben opgebouwd. En je krijgt ook bevoorschotting van de zorgverzekeraar.

Wij moeten opletten dat mensen niet gaan frauderen. Er zijn altijd mensen die over dat streepje willen gaan. Dus we moeten daar dingen voor inbouwen. Het kan niet allemaal op basis van vertrouwen. We moeten zekerheden inbouwen, het liefst zo min mogelijk. En met zo min mogelijk administratiedruk. Dat is onze insteek.

→ Ik begrijp dat jullie het in de lijn van de zorgverzekeraars willen doen, maar er zullen natuurlijk ook andere zorgaanbieders zijn. Het gaat om kwaliteitseisen. Wat houden jullie aan?

→ Het is belangrijk voor onze achterban. Nu staat in jullie document alleen de psychologen en psychotherapeuten. Maar we kijken bijvoorbeeld ook naar de orthopedagogen.

Dat is het lastige van zo'n strategisch inkoopdocument, het gaat over alles maar je kunt niet alles per sector uitsplitsen. Iedereen die nu hoofdbehandelaar kan zijn, hanteren wij. Dat moeten we wel communiceren.

→ Je mag er ook inzetten dat er eindelijk rust in de tent is ingebouwd ten aanzien van de GGZ. Eigenlijk lopen alle andere lijnen anders.

Dat is ook het doel van de afspraken met de VNG en de zorgverzekeraars om de rust te bewaren. Niet dat jullie net de DBC-structuur hebben geïmplementeerd en wij het weer anders gaan doen. Daar is over nagedacht. We zijn daar niet op alle punten blij mee. Ik had liever gehad dat we het dan gezamenlijk hadden bedacht in plaats van vlak voordat het overging. → Ik heb nog een inhoudelijke vraag. Er is vorige keer gesproken over het medebehandelaarschap om dat eventueel uit te breiden. Is daar nog iets uitgekomen?

Daar zijn we nog niet zo concreet aan toegekomen. We hopen op 1 juli het bestek klaar te hebben. We gaan ook de mogelijkheid voor consultatie en diagnostiek onderzoeken.. Of bijvoorbeeld de behoefte om bij vechtscheidingen hulp in te zetten. Dat soort dingen zijn beleidskeuzes waar we nu mee bezig zijn. We hebben gisteren het eerste gesprek met Menzis gehad in het kader van het ondersteuningstraject. Wij hebben ook gevraagd waarom ze hebben ingezet op de 80/20, waarom ze daarvoor gekozen hebben. We hopen dan op 1 juli alles uitgekristalliseerd te hebben.

Wat kan er in de administratie minder. Wat moet je nu allemaal registreren?

→ We zijn zo een kwartier verder als je daar antwoord op wilt. Maar dit kan misschien beter op een ander moment.

We willen open staan voor suggesties voor een goed inkoopbeleid en een goed inkoopproces.

→ Ik hoop dat de jeugd-GGZ niet verzuipt in alles wat ik van de week in de Week van de Participatie heb gehoord. Wat voor Almelo geldt zal ook voor de andere gemeenten gelden neem ik aan. Wat er op je afkomt aan

decentralisatieveranderingen en dus grote onderwerpen als passend werk, WMO, passend onderwijs, de hele jeugd en ons splintertje dat is echt heel veel.

Wij hebben bewust bij die eerste ontmoetingen gezegd dat het een stelselwisseling is die zijn weerga niet kent, met geweldige consequenties. Die bewustwording begint nu een beetje te komen. Wij zagen het wel een beetje aankomen. En we zijn er nog lang niet.

→ Als ik hoor hoe ze met grote reuzenstappen over dingen heenlopen, houd ik mijn hart vast.

De administratieve lastendruk is daarom nu nog te voorbarig. De beleidsvorming moet goed zijn. Daar moeten we mee beginnen. En daarna moeten we kijken hoe we in de marge dingen kunnen sturen.

→ Wij hebben straks één inkopende partij. Dan heb je voor jeugd uniformiteit over wat er gevraagd wordt. Nu heb ik contracten waarin iedereen iets anders vraagt en ik moet er heel divers aan gaan voldoen. En dat is lastig. Wat zou helpen is dat je voorheen zittingen kon declareren. Nu heb je DBC's. En als er dan ook nog budgetten zijn waarin gesteld wordt dat er bepaalde plafonds zijn. Het is mijn verantwoordelijkheid dat ik dat verspreid over het hele jaar. Als ik halverwege denk dat ik niet uitkom, moet ik dat zelf op tijd aangeven. Je hebt wel een zorgplicht. Als je het niet goed hebt ingeschat, moet je wel de zorg blijven bieden. Het zou fijn zijn als dat eenvoudiger kan. Ik moet nu alle DBC's tussentijds monitoren. Dat vraagt heel veel van mij. Ik moet ook allerlei verschillende verslagen maken. Een behandelplan, een indicatie, bericht aan de huisarts. Voor een cliënt ben ik met drie of vier verslagen bezig. Dat vraagt veel tijd. Dan moet ik nog kwaliteit meten. Het verhoogt niet echt de kwaliteit, het geeft wel een bepaald gevoel van kwaliteit omdat het op een bepaalde manier zichtbaar wordt. Maar de tijd die het kost gaat waarschijnlijk weer van de kwaliteit af.

→ Het zou al schelen als één verslag volstaat.

→ Een behandelplan is iets waar je best in kunt snijden. Je bespreekt dingen met je cliënt maar het hoeft niet zo uitgebreid.

In de jeugdwet staat iets vastgelegd over een behandelplan. Daar ontkom je niet aan. Misschien kun je het behandelplan voor alles gebruiken? De ROM als kwaliteitsinstrument. Hoe staan jullie daar tegenover?

→ De klanten doen het braaf maar of het een verbetering is, dat hangt denk ik af van het instrument. Waar kijk je per sessie naar. Voelt de cliënt zich gehoord, serieus genomen. Hebben we behandeld wat we moeten behandelen. Een voor en een nameting maakt nog niet duidelijk of het een goed instrument is.

→ Het is een beheersinstrument. Maar weet je wat je wilt weten? Je kunt het ook gebruiken in behandeling. Maar in de praktijk gebruik ik het inhoudelijk heel weinig.

→ Wij gebruiken het in de tweede lijn wat langer. Maar het is in de psychotherapie ook al langere tijd bekend dat als je een wat langer traject hebt, de klant best tevreden is over de werkrelatie of het niveau, maar een paar sessies later, als je de cliënt een paar flinke schoppen onder zijn kont hebt gegeven omdat hij iets niet kan of durft of wat, hij toch in zijn niveau is gezakt bij bijvoorbeeld de kwaliteit van de hulpverlener. En pas in de loop van de tijd zie je weer een stijging. Maar je moet alles korter en efficiënter behandelen. Wat doe je dan met zo'n ROM-meting?

→ Doe je het voor de verzekeraars of voor jezelf. Ik doe het vooral voor de verzekeraars. Ik doe het eigenlijk allemaal al mondeling met de cliënt. Ook het behandelplan. Je vraagt hoe tevreden de cliënt is, je leert de cliënt ook feedback te geven op je eigen houding. Het voordeel van de ROM is dat het dan concreet meetbaar is. Je hebt geen discussie meer over subjectiviteit. Je doet het omdat het moet.

Eigenlijk moet je zoeken naar bruikbare instrumenten die echt kwaliteit meten.

→ Het lastige is dat je vragenlijsten hebt, die kun je ook gebruiken. Als de klachten dalen, heb je het goed gedaan maar verhoogt dat ook de kwaliteit van leven? Dat is niet altijd zo. Als je de Kwaliteit van Leven-lijst hebt, heb je andere gebieden. Iemand kan constant blijven in zijn kwaliteit van leven, maar je hebt wel het probleem opgelost. Andere gebieden hadden bijvoorbeeld ook problemen maar daar lag de hulpvraag niet. Of daar ging het eigenlijk best wel goed.

→ Ik heb ook mensen met een hele specifieke klacht waar ik echt iets in kan bijdragen maar die scoren niet in het rode gebied. Als het criterium is dat er een probleemscore moet zijn, maar iemand heeft een specifieke klacht, mag ik hem dus niet helpen. Terwijl als het bijvoorbeeld een enkelvoudig trauma is, dan scoren alle gebieden goed, maar diegene kan niet slapen omdat hij steeds aan die beelden moet denken. Ik kan die persoon in twee behandelingen helpen, maar ik kan die persoon niet aannemen.

Ik snap de redenatie en ik zie ook voordelen. We kunnen er baat bij hebben en ik wil het ook wel integreren in mijn werkwijze, maar om er een norm aan te stellen vind ik moeilijk.

Ik moet het afronden.

→ Jullie zeggen: ROMmen doen wij nu, die lijn willen wij voortzetten, maar op termijn is er behoefte aan een keuze daarin en wellicht input van onze kant.

We zijn op zoek naar een goede kwaliteitsmeting maar ik hoor nu dat jullie het met name voor de zorgverzekeraar doen.