



**S. de Langen**

*Wethouder Volksgezondheid, Zorg, Ouderen en Sport*

**Bezoekadres:** Stadhuis Coolsingel 40

3011 AD Rotterdam

**Postadres:** Postbus 70012

3000 KP Rotterdam

**Website:** [www.rotterdam.nl](http://www.rotterdam.nl)

**E-mail:** [bbo@rotterdam.nl](mailto:bbo@rotterdam.nl)

**Inlichtingen:** J.R.C. Janse

**Cluster:** Cluster Maatschappelijke Ontwikkeling

**Ons kenmerk:** 21MO00697 - 21bb001439

**Datum:** 29 januari 2021

**Betreft:** Reactie consultatie Zorg voor de Toekomst

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Geachte heer/mevrouw,

Hieronder treft u de reactie van de gemeente Rotterdam op uw discussienota Zorg voor de Toekomst.

### **Inleidend**

De gemeente Rotterdam ziet de noodzaak van een toekomstverkenning voor de zorg en zijn verheugd dat VWS voor het starten van een maatschappelijk en politiek debat hierover nu een eerste aanzet heeft gegeven. We maken dan ook graag gebruik van de gelegenheid om hier vanuit Rotterdam onze zienswijze op te geven aan de hand van de door u gestelde consultatievragen.

In Rotterdam hebben we te maken met grote gezondheidsverschillen tussen inwoners en veel gezondheidsbelemmeringen die tegelijk aangepakt moeten worden: leefstijlgerelateerde gezondheidsproblemen, lage sociaaleconomische status, armoede, schulden, laaggeletterdheid, opvoedings- en gezinsproblematiek en sociaal en psychische kwetsbaarheid. Ook zien we een toenemend aantal zelfstandig wonende kwetsbare inwoners en een groter beroep dat wordt gedaan op hun zelfredzaamheid. Mantelzorgers staan hen bij, maar worden op hun beurt schaarser, ouder en ook kwetsbaarder. Een toenemende krapte op de arbeidsmarkt.

Gemeenten hebben een grote rol in het bevorderen van een sterke sociale basis, een gezonde leefstijl en het (tijdelijk) ondersteunen bij participatie. Gemeenten bieden maatschappelijke opvang, maatwerkvoorzieningen Wmo (ouderen, verstandelijk beperkten, GGZ), welzijn, algemene voorzieningen en zijn actief in de domeinen publieke gezondheid, preventie en (O)GGZ. Wij onderschrijven zeer de aandacht en de inzet op preventie in uw discussienota. De andere thema's vanuit het gemeentelijk perspectief zien we nog onvoldoende terugkomen. Meer inzet op preventie en regionale samenwerking is zeker noodzakelijk, maar de nota doet te weinig recht aan de belangrijke verantwoordelijkheden die gemeenten vervullen in het zorgdomein, en waarvoor – zoals bij u genoegzaam bekend is – ook structureel meer middelen nodig zijn om deze op een verantwoorde manier te blijven uitvoeren.



Uw discussienota vormt daarmee zeker nog geen volledig antwoord op de (terechte) zorgen die aan het begin van de nota worden gesignaleerd: bij ongewijzigd beleid wordt de zorg onbetaalbaar en onorganiseerbaar, en kan de toegankelijkheid en het kwaliteitsniveau niet langer worden gewaarborgd. Toekomstbestendigheid borgen we niet alleen door meer geld in het systeem te brengen en het systeem te verfijnen. Ook in het werkveld van jeugdhulp en Wmo zal in de toekomst een (nog) groter beroep nodig zijn op de burgers zelf om de zorg aan de meest kwetsbaren te kunnen blijven garanderen. Wij missen in de discussienota een aanzet tot de meer fundamentele keuzes die hierin kunnen voorliggen en het maatschappelijk debat dat zou moeten plaatsvinden over de 'oplosbaarheid' van problemen middels de inzet van individuele hulp en ondersteuning.

Gemeenten willen als gelijkwaardige medeoverheid betrokken zijn bij het toekomstbestendig vormgeven van het stelsel voor zorg, jeugdhulp en ondersteuning. We vragen u met klem om ons (zowel ambtelijk als bestuurlijk) in het vervolgproces te blijven betrekken.

### **Herkent u zich in de drie thema's als de thema's waar de komende jaren meer verandering op nodig is?**

#### ***Preventie en gezondheid***

Wij sluiten ons uiteraard aan bij het belang van preventie en een gezonde leefstijl. Wij willen er wel op wijzen dat het een illusie is om te denken dat investeren in preventie binnen het sociaal domein en binnen de zorginstellingen op korte termijn zal leiden tot een vermindering van de middelen die gemeenten aan individuele jeugdhulp of Wmo-ondersteuning of langdurige GGZ moeten besteden of het personeel dat daar ingezet moet worden. Wel kan inzet op preventie de groei op de uitgaven remmen. Maak het dus voor gemeenten en de zorgverzekeraars mogelijk om extra te investeren in preventie, zonder dat gemeenten of zorgverzekeraars daartoe noodzakelijkerwijs andere vormen van zorg, jeugdhulp en ondersteuning moeten afschalen. Dat is namelijk de harde realiteit waar we bij ongewijzigd beleid in terecht komen.

#### ***Organisatie en regie***

De in hoofdstuk 1 van de discussienota aangegeven constatering dat de toegang tot zorg in Nederland goed is delen wij. Om deze kwaliteit te behouden, maar ook de betaalbaarheid daarvan beter te bewaken zijn meer instrumenten nodig om deze groei in te perken en kan meer (financiële) verantwoordelijkheid van burgers worden gevraagd. Wij bepleiten daarom het opnieuw invoeren van een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor Wmo-voorzieningen gekoppeld aan de bevoegdheid van gemeenten om rekening kunnen houden met wat een burger zelf kan betalen. Dit vraagt om het meewegen van de financiële eigen kracht bij de toegang tot Wmo-voorzieningen en het beter uitwerken van begrippen als voorzienbaarheid en algemene gebruikelijkheid. Dit zien we als noodzakelijk om de toegang tot ondersteuning voor kwetsbare burgers te blijven waarborgen. We moeten hier als overheid en burger nadrukkelijker het gesprek over aan.

#### ***Vernieuwing en werkplezier***

U vestigt in de discussienota terecht de aandacht op de personeelstekorten in de zorg. Vernieuwing en werkplezier lijkt in de nota nu een samenvoeging van losse onderdelen. Beide thema's zouden meer relevantie krijgen als vernieuwing wordt geplaatst bij organisatie en regie en werkplezier als thema expliciet benoemd wordt.

Wij onderschrijven dat interventies gericht op instroom van nieuwe medewerkers en behoud van bestaande medewerkers hard nodig zijn.



Hieraan werken wij met alle kracht in de sectorale arbeidsmarktaanpak in onze regio en we willen hier ook de komende jaren mee doorgaan. Daarbij wijzen wij nog specifiek op de problemen die wij in een grote stad als Rotterdam ervaren. Allereerst hebben we te maken met inwoners die op sommige vlakken meer kwetsbaar zijn dan elders in het land. Daar is ook meer zorgpersoneel voor nodig, dat steeds moeilijker te krijgen is. Deze medewerkers wonen en werken in een grootstedelijke regio en zijn op hun beurt zelf kwetsbaarder voor sociale problemen en uitval. Deze medewerkers hebben ook in Rotterdam steeds meer moeite om een betaalbare woning te vinden in de buurt bij hun werk. Wij bepleiten dan ook veranderingen in de financiering van zorg en ondersteuning die recht doet aan deze grootstedelijke problemen. Deze willen wij terugzien in de herijking van het gemeentefonds, die onlangs werd uitgesteld. Wij willen deze ook terugzien in de bekostiging van de zorg en het volkshuisvestingsbeleid: help ons om ook in de grote steden te zorgen voor betaalbare woningen voor zorgmedewerkers.

**Herkent u de knelpunten die op (één van) de drie thema's worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten?**

De knelpunten die op de thema's zijn benoemd zijn zonder uitzondering herkenbaar. De discussienota beperkt zich naar onze mening wel te veel tot het formuleren van beleidsopties binnen het sociale en zorgdomein. Voor de toekomstbestendigheid van ons zorgstelsel zal ook – zoals hierboven al werd gememoreerd – gekeken moeten worden naar andere beleidsterreinen en ministeries, zoals onderwijs, woningmarktbeleid en arbeidsmarktbeleid.

Ook in het geschetste beeld van een toekomstbestendige ouderenzorg vinden we de samenhang met het woningmarktbeleid voor de ouderen nog niet genoeg terug. Voldoende geschikte woningen en passende woonconcepten zijn randvoorwaarden voor ouderen om gezond zelfstandig te kunnen blijven wonen, al dan niet in geclusterde woonvormen en zo nodig met intensievere zorg aan huis. Door het afgelopen jaren gevoerde woonbeleid zijn de middelen van woningcorporaties om te investeren in de transformatie van de woningvoorraad en het realiseren van nieuwe levensloopbestendige woningen niet toereikend. Daarnaast staan zorgaanbieders voor een enorme investeringsopgave als het gaat om herstructurering en uitbreiding van verpleeghuisvastgoed. In de discussienota wordt (pagina 30) gesuggereerd dat gemeenten moeten investeren in passende huisvesting. Dit gaat voorbij aan de werkelijkheid, waarin deze investeringen gevraagd worden van ontwikkelaars en corporaties, waarbij corporaties voor investeringen in de sociale woningvoorraad nauwelijks ruimte hebben. Gemeenten zijn niet de partij om te compenseren voor deze tekorten.

In de discussienota ontbreekt aandacht voor de GGZ. De problemen waar de GGZ-sector tegen aanloopt zijn fors, waaronder de wachttijden voor de behandelende GGZ. Er zijn ook in deze sector forse stappen nodig om het stelsel naar de toekomst toe houdbaar te houden. Meer dan voorheen wonen (voormalig) GGZ-cliënten niet langer binnen een instelling, maar thuis in de wijk en eigen omgeving. Dit is het gevolg van de beweging die hier in de afgelopen tien jaar werd gemaakt. Zo is het aantal GGZ-bedden afgebouwd en zijn deze personen in de wijken en buurten terecht gekomen, waar ze in veel gevallen nog steeds hun hulpvraag hebben behouden. We zijn het eens met de beweging van de vermaatschappelijking van de zorg, maar zien dat dit voor gemeenten de druk opvoert, waarbij begrip en acceptatie in de buurt op grenzen stuit en dit soms zelfs leidt tot onveilige situaties (personen met verward gedrag). Er moeten nog nodige stappen gezet worden om van ambulantisering een blijvend succes te maken. Dit vraagt onder meer om een betere GGZ-coördinatie en goede samenwerking tussen partijen in aanpalende domeinen (zorg, wonen, veiligheid).



Er is in de praktijk nu nog te vaak discussie over 'wie de rekening krijgt', terwijl de aanpak van kwetsbare mensen in de GGZ bij uitstek vraagt om een integrale aanpak. We zien dat het gemeentelijke sociale domein hierin een wezenlijke rol speelt, ook bij het voorkomen van de inzet van zware zorg, juist door het bieden van begeleiding, een passende woning en toeleiding naar werk. We hopen dat dit in de verdere uitwerking voldoende meegenomen wordt, waarbij naast het bieden van goede zorg beter gekeken moet worden naar goede en structurele randvoorwaarden in het Rijksbeleid voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van kwetsbaren, een stabiele woonsituatie en passend werk.

Wij zien de in de contourennota aangekondigde separate toekomstbeelden over de jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en de ouderenzorg met belangstelling tegemoet.

Terecht dat in de nota vernieuwing van de zorg een belangrijk thema is; vernieuwing van de zorg is hard nodig om deze toekomstbestendig te maken. Implementatie van thuiszorgtechnologie kan een belangrijke bijdrage leveren. Hierin signaleren wij nog wel de nodige knelpunten waar in de verdere uitwerking aandacht voor vragen:

- Onvoldoende digivaardigheden professionals
- Onvoldoende digivaardigheden eindgebruikers
- Onvoldoende kennis over effectiviteit digitale toepassingen
- Onvoldoende aandacht voor de vereiste cultuurverandering en procesinnovaties binnen organisaties
- Geen duidelijke kwaliteitseisen aan eHealth toepassingen
- Geen landelijke richtlijnen en toetsingscriteria eHealth
- Onvoldoende kennisdeling rond eHealth
- Marktwerking rond digitale toepassingen werkt remmend voor implementatie en opschaling

**Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?**

Een aantal benoemde beleidsopties kan na verdere uitwerking een belangrijke bijdrage leveren aan de houdbaarheid van het zorgstelsel. Wij lichten er een aantal uit:

- Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars om vanuit beide wettelijke kaders en verantwoordelijkheden verder vorm te geven aan de versterking van de inzet op preventie is zeer belangrijk en daar zetten wij reeds actief op in. Bij dit thema wordt een aantal beleidsopties geschetst die hiermee samenhangen en die onze inzet kunnen versterken: het verduidelijken van de wettelijke taak van gemeenten om de samenhang binnen de publieke gezondheid te bevorderen en het stimuleren van verzekeraars om hier ook een rol in te spelen.
- Wij onderschrijven het belang om schotten en grensvlakken tussen de zorgdomeinen te verkleinen en de nota bevat een aantal zinvolle suggesties om iets te veranderen in het wettelijk kader of de bekostigingsregels (congruente inkoop, waarborgen van systeemfuncties)
- De beleidsoptie spil in de wijk. We vinden het van belang om deze spilfunctie ook te koppelen aan het toeleiden van cliënten/inwoners vanuit de eerste lijn naar de mogelijkheden die het sociaal domein of preventieve voorveld kan bieden. Denk aan mogelijkheden op het gebied van preventie van zorg of herstel na een periode van zorg of



ondersteuning. De koppeling hiervan kan beter, en moet gezamenlijk door wijkspil, eerste lijn, wijkteams en andere maatschappelijke functies worden opgepakt. Het helpt als u kunt bevorderen dat het aantal partijen of spilfuncties in een wijk niet al te groot of onoverzichtelijk wordt.

- De beleidsopties genoemd onder het thema bevorderen uitwisselen van gegevens zijn van groot belang en kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van de zorg en de samenwerking tussen professionals. De mogelijkheden voor gegevensuitwisseling tussen de diverse gemeentelijke domeinen zijn nu te beperkt, evenals de uitwisseling met andere domeinen (zorg, wonen, veilig). We weten dat er wetswijzigingen in voorbereiding zijn om dit te verbeteren (WAMS) maar vrezen dat dit de komende jaren nadrukkelijk onder de aandacht gehouden moet worden. Er is nu nog te veel eenzijdige aandacht voor de privacybescherming van het individu en te weinig voor de belangen van andere betrokkenen en de wijk.

### **Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?**

In de discussienota wordt ervan uitgegaan dat de gewenste en benodigde samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars bij het versterkt inzetten op preventie vorm kan krijgen zonder, of met geringe aanpassing van de huidige wettelijke kaders. Dat vraagt wel ruimte voor gemeenten en zorgverzekeraars om hiervoor experimenten uit te werken op en over de snijvlakken van de bestaande kaders. En op onderdelen ook doorzettingsmacht als een van de partijen hier belemmeringen voor opwerpt.

Voorkomen moet worden dat financiële belangen van een partij de samenwerking belemmeren. Samenwerking met zorgverzekeraars is niet alleen op gebied van preventie noodzakelijk. Ook het werken met een integraal budget is op sommige activiteiten zeer wenselijk. Hierin werkt momenteel belemmerend dat de eisen voor Wmo-ondersteuning anders zijn dan voor andere zorgdomeinen. Gemeenten zijn wettelijk verplicht om in uren te indiceren, een beschikking af te geven voor ondersteuning, en er zijn verschillen in rechten en verantwoordingsplichten voor wat betreft het persoonsgebonden budget. Wij pleiten niet voor een volledige integrale wetgeving op dit punt, maar wel voor een aanpak van de belangrijkste pijnpunten, waaronder het resultaatgericht kunnen blijven beschikken.

In de discussienota wordt een grotere rol voor de wijkverpleegkundige en voor zorgprofessionals in het algemeen bepleit. Wij zijn zeer voor versteviging van de rol van de wijkverpleegkundige, maar wel in een goede balans met andere professionals die in het in diezelfde wijk werkzaam zijn. Het volledig leggen van alle regietaken bij de wijkverpleging doet onvoldoende recht aan de complexe zorg- en hulpvragen waar we in de grote stad mee te maken hebben.

In de nota worden (voorzichtige) suggesties gedaan om de eigen bijdragen in de verschillende zorgwetten meer congruent te maken. Daarbij wordt wel gesproken over een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor de wijkverpleging, maar niet over herinvoeren van een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor de Wmo. Deze vinden wij zoals hierboven reeds gesteld wel noodzakelijk. Dit hoeft wat ons betreft niet terug naar de oude, fijnmazige CAK-tabel, maar een vorm van iets 'grovere' inkomensafhankelijkheid vinden wij zeer gewenst om 'consumptief' gebruik van ondersteuning te helpen tegengaan. Tegelijk maakt Rotterdam zich zorgen over het mogelijk mislopen van inkomsten uit eigen bijdragen, doordat door anti-cumulatie eventuele in te voeren eigen bijdragen voor de Zorgverzekeringswet voor zullen gaan op de wettelijke eigen bijdragen Wmo.



In de nota worden een aantal beleidsopties met betrekking tot de ouderenzorg gedaan, die voor een deel ervan wel een stelselwijziging zouden vragen en die verstrekkende gevolgen hebben voor de gemeente. Ten eerste wordt voorgesteld om de scheiding tussen wonen en zorg verder door te voeren. Op zichzelf is dit een logische gedachte, dit maakt dat mensen een woonvorm kiezen die past bij hun leefstijl en portemonnee (al dan niet met extra diensten) en Wlz-zorg ontvangen met een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. De toegang tot de Wlz wordt op dit moment alleen bepaald op basis van de zorgbehoefte en niet op basis van de woon(zorg)vorm waarin de zorg wordt geleverd. Een duidelijke begrenzing van de Wmo-ondersteuning en een congruentie in de eigenbijdrage systematiek zijn wat ons betreft wel belangrijke randvoorwaarden. Daarnaast wijzen wij op het enorme risico bij de financiering van het zorgvastgoed; zoals gezegd is de investeringsruimte door corporaties en zorgaanbieders hiervoor te beperkt, mede gezien de enorme verwachte vergrijzing. De huidige financiering van zorgaanbieders (de normatieve huisvestingscomponent in de tarieven) en van gemeenten anticipeert niet op de volumegroei door vergrijzing. Wij bepleiten daarom de opzet van een nationaal investeringsfonds om dit op te lossen.

De beleidsoptie herpositionering ouderenzorg binnen de Zorgverzekeringswet bevat daarnaast een verstrekkend voorstel om alle Wlz-ouderenzorg over te hevelen naar zorgverzekeraars en gemeente. Hierdoor zouden in ons perspectief grote financiële risico's voor gemeente en zorgverzekeraars ontstaan, waar sluitende waarborgen tegenover moeten staan. Anders kan het in de praktijk leiden tot harde, ongewenste en louter door de financiën ingegeven keuzes ten aanzien van ouderen. Ook in de beleidsoptie voor meer doelmatigheidsprikkels in de langdurige zorg (pag. 29) zien wij een risico's dat een versobering/inperking van de toegang tot verpleeghuiszorg leidt tot extra druk zorg aan thuiswonende ouderen met een complexer wordende zorgvraag. Wij willen bepleiten dat keuzes voor onze oudere inwoners zorgvuldig gemaakt blijven worden, met de volle aandacht voor de kwetsbaarheid van individuele ouderen. Opvallend is daarbij dat we in de GGZ-sector precies de omgekeerde beweging zien momenteel: de GGZ-doelgroep heeft vanaf 1-1-2021 toegang tot de Wlz.

#### **Welke beleidsopties ontbreken er nog?**

- Ten aanzien van preventie bepleiten wij meer aandacht voor het vergroten van gezondheidsvaardigheden (educatie, voorlichting en gedragsbeïnvloeding) en meer aandacht voor mentale gezondheid. Er wordt in de discussienota nadruk gelegd op meer kennis, maar kennis staat nog niet gelijk aan doen. Er is meer nodig om mensen in staat te stellen tot eigen regie. De opties die genoemd staan missen de aandacht voor duurzame gedragsverandering. Hiertoe is interessant om te kijken naar de invloed van sociale en fysieke omgeving en welke (integrale) factoren er nog meer spelen waarvoor aandacht nodig is voor verschillende doelgroepen.
- Ten aanzien van de beleidsoptie 'overheidsmaatregelen voor gezonde keuzes' hebben gemeenten momenteel weinig juridische instrumenten om in te kunnen grijpen in de voedselomgeving – dit is een belangrijke randvoorwaarde om te kunnen sturen naar een meer gebalanceerd voedselaanbod, naast het stimuleren en faciliteren van gezond aanbod dat al wordt ingezet. Wij wijzen u in dit verband op het voorstel dat Rotterdam samen met de gemeenten die samenwerken in de Citydeal hebben uitgewerkt om vanuit landelijk beschikbaar instrumentarium (prijismaatregelen, productsamenstelling, wet- en regelgeving) en lokale mogelijkheden (stimuleren gezonder aanbod) hier een verdere impuls aan te geven.
-



- Onder Preventie, onderdeel krachtige sociale basis en integrale aanpak van sociale problematiek, onderschrijven wij het belang en het nut van sociale interventies in plaats van interventies vanuit het zorgdomein, en de extra investeringen die dit vraagt. In dit verband wijzen wij graag op de Rotterdamse inzet op een sociale benadering van dementie via projecten als dementtalent en (het Sociale Benaderingsteam van) de social trial dementie. Deze inzet draagt bij aan de opgave van het toenemend aantal ouderen met dementie, maar vraagt veel inzet vanuit het sociale domein.
- Onder Organisatie & Regie, onderdeel intensiveren van de samenwerking vragen wij extra aandacht voor de juiste randvoorwaarden voor samenwerking in de wijk. Ook in onze reactie op de houtskoolschets acute zorg hebben wij al gewezen op het belang van goede samenwerking tussen het medisch en sociaal domein. Wij pleiten voor een sterke wijkpreventieketen waar partijen van 0e tot 3e lijn een rol in spelen. Alle betrokken zorgverleners in de wijk moeten ruimte en tijd (geborgd in contractafspraken en financiering) hebben voor multidisciplinair overleg. Het aantal zorgpartijen in een wijk moet niet al te groot zijn, zodat eerstelijns hulpverleners enkele logische aanspreekpunten hebben voor casuïstiek. Een sterke wijkstructuur vraagt mogelijk ingrijpen in de marktwerking in de zorg. Hiervoor kunnen we ook aansluiten bij de Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Gemeenten kunnen dit niet alleen doen, dit vraagt om centrale regie. Wij juichen de onder 4.4.5 benoemde voorstellen voor het bevorderen van gegevensuitwisseling toe, omdat deze niet alleen de werkdruk verlagen, maar omdat dit ook randvoorwaardelijk is voor domeinoverstijgende samenwerking en afstemming rond de burger.
- In de nota staan voorstellen voor meer samenwerking over de domeinen heen op de inkoop van zorg. Wat wij missen is aandacht voor het verbeteren/harmoniseren van de kaders waarbinnen in de verschillende domeinen wordt ingekocht. Gemeenten zijn voor de inkoop van maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp in de regel (want overheidsopdrachten) gebonden aan de Aanbestedingswet en Europese aanbestedingsrichtlijnen. Dit beperkt de mogelijkheden voor gemeenten om te sturen op continuïteit van zorg en op het opbouwen en in standhouden van vertrouwensrelaties en samenwerkingsverbanden. Elke paar jaar verkeren cliënten, zorgaanbieders en gemeenten weer in onzekerheid over welke partijen in aanmerking komen voor nieuwe contracten. Bij een wisseling van zorgaanbieders is sprake van een hoop onrust en kapitaalvernietiging. Wij zouden graag de samenwerking met bij ons bekende aanbieders, over wie cliënten en wij tevreden zijn, onverhinderd willen kunnen voortzetten. En alleen nieuwe aanbieders pas na een toets willen toelaten, zoals dat voor zorgverzekeraars bijvoorbeeld wel mogelijk is. Wij moedigen u daarom aan de ingezette lobby bij de Europese Commissie voort te zetten om de aanbestedingsrichtlijnen voor inkoop en contracteren binnen het sociaal domein te herzien.



**Tot slot**

We vertrouwen erop dat de nadere uitwerking van de discussienota en de uitwerking en afweging van beleidsopties in nauwe samenspraak met VNG en gemeenten plaatsvindt, waarbij notie wordt genomen van onze zienswijze.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'S. de Langen', written over a light grey rectangular background. The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

S. de Langen  
Wethouder Volksgezondheid, Zorg, Ouderen en Sport