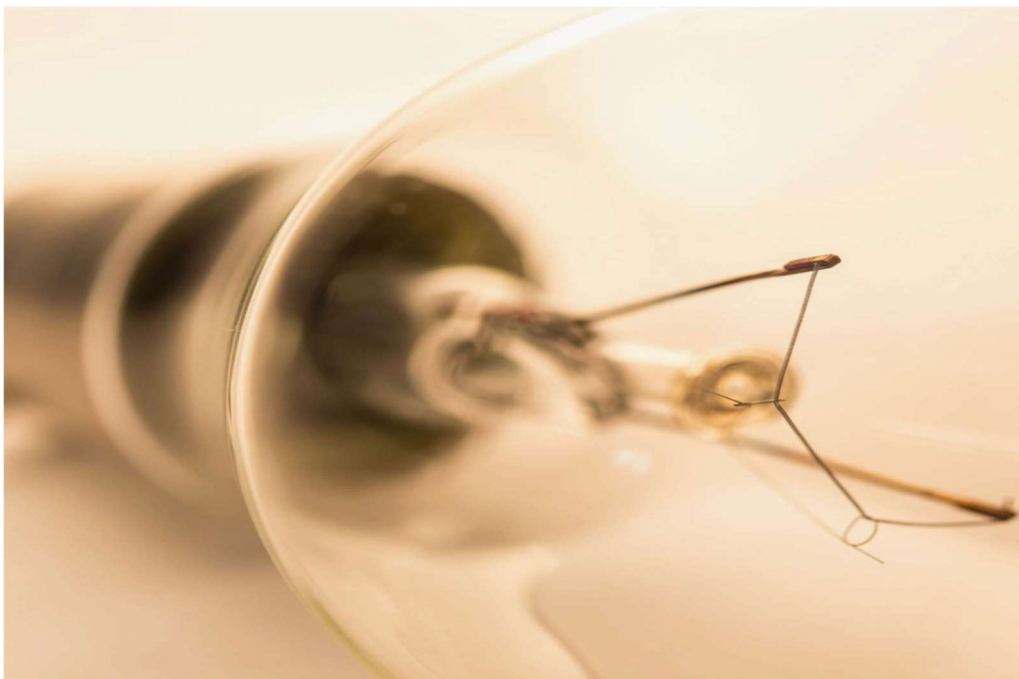


**Rotterdam School of Management
Erasmus University**

Innovatie in de Wmo

Kwalitatief onderzoek naar inkoop en innovatie in de Wmo



Rotterdam School of Management

Afstudeercommissie:

-Naam 1 (coach): Dr. Koen Dittrich

-Naam 2 (meelezer): Prof. Dr. Erik van Raaij

Het auteursrecht van de afstudeerscriptie berust bij Joost Kwadijk.

Deze afstudeerscriptie is een origineel werk en er zijn geen andere bronnen gebruikt dan degenen waarnaar verwezen wordt in de tekst en die genoemd worden bij de referenties.

De inhoud van deze afstudeerscriptie is in het geheel de verantwoordelijkheid van de auteur. De RSM is slechts verantwoordelijk voor de onderwijskundige begeleiding en aanvaardt in geen enkel opzicht verantwoordelijkheid voor de inhoud.

Samenvatting

Met de transitie van de AWBZ naar de Wmo kregen gemeenten meer verantwoordelijkheden voor de maatschappelijke ondersteuning aan mensen met psychische en/of psychosociale kwetsbaarheden. In de grote steden komt er ggz-problematiek voor. Om de maatschappelijke kosten voor de zorg te beheersen en tegelijkertijd de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren is het van belang dat gemeenten en zorgaanbieders streven naar nieuwe vormen van dienstverlening die participatie en zelfredzaamheid vergroten. Veel gemeenten hebben gekozen om het inkoopproces te gebruiken om deze vernieuwing te organiseren.

Om te onderzoeken hoe gemeenten het inkoopproces gebruiken om vernieuwingen te organiseren zal in dit onderzoek gekeken worden naar innovaties bij zorgaanbieders. Het onderzoek heeft als doel te beschrijven hoe gemeentelijke inkoop voor de Wmo 2015 ingezet kan worden om innovaties bij zorgaanbieders te beïnvloeden. Het gaat specifiek om zorgaanbieders die hulp en ondersteuning leveren aan mensen met psychiatrische problematiek in het kader van de Wmo 2015. De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt geformuleerd:

Hoe beïnvloedt het door de 100k gemeenten gehanteerde inkoopmodel Wmo 2015 het innovatievermogen van Wmo- gecontracteerde zorgaanbieders die hulp en zorg bieden aan mensen met psychiatrische problematiek?

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag is er een comparative casestudy uitgevoerd. Dit onderzoek geeft gemeenten een overzicht welke verschillende inkoopmodellen in de praktijk gebruikt worden en welke elementen binnen het inkoopmodel van belang zijn om het innovatieproces bij zorgaanbieders te beïnvloeden. Het onderzoek bestond uit twee verschillende vormen van dataverzameling. De eerste vorm van dataverzameling bestond uit een analyse van de inkoopmodellen Wmo 2015 van 31 gemeenten. De tweede vorm bestond uit het analyseren van semigestructureerde interviews bij vier gemeenten en drie zorgaanbieders..

Het onderzoek naar de inkoopdocumenten geeft inzicht welke inkoopmodellen door 31 gemeenten toegepast worden bij de inkoop van Wmo 2015. Er zijn in het onderzoek vijf modellen gevonden die gemeenten gebruiken voor de inkoop, waarvan het Zeeuws model met 42% het meest wordt toegepast, daarna volgt het open model met 26%. De keuze voor het contracteren van de hoeveelheid aantal zorgaanbieders verschilt per gemeente. De range tussen het minimaal aantal en maximaal aantal gecontracteerde zorgaanbieders is groot. De looptijd van de contracten verschilt per inkoopmodel. De keuze voor het inkoopmodel bepaalt in grote mate de keuze voor de soort bekostiging. 84% van de gemeente hanteert een fee for service model. (6%) functiegerichte bekostiging en capitation (10%) worden minder vaak toegepast. Innovatie wordt in de inkoopdocumenten van de inkoopmodellen open house (13%) en bestuurlijk aanbesteden (0%) nauwelijks tot niet beschreven. Bij klassiek aanbesteden, het Zeeuws model en prestatie-inkoop ligt het percentage tussen de 33% en 50%. Gemeenten beschrijven innovatie als nieuwe diensten, producten en samenwerkingsverbanden die moeten leiden tot meer doelmatige en efficiëntere hulpverlening.

De resultaten van de cross-case analyse komt naar voren dat bekostiging, het sturen op de overeenkomst, duur van de overeenkomst en aandacht voor innovatie, mogelijk van invloed zijn op het stimuleren van innovaties bij zorgaanbieders. Waarbij de vorm van bekostiging een van de belangrijkste elementen is. Het is daarbij van belang dat gemeenten een bekostigingsmodel kiezen wat de uitkomsten van zorg koppelt aan de financiering.

Inhoud

Samenvatting.....	2
Voorwoord	6
1 Inleiding	7
1.1 Introductie	7
1.2 Aanleiding	7
1.3 Wetenschappelijke en praktische relevantie	8
1.4 Doel en probleemstelling	8
1.5 Onderzoeksopzet	9
1.6 Leeswijzer.....	10
2 Theoretische achtergrond	11
2.1 Introductie	11
2.2 Inkoop	11
2.3 Gemeentelijke inkoopmodellen	16
2.4 Bekostiging	18
2.5 Innovatie	20
2.6 Samenvatting	22
3 Methodologie	24
3.1 Introductie	24
3.2 Onderzoeksmethode	24
3.3 Dataselectie en verzameling	24
3.4 Data-analyse.....	29
3.5 Betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid	30
4 Bevindingen inkoopdocumenten	31
4.1 Introductie	31
4.2 Soort inkoopmodel.....	31
4.3 Bekostiging.....	33
4.4 Aandacht voor innovatie.....	35
4.5 Samenvatting	37
5 Bevindingen cases	38
5.1 Introductie	38
5.2 Casebeschrijvingen.....	38
5.3 Casebeschrijvingen zorgaanbieders	38
5.4 Case gemeente A.....	42
5.5 Case Gemeente B	45
5.6 Case Gemeente C	47
5.7 Case Gemeente D	50
5.8 Cross-case analyse.....	53
5.9 Samenvatting	58
6 Conclusie.....	60
6.1 Introductie	60

6.2 Beantwoording onderzoeksvraag	60
6.3 Discussie	62
6.4 Beperkingen van het onderzoek	63
6.5 Aanbeveling	64
Bibliografie	65
Bijlage:	68
A. Interview protocol beleidsmedewerker 100k gemeenten	68
B. Interview protocol projectleider/ manager innovatie bij zorgaanbieders.	69
C. Resultaat deskresearch van 100k gemeenten	70
D. Overzicht cases	71

Voorwoord

Werkzaam binnen de gemeente Amsterdam als inkoper Wmo zorg word ik geconfronteerd met de uitdaging om bij aanbieders de zorg voor inwoners met psychiatrische problematiek zo goed mogelijk in te kopen. Voortdurend gaat het daarbij om het bevorderen van eigen regie, zelfredzaamheid, kwaliteit van zorg- en dienstverlening. En dat in een context van beperkte budgetten en toenemende verantwoordingseisen. Een uitdagende wereld, waar werken, veranderen en leren permanent aanwezig zijn. Deze elementen hebben mij doen kiezen voor een studie bedrijfskunde aan de Erasmus. Ook de keuze voor een afstudeeronderwerp in het verlengde van mijn werkzaamheden lag voor de hand; de studie bood de mogelijkheid tot verbreding en verdieping en een andere kijk op context en content van mijn werk. Vanuit die achtergrond heb ik voor mijn scriptie gekozen voor het onderwerp inkoop Wmo gekozen. Ik wilde graag leren hoe inkoop het innovatievermogen van zorgaanbieders kan stimuleren. Zodat er andere vormen zorg kunnen ontstaan die efficiënter en kwalitatief meer rendement voor de eindgebruiker opleveren.

Het werken aan mijn scriptie en de opleiding heeft me de gewenste verbreding en verdieping gegeven en daarvoor dank ik docenten en studiegenoten. In het bijzonder dr. Dittrich en prof. Dr. Van Raaij die tijdens mijn reis me de benodigde feedback en richting aan mijn scriptie hebben gegeven.

De studie en het schrijven van deze scriptie was naast een leerzame ook en intensieve periode. En zonder de steun van velen was ik zeker halverwege blijven steken in het schrijven. Daarom wil ik vanaf deze plek een aantal mensen enorm danken voor hun bijdragen. Ten eerste mijn allerliefste vrouw, Siegnella Concincion die mij enorm heeft gesteund in deze leerzame periode. Ook wil ik mijn kinderen Nova, Lunã en Cira bedanken die vaak aan mij vroegen: "Papa, wanneer is je scriptie klaar?" Dank meiden, dat jullie zoveel geduld met me hadden. Zonder jullie was ik nooit aan dit avontuur begonnen. En ook mijn lieve familie en schoonmoeder die mij door dik en dun gesteund hebben. In het bijzonder mijn lieve ouders voor het oppassen op onze kinderen en het meelesen en meeleven. Als laatste wil ik mijn lieve collega's van gemeente Amsterdam afdeling zorg bedanken voor hun steun.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Joost Kwadijk

4 oktober 2019

1 Inleiding

1.1 Introductie

Nederland telt ongeveer 280.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het grootste deel van deze groep woont op zichzelf, met ambulante zorg. Een kleine groep woont in een instelling of beschermende woonvorm (Trimbos instituut, 2019). Een meerderheid van deze mensen heeft behoefte aan meer ondersteuning bij het omgaan met de psychische klachten, sociale contacten en relaties, zinvolle dagbesteding, werk en opleiding (Trimbos instituut, 2019). Die behoefte vertaalt zich naar beleid voor maatschappelijke ondersteuning. De transitie van de AWBZ naar de Wmo gaven gemeenten meer verantwoordelijkheden voor de maatschappelijke ondersteuning aan mensen met psychische en/of psychosociale kwetsbaarheden (Boumans et al., 2016). Tevens zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor de inkoop van deze ondersteuning (Van Eijkel, 2018). In het kader van deze doelgroep geeft Hendriks et al. (2017) aan dat grootstedelijkheid tot meer ggz-problematiek leidt. Angst- en stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie en andere psychiatrische aandoeningen en psychotische stoornissen komt volgens Gielen et al. (2018) in de stad vaker voor. Dit geldt ook voor middelenproblematiek. De hogere prevalentie van ggz- en middelenproblematiek in de stad is daarnaast ook het gevolg van de hogere beschikbaarheid van voorzieningen. Dit heeft samen met het ruime aanbod van drugs een aanzuigende werking op dak- en thuislozen en op mensen met ggz-problematiek (Gielen et al., 2018).

1.2 Aanleiding

In 2020 moet het aantal bedden voor geestelijke zorg verminderd zijn met een derde vergeleken met 2008 (NIVEL, 2016). Daarnaast heeft er een verschuiving van kosten tussen verschillende wettelijke bronnen plaatsgevonden (bijv. Zorgoverdracht van de AWBZ) naar de gemeenten), meestal in combinatie met forse bezuinigingen (NIVEL, 2016). Om de zorgkosten te handhaven en tegelijkertijd de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren, lijkt het van belang dat gemeenten en zorgaanbieders streven naar nieuwe vormen van dienstverlening die participatie en zelfredzaamheid vergroten. Het doel van deze nieuwe vormen is de zorg dichterbij de burger organiseren, zodat er lokaal maatwerk geboden kan worden (Uenk, 2017). Gemeenten hebben intussen hun eerste ervaringen opgedaan met opdrachtgeverschap voor de nieuwe taken. Hoewel voor veel gemeenten de eerste jaren na de transitie overgangsjaren waren. Veel gemeenten willen voor de komende periode de volgende stappen zetten in de transformatie. Doorontwikkeling van opdrachtgeverschap is een van de middelen om de transformatie te bereiken (Uenk, 2017). Echter blijkt uit onderzoek van Uenk (2016) ook dat slechts 22 van 340 onderzochte gemeenten sinds de transitie een vorm van bekostiging hanteren die innovatie van zorgaanbieders kan stimuleren.

Naast het overdragen van verantwoordelijkheden naar het lokale niveau was de doelstelling om zorg en ondersteuning op een fundamenteel andere manier te benaderen. Het gaat onder meer om het beter benutten van de eigen kracht van inwoners en het bieden van maatwerk (van der Ham et al., 2017). Geen vaste lijsten met nauw omschreven vormen van zorg en ondersteuning, maar meer flexibiliteit, zodat de ondersteuning geboden kan worden die het beste past bij de

individuele situatie van de inwoner (van der Ham et al., 2017). Veel gemeenten hebben gekozen om het inkoopproces te gebruiken voor vernieuwing. Het doel van veel gemeenten is om de mogelijkheden voor aanbieders te verruimen om de ondersteuning te geven die het best past bij de cliënt (Anderson Elffers Felix, 2015).

1.3 Wetenschappelijke en praktische relevantie

Volgens de auteurs Uenk & Telgen (2019) heeft de inkoop van diensten en classificatie van diensten veel wetenschappelijke aandacht ontvangen in de laatste decennia. Uit onderzoek blijkt dat de inkoop van diensten gaat gepaard met problemen bij het effectief organiseren van de transacties en het beheren van relaties die daarbij betrokken zijn (Uenk & Telgen, 2019). Een voorbeeld van de wetenschappelijke aandacht is de aandacht voor “triads”, (driehoeksrelatie tussen gemeente, zorgaanbieder en cliënt). Studies op “triads” hebben zich gericht op theorievorming en het conceptualiseren van driehoeksrelaties in Supply Chain Management (Uenk & Telgen, 2019). Er wordt ook wetenschappelijk onderzoek gedaan naar inkooppraktijken. Dohmen en Van Raaij (2019) beschrijven in hun onderzoek dat de huidige inkooppraktijk nog steeds vooral gericht is op het onderhandelen over prijzen en volumes. De meeste contracten zijn bedoeld om de kosten van de gezondheid te beheersen en niet om de waarde en de resultaten van de zorg te verbeteren (Dohmen & Van Raaij, 2019).

In de praktijk is er steeds meer aandacht voor het stimuleren van innovatie door publieke inkoop. Rolfstam (2009) beschrijft dat publieke aanbesteding van innovatie in toenemende mate aandacht heeft gekregen bij EU-beleidsmakers. Daarnaast zijn er aanbevelingen over hoe gemeenten innovaties stimuleren binnen het sociaal domein. Pianoo (2019), een expertise centrum aanbesteden beschrijft als startpunt voor het stimuleren van innovatie in het sociaal domein: “duidelijke ambities, het zorgen voor voldoende beleidsruimte voor innovatie en het bieden van ruimte om te falen”. Het is daarbij van belang om gebruik te maken van ruime aanbestedingsprocedures en het mogelijk maken van innovatieve oplossingen door het inkopen of ontwikkelen van onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten (Pianoo, 2019).

1.4 Doel en probleemstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om te beschrijven welke elementen binnen de gemeentelijke inkoop Wmo 2015 het innovatievermogen van zorgaanbieders beïnvloedt. Specifiek wordt er onderzoek gedaan naar zorgaanbieders die actief zijn in het leveren van hulp en ondersteuning aan mensen met psychiatrische problematiek in het kader van de Wmo. Bij deze zorgaanbieders wordt er onderzocht in hoeverre er innovaties plaatsvinden en wat voor soort innovaties dat zijn. Tegelijkertijd vindt er een onderzoek plaats naar de inkoopmodellen die de grootste gemeenten hanteren bij het inkopen van hulp en ondersteuning voor mensen met psychiatrische problematiek die vallen onder de Wmo. Onder de grootste gemeenten worden de gemeenten verstaan die volgens het CBS op 1 januari 2018 meer dan 100.000 inwoners hadden (de zogenaamde “100k gemeenten”).

Er is druk op de gemeenten om geld te besparen en tegelijkertijd de kwaliteit van de sociale zorg te waarborgen en de zelfredzaamheid van burgers vergroten. Dit illustreert de toenemende uitdagingen voor gemeenten bij het inkopen van zorgdiensten. Door concurrentie te introduceren,

streeft de overheid naar concurrentiekrachten om de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren en tegelijkertijd de kosten te stabiliseren danwel te reduceren.

Er wordt verondersteld dat het invoeren van inkoopmodellen één van de mogelijke oplossingen is die naast efficiëntere en/ of effectievere manieren van inkoop ook het innovatieve vermogen bij zorgaanbieders kunnen stimuleren waardoor mensen met psychiatrische problematiek betere hulp aangeboden krijgt. Uit het panel Psychisch Gezien, bestaande uit mensen met ernstige psychische aandoeningen in verschillende woonsituaties, kwam naar voren dat bijna een kwart onvoldoende zorg ontvangt omdat deze niet beschikbaar is of niet voldoet (Van Hoof et al. 2017).

Het doel van dit onderzoek is om te beschrijven op welke manier het door de 100k gemeente gehanteerde inkoopmodel Wmo 2015 het innovatievermogen van Wmo-gecontracteerde zorgaanbieders beïnvloedt. Specifiek richt het onderzoek zich op zorgaanbieders die hulp en ondersteuning bieden aan mensen met psychiatrische problematiek. De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt geformuleerd:

Hoe beïnvloedt het door de 100k gemeenten gehanteerde inkoopmodel Wmo 2015 het innovatievermogen van Wmo- gecontracteerde zorgaanbieders die hulp en zorg bieden aan mensen met psychiatrische problematiek?

Om de hoofdvraag te beantwoorden worden de volgende deelvragen beschreven:

1. Wat wordt er verstaan onder inkoop in de Wmo?
2. Wat wordt er verstaan onder een inkoopmodel in de Wmo?
3. Welke modellen zijn er beschreven in de literatuur?
4. Welke vormen van bekostiging in de financiering van zorg worden er in de literatuur beschreven?
5. Wat wordt er in de literatuur verstaan onder innovatie in de Wmo?
6. Welke inkoopmodellen worden er door de Nederlandse 100k gemeenten gehanteerd voor de inkoop van hulp en ondersteuning voor mensen met psychiatrische problematiek in de Wmo?
7. Wat wordt er in de praktijk verstaan onder innovatie in de Wmo?
8. Welke voorbeelden van innovatie bestaan er bij zorgaanbieders die actief zijn in de 100k gemeenten voor de Wmo?
9. Wat is de invloed van het door de 100k gemeente gehanteerde inkoopmodel op de mate van innovatie bij zorgaanbieders in de Wmo?
10. Welke elementen binnen de gehanteerde inkoopmodellen veroorzaken dat er innovatie plaats (kan) vinden?

1.5 Onderzoeksopzet

In dit onderzoek is gekozen voor de empirische methode van een comparative casestudy. De cases zijn gericht op het verkrijgen van inzicht welke invloed het inkoopmodel Wmo gehanteerd door 100k. gemeenten heeft op het innovatievermogen van zorgaanbieders. Bij deze empirische methode worden de cases onderling vergeleken. Het onderzoek vond in het voorjaar van 2019 plaats bij gemeenten met verschillende inwoneraantallen. Daarnaast werden in dezelfde periode zorgaanbieders onderzocht die actief zijn in het leveren van hun diensten voor deze gemeenten.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt de aanleiding van het probleem gepresenteerd. Hoofdstuk 2 bespreekt de relevante literatuur. Hoofdstuk 3 beschrijft de gehanteerde methoden voor dit onderzoek. Hoofdstuk 4 bevat de resultaten van de analyse op de inkoopdocumenten. In hoofdstuk 5 worden de uitkomsten van de casestudies gepresenteerd. De beantwoording van de hoofdvraag wordt in hoofdstuk 6 beschreven. Evenals de discussie en aanbeveling.

2 Theoretische achtergrond

2.1 Introductie

Vanaf 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015. Voor de gemeenten zijn dat grotendeels nieuwe taken geweest, waarbij de opgave was om de uitvoering van deze taken op een nieuwe manier en met een gereduceerd budget vorm te geven. Gemeenten stellen zich daarbij op als opdrachtgevers en schakelen voor de uitvoering over het algemeen zorgaanbieders in (NJI, PPRC, 2018). Om zicht op het proces van inkoop door gemeenten te krijgen wordt allereerst de begrippen gedefinieerd. In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens inkoop, bekostiging en innovatie geïntroduceerd. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting om de verbanden tussen de begrippen te bespreken en vanuit de theorie antwoord te geven op de volgende deelvragen.

- | | |
|----|---|
| 1. | Wat wordt er verstaan onder inkoop in de Wmo? |
| 2. | Wat wordt er verstaan onder een inkoopmodel in de Wmo? |
| 3. | Welke modellen zijn er beschreven in de literatuur? |
| 4. | Welke vormen van bekostiging in de financiering van zorg worden er in de literatuur beschreven? |
| 5. | Wat wordt er in de literatuur verstaan onder innovatie in de Wmo? |

2.2 Inkoop

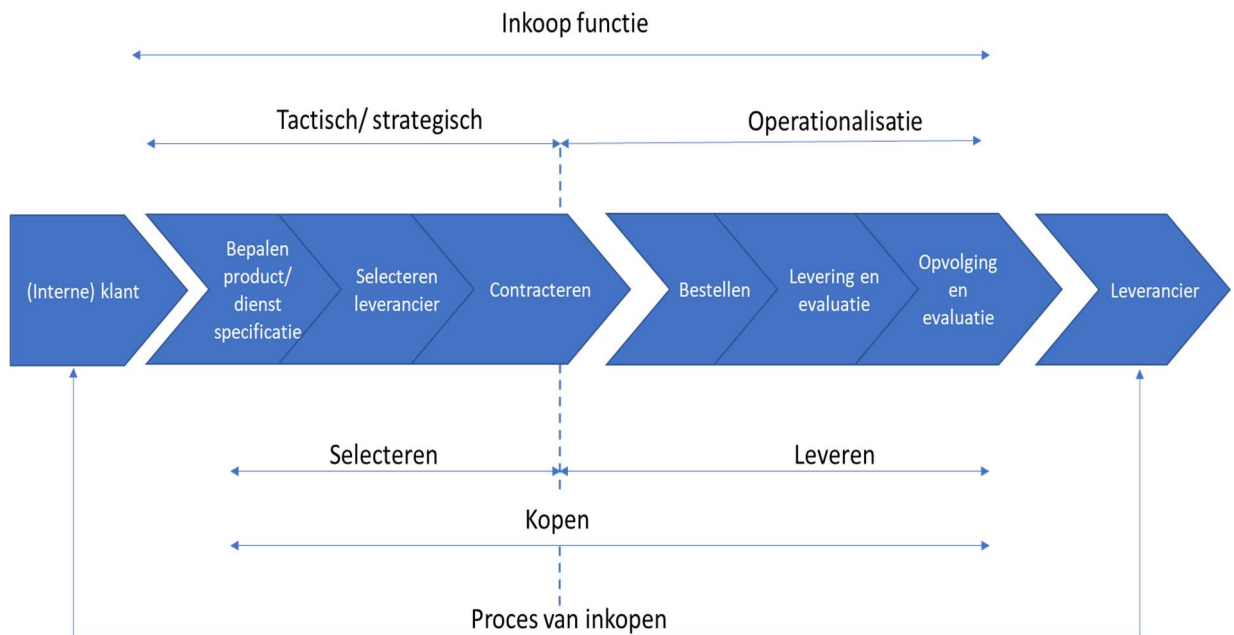
De inkoop van zorg in Nederland kent verschillende actoren. Zo kopen de verzekeraars zorg in voor de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarbij is het uitgangspunt dat consumenten keuzevrijheid moeten hebben om te kiezen voor een zorgverzekeraar.

“Consumenten moeten kunnen kiezen tussen zorgverzekeraars, die op hun beurt goede contracten afsluiten met zorgaanbieders. Op deze wijze wordt het stelsel geacht optimaal te werken door zowel kwaliteitsverhoging als kostenbeheersing te bewerkstelligen. Een goed functionerende zorginkoop is daarom een cruciale voorwaarde voor een goede werking van de zorgmarkten (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014)”.

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de inkoop van diensten die vallen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Zij hebben in 2015 extra taken erbij gekregen vanwege de transitie. Om te beschrijven wat wordt verstaan onder de term inkoop zal eerst de algemene definitie van inkoop worden gegeven voor het inkoopproces in de private markt. Van Weele (2009) definieert inkoop als:

“The management of the company’s external resources in such a way that the supply of all goods, services, capabilities and knowledge which are necessary for running, maintaining and managing the company’s primary and support activities is secured at the most favorable conditions” (Van Weele, 2009, p.8.)

Op basis van bovenstaande definitie kunnen de verschillende activiteiten van het inkoopproces inzichtelijk worden gemaakt. Figuur 1 geeft de volgorde van de activiteiten in het inkoopproces weer.



Figuur 1: Inkoopproces gebaseerd op Van Weele (2009).

Van Weele (2009) onderscheidt zes activiteiten binnen het inkoopproces. De eerste drie activiteiten zijn gericht tactisch/ strategische proces van inkopen. Het tweede deel van de activiteiten beschrijft de operationalisatie van het inkoopproces. De activiteiten zullen per activiteit kort worden toegelicht. De eerste activiteit in het proces van inkopen is het bepalen van de product/dienst specificatie. Binnen het proces van inkopen worden de inkoopspecificaties in termen van vereiste kwaliteit en hoeveelheid bepaald van de goederen en/of diensten die moeten worden ingekocht. Vervolgens wordt er een leverancier geselecteerd. Tijdens de selectieprocedure worden er routines en procedures ontwikkeld. Het doel van deze routines en procedures is om de meest geschikte leveranciers te selecteren. De laatste activiteit binnen het tactische/strategische inkoopproces is het contracteren van de leverancier. Tijdens deze fase worden er onderhandelingen met de geselecteerde leverancier voorbereid en gevoerd om tot een overeenkomst te komen en worden de onderhandelingen vastgelegd in een juridisch contract.

Na het afronden van de contractfase wordt het inkoopproces geoperationaliseerd. Binnen deze fase zijn er drie activiteiten te onderscheiden: bestellen, leveren en opvolgen. Tijdens de bestelfase wordt daadwerkelijk een bestelling geplaatst of er worden efficiënte inkooporder- en afhandelingsroutines ontwikkeld. Na de bestelfase wordt de bestelling geleverd. Gedurende de levering wordt er gemonitord en gecontroleerd of de bestelling daadwerkelijk geleverd wordt. Vervolgens vindt er opvolging van de levering plaats. In de laatste fase van de operationalisatie zijn er evaluatiemomenten om te beoordelen of het product geleverd wordt en wat de kwaliteit is. Op basis van de leveringen worden de leveranciers gescoord en gerangschikt op kwaliteit en performance. Deze worden gebruikt als input voor de evaluatie van de verschillende contracten van de leveranciers.

Het proces van inkopen in de zorg verschilt met het inkopen van goederen en diensten in de private sector. Om te beschrijven wat zorginkoop is en hoe het verschilt van de private sector is er gebruikgemaakt van twee verschillende definities. De definities zullen achtereenvolgens kort

worden toegelicht. De eerste definitie is afkomstig van Van Raaij (2016). Van Raaij (2016) beschrijft zorginkoop als volgt:

“The design, initiation, control and evaluation of activities within and between organizations aimed at realizing patient value with supplier-partners at the most favorable conditions (van Raaij, 2016)”

Bij verschillende overheden is er een splitsing tussen inkoop en levering van zorg in het zorgsysteem ingevoerd. De reden voor deze splitsing is om enerzijds de zorgkosten te beheersen en anderzijds om de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te bevorderen (Van Raaij, 2016). Van Raaij (2016) onderscheidt binnen zorginkoop twee groepen die zorg inkopen. De eerste groep zijn de financiers van de zorg (zoals lokale overheden, werkgevers, zorgverzekeraars). Zij vervullen de rol van zorginkopers; het selecteren van zorgaanbieders, het contracteren van zorgaanbieders en het beheren van inkooprelaties met gecontracteerde aanbieders. De tweede groep betreft zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, klinieken en huisartsen. Zorgaanbieders moeten ook leveranciers van medische en niet-medische goederen en diensten selecteren, contracteren en relaties met deze leveranciers beheren. Beide activiteiten worden door van Raaij (2016) onder inkoop van zorg verstaan. Het is volgens van Raaij (2016) belangrijk dat het perspectief van de eindgebruiker het uitgangspunt is voor professionele zorginkoop. Bij zorginkoop moet het perspectief gericht zijn op degene (patiënten, cliënten, kwetsbare burgers) die gebruikmaakt van de ingekochte zorgdiensten (Van Raaij, 2016). Dit onderzoek richt zich op de groep van financiers in de zorg, de zogenoemde zorginkopers.

Een tweede definitie die het zorginkoopproces beschrijft is van Klasa et al. (2018). In 2018 hebben Klasa et al. (2018) een onderzoek verricht naar het inkoopproces van zorgdiensten in tien landen. Om het inkoopproces te onderzoeken gebruikten Klasa et al. (2018) onderstaande definitie:

“An evidence-based process that sculpts health care systems by prioritizing the financing of certain goods and services over others through collaborative planning across various healthcare stakeholders while incorporating the needs and priorities of citizens in the distribution of health care and promoting equity, quality of care, efficiency, and responsiveness in the provision of health services (Klasa et al., 2018).”

Zorginkoop is volgens Klasa et al. (2018) een proces wat gebaseerd is op onderzoeksuitkomsten en wat het zorgstelsel vormt op basis van het stellen van prioriteiten in het financieren van bepaalde producten en diensten boven andere producten en diensten doormiddel van gezamenlijke afstemming bij verschillende belanghebbende in de gezondheidszorg. Tegelijkertijd moeten de behoeften en prioriteiten van burgers worden geïntegreerd in de verdeling van de gezondheidszorg. Het doel daarvan is dat gelijkheid wordt bevorderd en dat de kwaliteit, efficiëntie en toegankelijkheid van de gezondheidszorg geborgd blijven (Klasa et al., 2018). Om zorginkoop strategisch te maken is het nodig dat inkopers een actievare rol moeten spelen bij de inkoop en kwesties daarin moeten opnemen zoals bevolkingsbehoeften, kwaliteit, bewijs, efficiëntie en zorg voor billijkheid en gezondheid van de bevolking (Klasa et al., 2018). Zowel van Raaij (2016) als Klasa et al. (2018) vinden het belangrijk dat de inkoop van zorg wordt afgestemd op de behoefte van de eindgebruiker. Van Raaij (2016) noemt dat het realiseren van patiëntwaarde en Klasa et al. (2018) benoemt het meenemen van de behoeften van burgers. Van Wee (2009) beschrijft in zijn definitie dat inkoop van goederen en diensten moet geschieden tegen de meest gunstige voorwaarden voor het bedrijf. De inkoopwaarden zijn in de zorg anders. Hierbij gaat het niet om diensten en goederen voor het bedrijf, maar om goederen en diensten die cliëntwaarde moeten realiseren. Om clientwaarde in zorginkoop te borgen geeft Klasa et al. (2018) aan dat het belangrijk is om de behoeften en prioriteiten van burgers te betrekken bij het inkoopproces. Hetzelfde beschrijft Van Raaij (2016); om patiëntwaarde toe te voegen moet het perspectief van zorginkoop gericht zijn op de eindgebruiker.

Om het zorginkoopproces bij gemeenten te beschrijven is er gebruikgemaakt van de informatie die de rijksoverheid in samenwerking met de VNG (2014) verspreidde ten tijde van de transformatie. Het Transitie Bureau Wmo (2014) heeft een proces van inkoop voor de Wmo 2015 beschreven. Deze zal hieronder kort worden toegelicht. Een inkoopproces bestaat uit drie globale fasen:

- A) Voorbereiding: prepareren en specificeren
- B) Uitvoering: selecteren en contracteren
- C) Afronding: implementeren



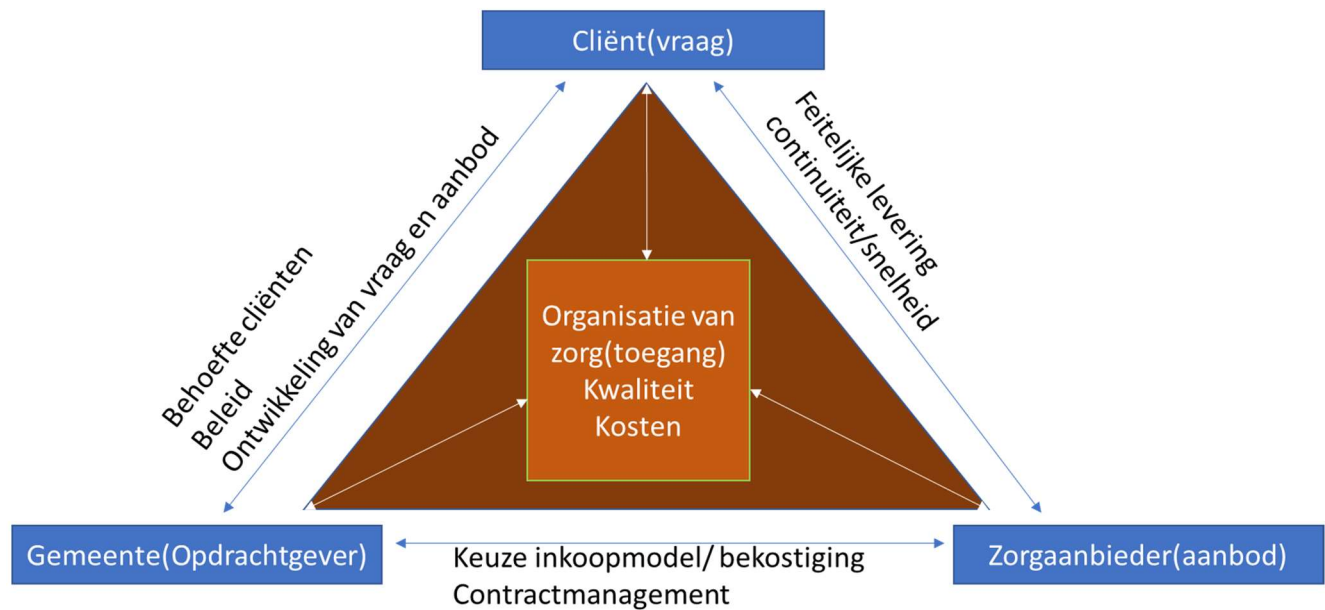
Figuur 2: inkoopproces Wmo 2015 gemeenten (Transitiebureau Wmo, 2014)

In fase A) wordt het beleidskader vastgesteld. Dit gebeurt aan de hand van het verkennen van de inkoopvraag en het marktaanbod. Tijdens de verkenning wordt er afgestemd met cliënten en zorgaanbieders over het gevormde beleid vanuit de gemeente. Na de verkenning wordt de afstemming vertaald in een inkoopstrategie. In de inkoopstrategie legt de gemeente in grote lijnen vast hoe de samenwerking in de komende contractperiode zal verlopen.

Na het afronden van fase (A), volgt fase (B) het selecteren en contracteren. Gedurende het selecteren en contracteren wordt het inkooptraject uitgevoerd. In deze fase geeft de gemeente de zorgaanbieders de gelegenheid en de tijd om te communiceren over de inkoopvraag. Op het moment dat de offertes zijn ontvangen worden deze beoordeeld en gescoord op basis van het inkoopdocument. Daaruit volgt een lijst met zorgaanbieders die geselecteerd en gecontracteerd kunnen worden.

Na de selectie en het contractproces volgt de laatste fase (C). In deze fase wordt het contract geïmplementeerd. Tijdens deze fase dient de gemeente cliënten te informeren over de gevolgen van de eventuele wijzigingen voor de te leveren ondersteuning. Indien bestaande zorgaanbieders niet gecontracteerd (gunning) zijn dienen de cliënten te worden overgedragen naar een andere gecontracteerde zorgaanbieder. Indien er nieuwe zorgaanbieders gecontracteerd zijn zullen de cliënten daarvan op de hoogte gesteld moeten worden.

Gemeenten beginnen in fase A (zoals weergegeven in figuur 2) met het verkennen van de inkoopvraag en marktaanbod. De verkenning wordt gebruikt als input voor de ontwikkeling van een inkoopstrategie. Om te komen tot een inkoopstrategie moet de gemeente keuzes maken in het invullen van het beleid, het organiseren van de levering en het inrichten van de relatie met de zorgaanbieders. Onderstaand figuur geeft de onderlinge driehoeksrelatie in de Wmo 2015 weer.



Figuur 3. Speelveld gemeentelijk opdrachtgeverschap in de Wmo 2015 (gebaseerd op Transitiebureau Wmo 2014).

De gemeente heeft zowel een relatie met de cliënten als met de zorgaanbieders. De cliënten maken gebruik van de voorzieningen die door de gemeente worden uitgevoerd. De uitvoering van de voorzieningen is afhankelijk van de behoefte van de cliënten en het beschikbare aanbod van zorgaanbieders. Daarin maakt de gemeente keuzes in toegang, kwaliteit en kosten.

De beschreven definities van Van Raaij (2016) en Klasa et al. (2018) vormen samen met het Transitiebureau Wmo 2014 de scope van dit onderzoek. Het proces van inkopen (het selecteren, het contracteren en het beheren van inkooprelaties met gecontracteerde aanbieders) is gericht op het realiseren van cliëntwaarde onder de meest gunstige voorwaarden. Inkoopstrategie wordt in dit onderzoek gedefinieerd als brede, overkoepelende term voor alle beslissingen en aspecten die met het inkopen van zorg samenhangen. De gekozen inkoopstrategie mondt uit in een keuze voor een inkoopmodel. Het inkoopmodel is in dit onderzoek gedefinieerd als de wijze waarop de inkoop voor Wmo 2015 door gemeenten wordt georganiseerd. In dit onderzoek staat vooral de relatie tussen de gemeente en zorgaanbieder centraal. Er wordt getracht inzichtelijk te maken hoe de gemeente via het inkoopmodel het innovatief vermogen van de zorgaanbieders beïnvloedt.

2.3 Gemeentelijke inkoopmodellen

In de volgende paragraaf zullen de meest voorkomende inkoopmodellen in de Wmo 2015 worden toegelicht. In publicaties over de inkoop in het sociaal domein is een grote verscheidenheid aan inkoopmodellen beschreven. In het rapport van het SCP (2015) worden zes inkoopmodellen beschreven die bestaan om zorg in te kopen. Deze modellen worden afzonderlijk ook ten dele beschreven door andere auteurs (Uenk., 2016; De Boer et al., 2016; Van Eijkel, 2018). Het betreft klassiek aanbesteden, bestuurlijk aanbesteden, het Zeeuws model, Open house, prestatie-inkoop (Best Value Procurement) en besloten veiling. De inkoopmodellen zullen kort worden toegelicht:

1. Klassiek aanbesteden

Klassiek aanbesteden is volgens De Boer et al. (2016) een geformaliseerd proces waarbij de gemeente eenzijdig de gevraagde dienstverlening met daarbij objectieve kwaliteitscriteria vastlegt in een aanbestedingsdocument. Geïnteresseerde potentiële zorgaanbieders kunnen op de aanbesteding inschrijven door aan te geven of en hoe zij kunnen voldoen aan de gestelde criteria. Daarbij wordt de aan de zorgaanbieders gevraagd voor welke prijs de zorgaanbieders de gevraagde dienstverlening kunnen leveren.

De selectie van zorgaanbieders wordt door de gemeente gebaseerd op een combinatie van de objectieve kwaliteitscriteria en de laagste prijs. De gunning vindt plaats op basis van ingediende documenten en is beperkt tot de periode van de aanbesteding. De gemeente kan voordat de inkoop formeel van start gaat bijeenkomsten met zorgaanbieders organiseren, waarbij de gemeente in gesprek gaat met deze geïnteresseerde potentiële zorgaanbieders. Binnen het klassieke model kan door de gemeente vooraf bepaald worden aan hoeveel zorgaanbieders de opdracht gegund wordt.

2. Bestuurlijk aanbesteden

De Boer et al. (2016) beschrijft een bestuurlijke aanbesteding als proces waarbij de gemeente met alle betrokken partijen in gesprek gaat. Het gesprek wordt gevoerd met de huidige, geïnteresseerde zorgaanbieders en cliëntenvertegenwoordigers. Deze partijen worden door de gemeente uitgenodigd om input te leveren op de omschrijving van de gevraagde dienstverlening. Op basis van dit proces wordt een convenant gesloten waarin de gevraagde dienstverlening wordt omschreven en waarin de kwaliteitskaders zijn vastgelegd. De gemeente onderhandelt met alle individuele zorgaanbieders op basis van een kostprijsberekening en een bandbreedte die de gemeente vooraf bepaald heeft. Het bestuurlijke aanbesteden biedt veel mogelijkheden voor het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening (De Boer et al, 2016). Het open karakter van een bestuurlijke aanbesteding maakt het eenvoudig om veel zorgaanbieders tegelijk te contracteren. Kleinere zorgaanbieders kunnen in een bestuurlijke aanbesteding vrijwel even gemakkelijk toetreden als grotere zorgaanbieders. Indien gemeenten kiezen voor bestuurlijk aanbesteden worden zorgaanbieders niet uitgedaagd om te concurreren op prijs (De Boer et al, 2016; PPRC, 2015). Bij bestuurlijke aanbesteden wordt iedere zorgaanbieder gecontracteerd die aan de opgestelde kwaliteitseisen kan voldoen en daarbij de dienstverlening wil leveren voor een tarief dat binnen door de gemeente gevraagde bandbreedte valt. Gemeenten hebben in een bestuurlijke aanbesteding beperkte mogelijkheden om te sturen op kostenbeheersing.

3. Zeeuws model

Het Zeeuws model wordt door PPRC (2015) omschreven als een model waar de gemeente de kwaliteitscriteria, uitvoeringsvoorwaarden en de tarieven vaststelt. Een zorgaanbieder hoeft enkel akkoord te gaan met alle voorwaarden en tarieven. Net als bij bestuurlijk aanbesteden wordt het Zeeuws model doorgaans toegepast in combinatie met contract zonder omzetgarantie. De contracten worden afgesloten met alle aanbieders die aan de kwaliteitsvoorwaarden voldoen. De tarieven worden binnen het Zeeuws model eenzijdig door

gemeente bepaald. Daardoor is er geen onderhandelingsruimte over de tarieven mogelijk en vindt er geen enkele concurrentie op prijs plaats tussen zorgaanbieders (PPRC, 2015).

4. Open house

Open house kenmerkt zich volgens Van Eijkel (2018) doordat de gemeente geen selectie maakt onder de geïnteresseerde zorgaanbieders en wordt om die reden niet als aanbesteding aangemerkt. Anders dan het Klassieke, Bestuurlijke of Zeeuwse model kent Open house nooit een uitsluiten karakter. Dit betekent dat zorgaanbieders bij Open house te allen tijde tot de markt worden toegelaten, indien de zorgaanbieders voldoen aan de door de gemeente gestelde voorwaarden (Van Eijkel, 2018). De gemeente kan bij Open house afdwingbare afspraken maken met aanbieders over de hulpverlening (Van Eijkel, 2018). De tarieven worden net zoals bij het Zeeuws model eenzijdig door gemeente vastgesteld.

5. Prestatie-inkoop (Best Value Procurement)

Gemeenten passen binnen prestatie-inkoop de principes van functioneel specificeren toe (PPRC, 2015). In de aanbesteding worden aan de inschrijvende zorgaanbieders ruimte geboden (en uitgedaagd) om creatieve oplossingen voor dienstverlening aan te bieden. De gemeente stelt zijn eisen functioneel op, waardoor er ruimte is voor zorgaanbieders om zelf te bepalen hoe ze aan deze eisen zullen voldoen (PPRC, 2015). Binnen de procedure van prestatie-inkoop is er ruimte voor een één-op-één dialoog tussen gemeente en inschrijvende zorgaanbieder over de wijze waarop de zorgaanbieder de opdracht zal invullen. De gemeente selecteert via deze procedure een of meerdere zorgaanbieders. Interviews met 'sleutelfunctionarissen' van de inschrijvende zorgaanbieders zijn een vast onderdeel van dit model. Zo kan de gemeente een goed beeld vormen van de kwaliteit van de inschrijvende zorgaanbieder. In het sociaal domein wordt dit model vooral toegepast voor het contracteren van een hoofdaannemer voor een bepaald deel van de zorg en ondersteuning voor een hele populatie (PPRC, 2015).

6. Besloten veiling

Volgens PPRC (2015) is een eerste stap binnen een Besloten veiling procedure het selecteren van gekwalificeerde zorgaanbieders voor een raamovereenkomst zonder omzetgarantie. Deze raamovereenkomst specificeert bepaalde diensten met een maximumtarief. Zorgaanbieders moeten per cliënt bieden in een besloten online veiling: de zorgaanbieder die de cliënt tegen het laagste tarief wil ondersteunen wint de cliënt, als deze zelf geen voorkeur heeft. De voorkeur van de desbetreffende cliënt is niet vooraf zichtbaar voor zorgaanbieders. Er is daardoor een prikkel om onder te bieden om de cliënt te winnen. De zorgaanbieders moeten dus om elke cliënt concurreren op prijs en garantie van een bepaald kwaliteitsniveau. Indien de cliënt zelf een sterke voor- of afkeur heeft voor de aangeboden dienst dan wordt dat door de gemeente zwaarder meegenomen dan de geoffreerde prijs (PPRC, 2015).

De vormgeving van contracten is naast de inkoopprocedure een ander belangrijk sturingsinstrument bij de inkoop van het sociale domein. Van alle contractspecificaties wordt de bekostigingsstructuur doorgaans als het belangrijkste sturingsinstrument beschouwd. De keuze voor een bepaalde bekostigingsmethode bepaalt namelijk in grote mate de prikkels die de zorgaanbieders ervaren (PPRC, 2015). De bekostiging zal in de volgende paragraaf besproken worden.

2.4 Bekostiging

Bekostiging is de manier waarop de financiële vergoedingen bepaald worden. De financiële vergoeding wordt in dit onderzoek gedefinieerd als wat de betrokken zorgaanbieder voor de geleverde diensten aan geld ontvangt voor de overeengekomen te leveren en (nadien verantwoorde) geleverde prestatie (Peeters et al., 2013). Er zullen vijf varianten van bekostiging worden toegelicht. Deze zijn fee-for-service (FFS), capitation, payment-per-case (PPC) en outcome-based payment models (OBPMs) en functiegericht bekostigen (FB).

Kaplan & Porter (2011) beschrijven fee-for-service (FFS) als een vorm van retrospectieve betalingen die uniek zijn voor elk verleende dienst. Alle services worden met hun prijs opgenomen in een zogenoemd “vergoedingsschema”. Andere auteurs (Eijkenaar & Schut, 2015) beschrijven FFS als het achteraf declareren van kosten van afzonderlijke zorgactiviteiten (zoals een consult door een huisarts, een zitting door een fysiotherapeut, een MRI-scan door een radioloog, etc.). Peeters et al. (2013) beschrijven FFS als een vorm van bekostiging waarbij een financier met een zorgaanbieder vooraf diensten of activiteiten definieert. De betaling vindt conform de overeengekomen prijs (dienst of activiteit) plaats. Dit kan volgens Peeters et al. (2013) ook een verzameling van diensten of activiteiten zijn. Porter en Kaplan (2016) wijzen op de nadelen van de traditionele gebaseerd op FFS bekostiging. Zij betogen dat deze vorm van bekostigen (FFS vergoedingen) tot op heden waarschijnlijk de grootste hindernis vormt in het verbeteren van de gezondheidszorg (Porter en Kaplan, 2016).

Capitation wordt door Kaplan & Porter (2011) beschreven als een vorm van prospectieve vaste betalingen aan zorgaanbieders om gedurende een bepaalde periode voor een bepaalde populatie te zorgen. Capitation zorgt voor sterk controles op de prijs en het volume van de diensten, maar moedigen mogelijk ook onderbesteding of slechte zorg aan als de totale betalingen te laag zijn. De prijs wordt bepaald op basis van populatiekenmerken en de grootte van de populatie (Kaplan & Porter, 2011). Peeters et al. (2013) beschrijven capitation als een vorm van bekostiging waarbij de financier met een zorgaanbieder voor een afgebakende groep burgers (deelpopulatie of geografische afbakening) een maatschappelijke taak of opdracht overeenkomt en deze betaalt voor het behaalde (meetbare) resultaat bij deze maatschappelijke taak of opdracht voor deze groep.

Een derde vorm van bekostiging is de functiegerichte bekostiging (FB). Deze vorm van bekostiging wordt door Peeters et al. (2013) beschreven als een vorm van bekostiging waarbij de financier betaalt voor de beschikbaarheid van een met een zorgaanbieder overeengekomen functie. Bij FB spreken gemeente en aanbieder in beginsel een vast bedrag af voor een bepaalde periode (Peeters et al., 2013). Voor dit bedrag dient de aanbieder een in een overeenkomst beschreven functie te vervullen of dienst te verlenen. FB wordt volgens Peeters et al. (2013) ook wel lumpsum- of beschikbaarheidsbekostiging genoemd.

Een vierde vorm van bekostiging is payment-per-case (PPC). PPC wordt door Kaplan & Porter (2011) beschreven als de bekostiging voor de betaling per diagnose (diagnose behandelcombinatie). De prijs van de betaling wordt gebaseerd op de volledige periode vanaf de start van de diagnose tot en met het einde van de behandeling. PPC kan een vorm van prospectieve of retrospectieve variabele betalingen zijn.

De auteurs Vlaanderen, et al. (2019) beschrijven outcome-based payment models (OBPMs) als vierde vorm van bekostiging. OBPMs wordt door Vlaanderen et al. (2019) beschreven als een vorm van resultaatbekostiging. Om te kunnen spreken van OBPMs moeten de betalingen aan zorgaanbieders voor minimaal 10% uit prestatieafhankelijke betalingen bestaan. Deze prestatiebetalingen moeten gekoppeld zijn aan de uitkomsten van de geleverde zorg (Vlaanderen et al., 2019). Daarnaast moeten deze betalingen zo ontworpen zijn dat ze gunstige effecten stimuleren in termen van kwaliteit van zorg of lagere zorgkosten (Vlaanderen et al., 2019). Deze vorm van bekostiging vraagt eenduidige afspraken over meetbare indicatoren voor het beoordelen

van het resultaat waarover de zorgaanbieder verantwoording kan afleggen. Omdat deze vorm van betalingen gekoppeld zijn aan individuele cliënten zijn er wel risico's rondom volumeopdriving en selectief gedrag (vermijden van cliënten met een complexe en daardoor dure zorgvraag). Deze risico's kunnen worden beperkt door afspraken te maken over het aantal te ondersteunen cliënten en te sturen op verwijspatronen. Vormen van resultaatgerichte bekostiging worden door Porter & Kaplan (2016) als de meest effectieve vorm van bekostigen gezien. Nullmeijer et al. (2016) betogen dat wanneer er sprake kan zijn van een hoge onzekerheid over de uitkomsten contracten die op deze uitkomsten gebaseerd minder effectief zijn.

Praktijksituatie: Resultaatgerichte bekostiging in de Wmo

Amsterdam hanteert bij de bekostiging van hulp bij het huishouden het criterium: een schoon en leefbaar huis. Het tarief wat de gemeente hanteert voor de zorgaanbieders is een gewogen gemiddelde van het aantal uur en de prijs. De indicering van het product vindt niet meer plaats op het aantal uur, maar op basis van het criterium een schoon en leefbaar huis. Zorgaanbieders worden verplicht voor een gemiddeld vast bedrag dit resultaat op te leveren.

Om te komen tot het resultaat van een schoon en leefbaar huis, is er een maatstaf opgesteld. Hierin is opgenomen hoeveel uur iedere afzonderlijke taak aan het aantal uur kost. Aan de hand van deze maatstaf stelt de hulpverlener samen met de cliënt een plan op. Aan de hand van het plan wordt bepaald hoeveel huishoudelijke hulp er geboden moet worden. De uitvoering van het plan wordt doormiddel van steekproeven gecontroleerd. Een ambtenaar van de gemeente Amsterdam gaat tijdens een steekproef naar een betreffende cliënt die hulp bij het huishouden krijgt en controleert aan de hand van het plan of het resultaat van een schoon en leefbaar huis is behaald. Indien het resultaat niet behaald wordt gaat de gemeente Amsterdam met de desbetreffende uitvoerende partij in gesprek.

Huidige stand van zaken van bekostiging Wmo 2015

In het onderzoek van Uenk & Telgen (2019) komt naar voren dat de meerderheid van de gemeenten nog steeds aanbesteedt met bekostigingsstructuren die gebaseerd zijn op een FFS model. Dat heeft er vooral mee te maken dat het definiëren en het meten van resultaten in de context van de Wmo 2015 ingewikkeld is. Afhankelijk van het exacte type zorg, kan het erg moeilijk zijn om de gewenste uitkomsten objectief en duidelijk te specificeren. Wmo 2015 is bedoeld om een cliënt/burger met een handicap te helpen leren omgaan met hun handicap, met als doel een verbeterde zelfredzaamheid. Echter zijn doelen zoals 'zelfredzaamheid' en 'participatie in de maatschappij' globale termen die een precieze definitie en meetinstrumenten missen (Uenk en Telgen, 2019). De mate waarin een zorgverlener contractueel verantwoordelijk is om een cliënt/burger te ondersteunen bij het verbeteren van zijn zelfredzaamheid, wordt moeilijk te bepalen bij gebrek aan een precieze definitie. Een gerelateerd probleem is dat het niveau van zelfredzaamheid dat een cliënt/burger kan bereiken, per individu kan verschillen. Het daadwerkelijk realiseren (of handhaven) van dat niveau van zelfredzaamheid kan alleen tot op zekere hoogte worden beïnvloed door de zorgaanbieder en is net zo goed afhankelijk van externe factoren. De cliënt/burger draagt zelf ook bij aan de uitkomst van de dienstverlening (Uenk & Telgen, 2019). De meest ideale bekostigingsvorm in de Wmo 2015 lijkt volgens Uenk & Telgen (2019) een mix te zijn van resultaatgerichte bekostiging en FFS.

2.5 Innovatie

Innovaties in de gezondheidszorg zijn belangrijk en nodig voor het beheersen van de kosten en tegelijkertijd het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Zo betogen Omachonu & Einspruch (2010) dat innovaties een drijvende kracht zijn in de zoektocht naar een evenwicht tussen kostenbeheersing en kwaliteit van de gezondheidszorg. Tevens zien deze onderzoekers innovatie als een belangrijk component in bedrijfsproductiviteit en concurrentievermogen (Omachonu & Einspruch, 2010). Er zijn veel verschillende definities van innovatie. Innovatie wordt door Länsisalmi et al. (2006) en Omachonu & Einspruch (2010) omschreven als:

“The intentional introduction and application within a role, group, or organisation, of ideas, processes, products or procedures, new to the relevant unit of adoption, designed to significantly benefit the individual, the group, or wider society” (Länsisalmi et al., 2006; Omachonu & Einspruch, 2010).

Op basis van bovenstaande definitie betogen Länsisalmi et al. (2006) dat innovatie drie belangrijke kenmerken moet omvatten: (a) noviteit, (b) toepassingsgebied en (c) het beoogde voordeel. Wanneer deze definitie van innovatie wordt vertaald naar kenmerken van innovaties bij zorgaanbieders kunnen er drie verschillende vormen worden onderscheiden: a) nieuwe diensten, b) nieuwe manieren van werken, c) en / of het toepassen van nieuwe technologieën (Länsisalmi et al., 2006).

Omachonu & Einspruch (2010) delen de typen innovatie in vier categorieën. Deze zijn: productinnovatie, procesinnovatie, marketinginnovatie en organisatie-innovatie (Omachonu & Einspruch, 2010). Op basis van deze indeling komen Omachonu & Einspruch (2010) met een nieuwe definitie:

“Healthcare innovation can be defined as the introduction of a new concept, idea, service, process, or product aimed at improving treatment, diagnosis, education, outreach, prevention and research, and with the long-term goals of improving quality, safety, outcomes, efficiency and costs.”

Een belangrijk verschil met de eerste definitie is dat deze definitie innovatie koppelt aan uitkomsten van zorg, efficiëntie en kosten. Uitkomsten van zorg gaat over de kwaliteit van de geleverde zorg ervaren door patiënten. Een manier om de ervaring van patiënten te meten is door de inzet van Patient Reported Outcome Measures (PROMs) (Van Kessel et al., 2016). Volgens de onderzoekers Van Kessel et al. (2016) zijn PROMs vragenlijsten voor patiënten die de effecten of ‘uitkomsten’ van de zorg meten. PROMs geven informatie over het resultaat van de zorg of behandeling volgens patiënten (Van Kessel et al., 2016). Het gaat dan over hun symptomen, hun fysieke, psychische of sociale functioneren, de ervaren gezondheid of kwaliteit van leven (Van Kessel et al., 2016). De definitie die gehanteerd zal worden combineert de vormen van innovatie van Länsisalmi et al. (2006) met de lange termijn doelstellingen van Omachonu & Einspruch (2010). De definitie voor innovatie in de zorg is:

Innovaties zijn nieuwe diensten, nieuwe manieren van werken en/ of het toepassen van nieuwe technologieën waarbij de innovatie bijdraagt in termen van verbeterde kwaliteit, veiligheid, uitkomsten van zorg, efficiëntie tegen gelijkblijvende/ danwel lagere kosten.

Dimensie van innovatie

Er zijn verschillende soorten innovaties, van kleine incrementele verbeteringen tot en met radicale veranderingen die de manier waarop het denken over en gebruik ervan transformeert. Soms zijn deze veranderingen gemeenschappelijk voor een bepaalde sector of activiteit, maar soms zijn ze zo radicaal en verstrekkend dat ze de basis van de samenleving veranderen (Tidd et al., 2005).

Innovatie kan dus op basis van zijn impact worden ingedeeld van incrementeel naar radicaal en van productniveau tot systeemniveau. In figuur 4 wordt de dimensie van innovatie weergegeven en in tabel 2 worden de kenmerken van incrementele en radicale innovatie weergegeven.



Figuur 4. Dimensies van innovaties (geadopteerd van Tidd et al.(2005))

	Incrementele innovatie	Radicale innovatie
Systeemniveau	Verbeterde efficiëntie van dienstverlening op het systeem	Zorgt voor een nieuwe set van waarden/ culturele verandering
	Samenwerking in het systeem is verbeterd om eigen kracht van totale groep van inwoners te versterken	Creëert voor nieuwe groepen of produceert nieuwe diensten voor het systeem
		Creëert nieuwe professionele rollen en spelers, dat wil zeggen het ontwikkelen van nieuwe capaciteit
	Het systeem van diensten is beschikbaar voor gelijkblijvende danwel minder kosten	Ontregelt oude systemen
Product/dienstniveau	Bestaande dienst is efficiënter	Nieuwe diensten zorgen voor meer efficiëntie
	Verbeterde kwaliteit van bestaande dienst	Verbeterd de kwaliteit door inzet van nieuwe diensten
	Bestaande dienst versterkt de eigen kracht van de cliënt/ inwoner	Nieuwe dienst versterkt de eigen kracht van de cliënt
	Bestaande dienst is beschikbaar voor gelijkblijvende danwel minder kosten	Nieuwe dienst t is beschikbaar voor gelijkblijvende danwel minder kosten

Tabel 2: Incrementele en radicale innovatie in de Wmo

Innovaties in de context Wmo

Innovatie in de Wmo kan worden uitgelegd als zorg en ondersteuning op een fundamenteel andere manier benaderen. Het gaat onder meer om het beter benutten van de eigen kracht van inwoners en het bieden van maatwerk. Geen vaste lijsten met nauw omschreven vormen van zorg en ondersteuning, maar meer flexibiliteit, zodat de ondersteuning geboden kan worden die het beste past bij de individuele situatie van de inwoners (Van der Ham et al. , 2017). Het gaat daarbij om innovaties die nieuwe diensten en/ of nieuwe netwerken creëert, waardoor de eigen kracht van de inwoners versterkt wordt.

Praktijksituatie: Innovatie in de Wmo

Alphen aan den Rijn heeft door middel van hun aanbesteding een nieuwe integrale vorm van dienstverlening gecreëerd. Deze integrale vorm van dienstverlening noemt Alphen aan den Rijn TOM in de buurt. Met TOM in de buurt is het doormiddel van het invoeren van "capitation" gelukt de schotten tussen de diverse 'doelgroepen' financiering los te laten. Alphen aan den Rijn heeft omschreven welk resultaat ze wilden bereiken. De gegunde partijen werd gevraagd de resultaten te meten, zoals tevredenheid van hun cliënten.

Het is aan de creativiteit en expertise van TOM om de resultaten, kritische prestatie indicatoren (KPI's) die zij zelf hebben geformuleerd te behalen. De KPI's richten zich o.a. op toename algemene voorzieningen, vooruitgang of stabilisatie op de zelfredzaamheidsmatrix, stijging (ondersteunde) burgerinitiatieven, snelheid opstarten ondersteuning, tegenprestatie en klanttevredenheid (GGZ Nederland, 2015).

2.6 Samenvatting

Het theoretisch kader wordt gebruikt om de deelvragen te beantwoorden. Onderstaand geeft een aan de hand van de vragen een korte samenvatting van literatuur.

1. Wat wordt er verstaan onder inkoop in de Wmo?

Onder inkoop in de Wmo wordt verstaan: *Het proces van inkopen (het selecteren, het contracteren en het beheren van inkooprelaties met gecontracteerde aanbieders) is gericht op het realiseren van cliëntwaarde onder de meest gunstige voorwaarden.*

2. Wat wordt er verstaan onder een inkoopmodel in de Wmo?

Het inkoopmodel is in dit onderzoek gedefinieerd als de wijze waarop de inkoop voor Wmo 2015 door gemeenten wordt georganiseerd.

3. Welke modellen zijn er beschreven vanuit de theorie?

Aan de hand van de literatuur zijn er zes inkoopmodellen beschreven die zullen worden gebruikt voor het onderzoek naar de verschillende inkoopmodellen. Het gaat daarbij om de modellen: Klassiek aanbesteden, bestuurlijk aanbesteden, Zeeuws model, open house, prestatie-inkoop en besloten veiling.

4. Welke vormen van bekostiging in de financiering van zorg worden er in de literatuur beschreven?

Er worden vanuit de theorie vijf vormen van bekostiging beschreven. Deze zijn *fee for service*, *capitation*, *functiegericht bekostigen*, *payment per case* en *outcome-based payment models*. Outcome-based payment models worden vanuit de literatuur als meest ideale vorm van bekostiging gezien. In de Wmo is het benoemen van het resultaat in termen van uitkomsten complex. Daardoor is het toepassen van outcome-based payment models in de Wmo 2015 gecompliceerd. Dat heeft er vooral mee te maken dat het definiëren en het meten van resultaten in de context van de Wmo 2015 ingewikkeld is.

5. Wat wordt er in de literatuur verstaan onder innovatie in de Wmo?

Innovatie wordt gezien als nieuwe diensten, nieuwe manieren van werken en/ of het toepassen van nieuwe technologieën waarbij de innovatie bijdraagt in termen van verbeterde kwaliteit, veiligheid, uitkomsten van zorg, efficiëntie tegen gelijkblijvende/ danwel lagere kosten. Bij het toepassen van deze definitie kan er onderscheid worden gemaakt tussen incrementele en radicale innovatie.

3 Methodologie

3.1 Introductie

Hoofdstuk 3 beschrijft de aanpak van het onderzoek. Achtereenvolgens zullen de onderzoeksmethode, caseselectie en dataverzameling, data-analyse, validiteit en betrouwbaarheid beschreven worden.

3.2 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek betreft een beschrijvend onderzoek naar de invloed van het inkoopproces op het innovatievermogen bij zorgaanbieders waarbij gebruik wordt gemaakt van een comparative casestudy. Dul & Hak (2008) definiëren case study als:

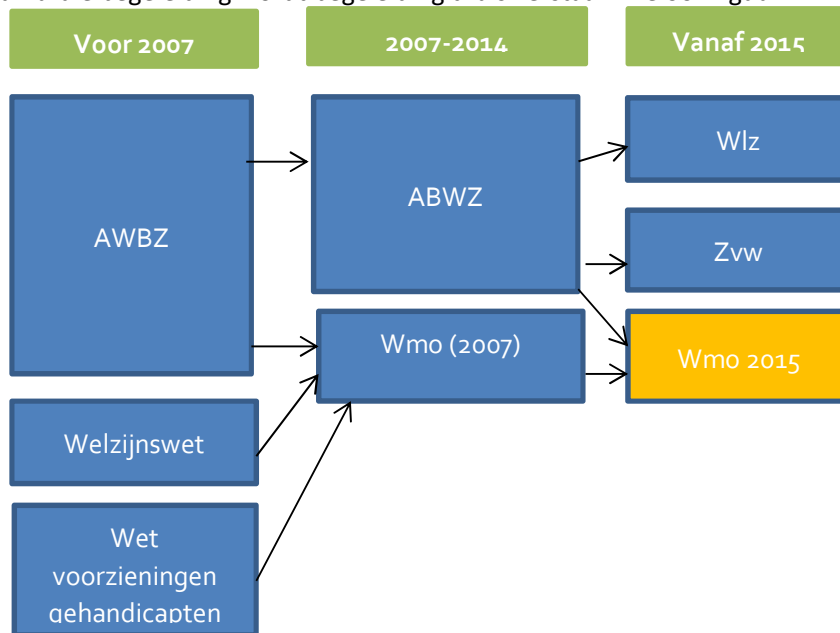
“A case study is a study in which (a) one case (single case study) or a small number of cases (comparative case study) in their real-life context are selected, and (b) scores obtained from these cases are analyzed in a qualitative manner”. (Dul & Hak, 2008, P.4.)

Een comparative casestudy geeft de mogelijkheid om cases van het inkoopproces Wmo bij gemeenten en het innovatievermogen bij zorgaanbieders te verkennen, met elkaar te vergelijken en een analyse te maken van de gegevens binnen de case-analyse. Daarnaast geeft het een verkenning tussen de case-analyses en ruimte om een cross-analyse te maken. Het doel van dit onderzoek is het opdoen van kennis hoe inkoopmodellen ingezet kunnen worden om nieuwe vormen van dienstverlening bij zorgaanbieders te stimuleren. De cases in dit onderzoek zijn gericht op enerzijds het inkoopmodel gehanteerd door 100k gemeenten en anderzijds op het innovatievermogen van zorgaanbieders. Het gaat hierbij om 31 cases van het inkoopproces Wmo 2015 bij 31 gemeenten en drie cases van innovatie bij zorgaanbieders die actief zijn in het bieden van hulp en ondersteuning aan mensen met psychiatrische problematiek. De onderzoeksvraag wordt beantwoord door het formuleren van conclusies in de context van de Wmo. De uitleg van de context staat centraal. Door middel van een comparative casestudy kunnen de cases onderling vergeleken worden. Binnen het onderzoek wordt gebruik gemaakt van twee verschillende onderzoeksmethoden: Het verzamelen en analyseren van inkoopdocumenten en het afnemen van semigestructureerde interviews.

3.3 Dataselectie en verzameling

Er zijn bij 31 gemeenten inkoopdocumenten verzameld op basis van deskresearch. De dataverzameling van de inkoopdocumenten richtte zich op inkoop van Wmo 2015 diensten ten behoeve van ondersteuning aan cliënten met psychiatrische problematiek. De Wmo 2015 diensten die gericht zijn op het ondersteunen van cliënten met psychiatrische problematiek zijn per 1 januari 2015 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015). De Wmo 2015 voorziet in ondersteuning die het

voor mensen met een beperking mogelijk moet maken om zoveel mogelijk zelfredzaam te zijn en deel te nemen aan de maatschappij. Deze ondersteuning kan bestaan uit begeleiding en dagbesteding. De begeleiding kan bestaan uit zowel intramurale als extramurale begeleiding. Onder intramurale begeleiding wordt verstaan begeleiding binnen een instelling. Onder extramurale begeleiding wordt begeleiding thuis verstaan. Zie ook figuur 4.



Figuur 4. Oorsprong Wmo 2015 (gebaseerd op de gegevens van het Sociaal en Cultureel Planbureau, (2017))

De 31 gemeenten werden geselecteerd op basis van grootstedelijkheid. Grootstedelijkheid is in dit onderzoek geoperationaliseerd naar steden met meer dan 100.000 inwoners (de zogenaamde 100k gemeenten) op 1 januari 2018. Het inwoneraantal per gemeente is vastgesteld door gebruik te maken van de dataset van het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). De selectie van de gemeenten is terug te vinden in bijlage C.

Dataselectie interviews

De selectie van interviews heeft plaatsgevonden op basis van omvang uitgedrukt in inwoneraantal en in vergelijking ten opzichte van de gemeente A. De gemeente A is als referentie gekozen. De gemeente A is de grootste gemeente van Nederland. De andere gemeenten zijn op basis van omvang en ligging ten opzichte van gemeente A ingedeeld in vier categorieën (zie ook tabel 2). Om goed onderzoek te kunnen doen in planning en tijd zijn er vier gemeenten en drie zorgaanbieders onderzocht. Binnen elke categorie is er één gemeente geselecteerd die voldeed aan inwoneraantal en vergelijkbare problematiek ten opzichte van gemeente A. Voor de selectie voor zorgaanbieders gold dat zij een Wmo-contract hadden en dat zij begeleidingsactiviteiten uitoefenden ten behoeve van mensen met psychiatrische problematiek binnen één van de geselecteerde gemeenten (gemeente A, gemeente B, gemeente C en gemeente D). Op basis van de selectie van gemeenten is er minimaal één gecontracteerde zorgaanbieder van de desbetreffende gemeenten geselecteerd. Bij gemeente A zijn twee zorgaanbieders geselecteerd op grote. Daarbij is een kleine landelijke zorgaanbieder (zorgaanbieder 1) geselecteerd en een zorgaanbieder die regionaal heel groot (zorgaanbieder 3) is. Bij gemeente B, C en D is gekozen voor één grote zorgaanbieder (zorgaanbieder 3) die in al deze gemeenten actief was in het leveren van Wmo 2015 diensten. Het doel was om te onderzoeken welk effect de verschillende inkoopmodellen Wmo 2015 bij dezelfde zorgaanbieder hebben op het innovatievermogen. Het idee van deze aanpak was dat de

gehanteerde inkoopmodellen van gemeenten onderling beter met elkaar vergeleken konden worden. Het onderzoek bij de drie zorgaanbieders was gericht op het in kaart brengen van de wisselwerking tussen de innovatie van de zorgaanbieder en het gehanteerde inkoopmodel en bekostiging van de desbetreffende gemeente. De innovatie is onderzocht aan de hand van het beschreven interview protocollen en zijn te vinden in bijlage A en B.

Inwoneraantal	Aantal 100k gemeenten binnen inwoneraantal	Geselecteerde gemeente Casestudy	Geselecteerde zorgaanbieders
500k.- 900k.	3	Gemeente A (hoofdcase)	Zorgaanbieder 1 Zorgaanbieder 2
300k.- 500k.	1	Gemeente B (Case 1)	Zorgaanbieder 3
200k. - 300k.	4	Gemeente C (case 2)	Zorgaanbieder 3
100k. - 200k.	23	Gemeente D (case 3)	Zorgaanbieder 3

Tabel 2. Overzicht indeling gemeenten naar casestudy.

Dataverzameling deskresearch

Voor de dataverzameling bij de gemeenten ten behoeve van het inkoopproces Wmo is er zoveel mogelijk gebruikgemaakt van officiële aanbestedingsdocumenten, zoals de officiële staats- eisen, voorafgaande mededelingen, beleidsdocumenten, ontwerp (raam) contracten, bijlagen en andere relevante officiële documenten. Om deze inkoopdocumenten te verzamelen, zijn eerst de officiële aanbestedingswebsites van Nederland (www.tenderned.nl) voor inkoopdiensten geraadpleegd. Indien de documenten niet beschikbaar waren via Tenderned, is er gebruikgemaakt van de gemeentelijke websites. De zoekstrategie begon eerst met google.nl voor het zoeken naar aanbestedingsdocumenten van specifieke gemeenten. Wanneer google.nl geen gewenste resultaten opleverde, is er gezocht in Tenderned. Er werden zoektermen gebruikt als "Inkoop WMO 2015" of "overeenkomst WMO" en <naam van gemeente en andere variaties. Indien er tijdens de zoektocht geen aanbestedingsdocumenten gevonden werden, is er via e-mail rechtstreeks contact opgenomen met een van de gemeentelijke ambtenaren. Van 30 gemeenten zijn de officiële aanbestedingsdocumenten bemachtigd voor de 31 aanbestedingen voor de inkoop van diensten ten behoeve van de Wmo 2015. Deze documenten zijn geanalyseerd op onderstaande items. Per item zal kort worden toegelicht hoe de analyse heeft plaatsgevonden:

1. Soort inkoopmodel
2. Aantal gecontracteerde zorgaanbieders
3. Looptijd van de overeenkomsten met de zorgaanbieders
4. Soort bekostigingsmodel
5. innovatie

1. Soort inkoopmodel

Om de inkoopdocumenten in te delen naar inkoopmodellen zijn de in tabel 3 benoemde criteria per inkoopmodel toegepast. Van één gemeente is geen inkoopdocument gevonden. Er was wel informatie beschikbaar over de inkoopprocedure. Op basis van deze informatie kon alsnog bepaald worden welk inkoopmodel werd gehanteerd.

Soort inkoopmodel	Indelingscriteria
Klassiek aanbesteden	- Inkoopdocument waarin geen tarieven vermeld staan. Tarieven moeten door de aanbieder worden geoffreerd. - Inkoopdocument is ingedeeld in percelen - Toetreding is tussentijds niet mogelijk
Bestuurlijk aanbesteden	- Op de sites van de desbetreffende gemeenten spreekt men van ontwikkeltafels voor zorgaanbieders - Tussentijdse toetreding is mogelijk er staat een aanmeldformulier voor zorgaanbieders op de website vermeld om toe te treden - Procedure en verslagen van de ontwikkeltafels zijn op de site van de desbetreffende gemeente aanwezig - Het hebben van een convenant - Het hebben van ontwikkelovereenkomsten en leveringsovereenkomsten
Zeeuws Model	- Inkoopdocument is openbaar - Het inkoopdocument is ingedeeld in percelen en producten - Tarieven staan vermeld in het inkoopdocument - Toetreding is tussentijds niet mogelijk
Prestatie-inkoop	- Inkoopdocument is openbaar - Indeling naar een opdracht voor een gebied en aangegeven aan welke resultaten de opdracht moet voldoen - Bekostiging wordt met bedrag per gebied aangegeven
Open model	- Inkoopdocument is openbaar - Ingedeeld naar percelen - Tarieven staan in het inkoopdocument - Toetreding is tussentijds mogelijk
Besloten veiling	- Inkoopdocument is openbaar - Veiling en toekenning van cliënten wordt beschreven in het inkoopdocument

Tabel 3. Indelingscriteria inkoopmodellen.

2. Aantal gecontracteerde zorgaanbieders

Het vaststellen van het aantal gecontracteerde zorgaanbieders is gebaseerd op documenten van aanbestedingssites of van sites van gemeenten. Daarbij is gezocht met de term 'gecontracteerde zorgaanbieders'. Van alle 31 gemeenten zijn het aantal zorgaanbieders gevonden. Deze zijn vervolgens verwerkt in een totaaloverzicht wat is weergegeven in bijlage C.

3. Looptijd overeenkomst

De looptijd van de overeenkomst is vastgesteld aan de hand van de contracten. In de contracten is de duur van de overeenkomst opgezocht. Van een gemeente is geen overeenkomst gevonden. Daarbij is gebruikgemaakt van gevonden informatie in een gepubliceerd krantenartikel rondom de inkoopprocedure waarin de duur van de overeenkomst werd vermeld.

4. Soort bekostigingsmodel

Om de inkoopdocumenten in te delen naar bekostigingsmodellen is gebruikgemaakt van de benoemde criteria in tabel 4. Daarbij zijn alle 31 gemeenten ingedeeld naar een categorie. Van een gemeente is geen inkoopdocument gevonden, maar wel informatie rondom de inkoopprocedure. Op basis van deze informatie kon alsnog bepaald worden welk bekostigingsmodel werd gehanteerd.

Soort bekostiging	Indelingscriteria
Fee for service (FFS)	- Indeling naar producten en of arrangementen waarbij er tarieven per vier weken of per maand in het inkoopdocument worden gegeven. Deze tarieven konden door de zorgaanbieders zelf worden geoffreerd of waren in het inkoopdocument gepubliceerd.
Capitation	- In het inkoopdocument stond een vast bedrag per jaar voor een bepaald gebied. In ruil moet de zorgaanbieder zorgdragen voor een opdracht aan een groep cliënten in een bepaald gebied.
Functiegerichte bekostiging (FB)	- In het inkoopdocument werd gesproken over een vast bedrag per zorgaanbieder wat losgekoppeld is van de levering.
Payment per case (PPC)	- Het product of dienst werd ingedeeld naar diagnose of aandoeningen en kende een vast bedrag per diagnose behandelcombinatie of vast bedrag per traject
outcome-based payment models (OBPMs)	- Indeling naar tarieven met een koppeling naar uitkomstmaat. Indien de zorgaanbieder de uitkomstmaat niet haalde had dit effect op zijn of haar omzet. De betaling van de tarieven moest voor minimaal 10% gekoppeld zijn aan de uitkomsten van zorg. - De afreken systematiek werd duidelijk omschreven in het inkoopdocument en was gericht op een uitkomstmaat (bijvoorbeeld score op de zelfredzaamheidsmatrix of een vorm van Patient Reported Outcome Measures (PROMs))

Tabel 4. Indelingscriteria bekostigingsmodellen.

5. Innovatie

Alle documenten van inkoop van gemeenten zijn gescreend op het woord 'innovatie'. Indien 'innovatie' niet voorkwam in de documenten is het criterium dat innovatie niet door gemeenten is beschreven. In totaal zijn de documenten van 30 gemeenten gescreend op 'innovatie'. Indien 'innovatie' wel werd beschreven is dit verwerkt in hoofdstuk 4 en in het totaaloverzicht in bijlage C.

Data verzameling semigestructureerde Interviews:

De semigestructureerde interviews (zie bijlage A) hebben zowel plaatsgevonden bij 100k gemeenten als bij zorgaanbieders. Er is per geselecteerde 100k gemeente minimaal één beleidsmedewerker en/of inkoper per gemeente geïnterviewd. De desbetreffende beleidsmedewerker en/of inkoper is geselecteerd op basis van inkoop van Wmo voor hulp en ondersteuning bij cliënten met psychiatrische problematiek. De interviewvragen voornamelijk gericht op innovatie inkoop en uitvoering zijn een afgeleide van de literatuur review en deze zijn terug te vinden in bijlage A. Bij de geselecteerde zorgaanbieders is er één (eind)verantwoordelijke voor de zorginkoop, die tevens verantwoordelijk is voor innovatie vanuit de organisatie. De interviewvragen zijn een afgeleide van de literatuur review en deze zijn terug te vinden in bijlage B. Voor de dataverzameling ten behoeve van innovatie bij de zorgaanbieders is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Gemeente A is het meest diepgaand onderzocht, dit is de hoofdcase. Daar zijn twee personen met verschillende functies binnen de gemeente A geïnterviewd en zijn er twee personen met verschillende functies bij twee verschillende zorgaanbieders geïnterviewd. In totaal zijn binnen het onderzoek acht personen geïnterviewd. Een compleet overzicht van onderzoekseenheden is bijgevoegd in bijlage D.

3.4 Data-analyse

Interviews werden opgenomen, getranscribeerd en vervolgens samengevat. De concepten zijn gecodeerd en weergegeven in het coderingsschema in tabel 5. De concepten en coderingen zijn afgeleid van bestaande literatuur. De toepassing van concepten was van belang omdat de geïdentificeerde concepten niet eerder zijn bestudeerd in de context van de relatie tussen inkoopmodel en innovatie.

Na het verzamelen van de data zijn deze geanalyseerd om zodoende tot een beantwoording van de vraagstelling te komen. De concepten uit de literatuur waren de basis om de gegevens uit de inkoopdocumenten, semigestructureerde interviews en constatering te categoriseren, interpreteren en te analyseren. Het theoretisch kader diende als raamwerk om de werkelijkheid te beschrijven en te analyseren. Op basis van de analyse van de gegevens uit het onderzoek is gelet op patronen en is er een relatie gelegd met de literatuur. De interviews zijn uitgewerkt in casebeschrijvingen. Voor het operationaliseren van het onderzoek zijn de theoretische begrippen omgezet naar meetbare begrippen. Daarbij zijn dimensies en indicatoren bepaald en in onderstaand schema weergegeven.

Concept	Definitie	Dimensies	Indicatoren(meeting)
Inkoopmodel	Wijze waarop de inkoop voor Wmo 2015 door gemeenten wordt georganiseerd.	• Soort inkoopmodel	• Indeling naar het soort model • Aantal gecontracteerde zorgaanbieders • Looptijd overeenkomst
Bekostiging	Bekostiging wordt gedefinieerd als de manier waarop de financiële vergoeding wordt bepaald die de gecontracteerde zorgaanbieder voor de geleverde diensten ontvangt.	• Soort bekostigingsmodel	• Indeling naar het soort model op basis van kenmerken
Innovatie	Innovaties zijn nieuwe diensten, nieuwe manieren van werken en/ of het toepassen van nieuwe technologieën waarbij de innovatie bijdraagt in termen van verbeterde efficiëntie, kwaliteit, uitkomsten op het gebied van versterken eigen kracht van de inwoners, tegen gelijkblijvende/ danwel lagere kosten.	• Nieuw product/ nieuwe technologieën • Positie van cliënt/ persoon versterkt • Gelijkblijvende/ danwel minder kosten, • Indeling van incrementeel naar radicaal en van product naar systeemniveau	• Soort innovatie • Voorbeelden en aard van de innovatie • Gemeentelijke rol innovatie

Tabel 5. Operationalisatie van de concepten inkoopmodel, bekostiging en innovatie.

3.5 Betrouwbaarheid, validiteit en generaliseerbaarheid

Betrouwbaarheid bij kwalitatief onderzoek wordt door Flick (2009) beschreven als het kunnen controleren van de betrouwbaarheid van gegevens en procedures. De betrouwbaarheid van het onderzoek kan worden verbeterd wanneer het onderzoeksproces als geheel gedetailleerd wordt gedocumenteerd (Flick, 2009).

Validiteit verwijst naar de mate waarin metingen en onderzoeksresultaten een accurate weergave van de werkelijkheid zijn. (Easterby & Smith, 2015). Om de validiteit te vergroten is triangulatie toegepast. Bij het analyseren van de data is er gebruik gemaakt van twee verschillende bronnen. In onderstaande tabel volgt een korte weergave hoe in dit onderzoek de criteria betrouwbaarheid en validiteit zijn toegepast.

Kwaliteitscriterium	Toepassing in dit onderzoek
Betrouwbaarheid	• Het onderzoeksproces is vastgelegd in een onderzoeksopzet. Daarin werden de doelen, de onderwerpen en verwachting bij het onderzoek vastgelegd. • De semigestructureerde interviews bestaan uit een vaste set van vragen. • Concepten zijn geoperationaliseerd aan de hand van bestudering van literatuur.
Validiteit	• De vragen van de semigestructureerde interviews zijn samengesteld op basis van de literatuur review. (Zie bijlage A en B) • Bij het verwerken van de data is er gebruikgemaakt van twee verschillende bronnen (deskresearch en semigestructureerde interviews). • De relatie tussen inkoopmodel en innovatie is bestudeerd in dezelfde context (gemeenten en zorgaanbieders). • De interviewverslagen zijn teruggekoppeld aan de desbetreffende geïnterviewde personen.

Tabel 6. Operationalisatie van betrouwbaarheid en validiteit.

Generaliseerbaarheid wordt door Dul & Hak (2008) omschreven als een kenmerk van propositie en dus van een theorie. Het is de mate van vertrouwen dat een propositie correct is en van toepassing op het hele theoretische domein (Dul & Hak, 2008). De generaliseerbaarheid wordt verbeterd als de proposities wordt ondersteund in een reeks replicaties. Daarbij kunnen meer replicatiestudies de generaliseerbaarheid verbeteren (Dul & Hak, 2008). In dit onderzoek zijn geen proposities geformuleerd. Daardoor zijn de resultaten in dit onderzoek beperkt generaliseerbaar.

4 Bevindingen inkoopdocumenten

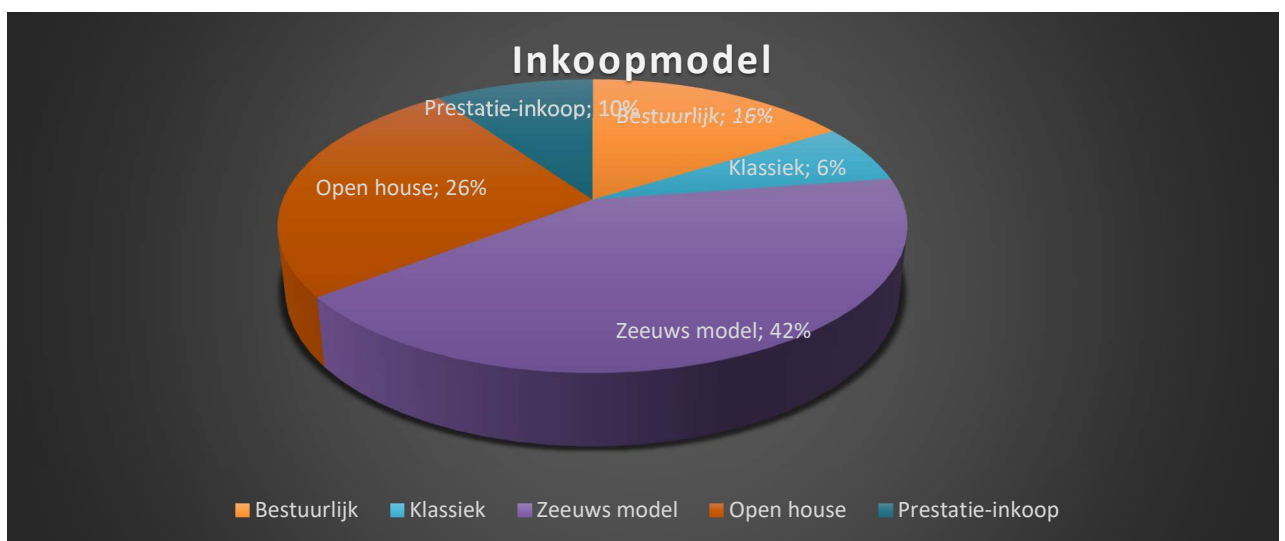
4.1 Introductie

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de analyse naar de inkoopdocumenten van de 100k gemeenten. Het doel van deze beschrijving is om inzicht te krijgen hoe de onderzochte 100k gemeenten de Wmo hebben ingekocht. Daarbij is gekeken naar het aantal gecontracteerde zorgaanbieders, de looptijd van de contracten, bekostiging en welke beschrijving voor innovatie door de onderzochte gemeenten wordt gebruikt. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting om onderstaande deelvragen te beantwoorden.

6. Welke inkoopmodellen worden er door de Nederlandse 100k gemeenten gehanteerd voor de inkoop van hulp en ondersteuning voor mensen met psychiatrische problematiek in de Wmo?

4.2 Soort inkoopmodel

Van de 31 onderzochte 100k gemeenten hanteren vijf gemeenten het model bestuurlijk aanbesteden. Twee gemeenten hanteren het model klassiek aanbesteden, dertien gemeenten het Zeeuws model, acht gemeenten het model open house en drie gemeenten het model prestatie-inkoop. Het Zeeuwse model kenmerkt zich doordat de gemeente eenzijdig de tarieven vaststelt. Het inkoopmodel moet in relatie worden gezien met het aantal gecontracteerde zorgaanbieders en de looptijd van de overeenkomsten. Voor het stimuleren van innovatie lijkt het van belang dat gemeenten selecteren op belangrijke items die worden beschreven in het inkoopdocument en waarop de zorgaanbieder punten moet scoren voor de gunning. Prestatie-inkoop is zeer geschikt om vooraf duidelijke criteria op te stellen waaraan de prestaties van de toekomstige zorgaanbieders kunnen worden beschreven.



Figuur 5.: Overzicht resultaten inkoopmodellen 100k. gemeenten.

Gecontracteerde zorgaanbieders

Het aantal gecontracteerde zorgaanbieders varieert van 376 tot en met drie. De gemeenten die voor een bestuurlijk inkoopmodel hebben gekozen hebben tussen de 55 en 300 zorgaanbieders gecontracteerd. In veel gevallen is dit een vorm waarbij zorgaanbieders gedurende de looptijd zich kunnen blijven inschrijven voor een contract. De gemeenten die het model klassiek aanbesteden hanteren, ligt het aantal gecontracteerde zorgaanbieders tussen vijftien en 90 zorgaanbieders. Bij klassiek aanbesteden zijn de aantallen lager omdat er gedurende de looptijd geen nieuwe zorgaanbieders gecontracteerd kunnen worden. Acht gemeenten hebben een open house model waarbij nieuwe zorgaanbieders zich gedurende de looptijd kunnen blijven inschrijven. Er zijn drie gemeenten die bewust gestuurd hebben op een klein aantal zorgaanbieders. Deze drie gemeenten hebben expliciet voor het model prestatie-inkoop gekozen. Zie ook tabel 7.

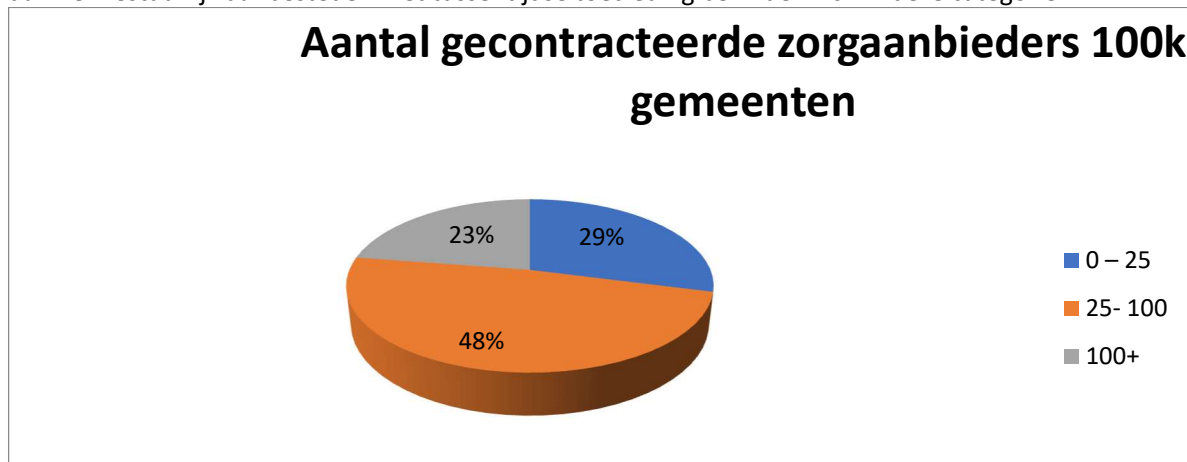
Inkoopmodel	Aantal gemeenten	Minimum aantal gecontracteerde zorgaanbieders	Maximum aantal gecontracteerde zorgaanbieders
Open House	8	68	376
Bestuurlijk aanbesteden	5	55	300
Klassiek aanbesteden	2	15	90
Zeeuws model	13	16	65
Prestatie-inkoop	3	3	8

Tabel 7. Inkoopmodel in relatie tot het aantal gecontracteerde zorgaanbieders.

Praktijkvoorbeeld: prestatie-inkoop

Gemeente Emmen heeft zijn aanbesteding zo ingericht dat het alleen partijen inkoopt die al ervaring hadden met het bedienen van minimaal 450 cliënten in een gebied. Gemeente Emmen heeft dit gebied opgedeeld in zes percelen. Een zorgaanbieder of samenwerkingsverband kon maximaal maar twee percelen gegund krijgen. Door een minimum aantal cliënten op te nemen in de gunning heeft gemeente Emmen gestuurd op een selectief aantal zorgaanbieders.

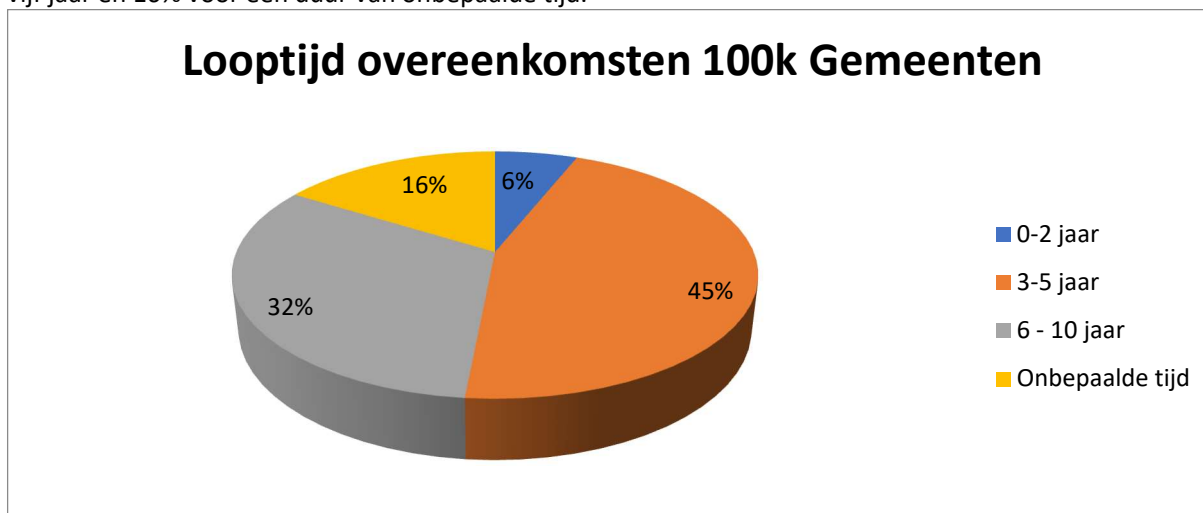
Figuur 6 laat de verdeling zien van het aantal gecontracteerde zorgaanbieders over de 31 gemeenten. 23% van de gemeenten heeft 0 -25 zorgaanbieders gecontracteerd. 48% heeft 25-100 zorgaanbieders gecontracteerd en 23% van de gemeenten heeft meer dan 100 gecontracteerde zorgaanbieders. De meeste gemeenten die een variant van inkoop bezitten van een Open House danwel Bestuurlijk aanbesteden met tussentijdse toetreding bevinden zich in deze categorie.



Figuur 6. Overzicht verdeling aantal gecontracteerde zorgaanbieders 100k gemeenten.

Looptijd overeenkomsten

De range van de duur van de overeenkomsten ligt tussen een jaar tot en met onbepaalde tijd. Figuur 7 geeft de verdeling van de looptijd contracten weer. 6% van de 100k. gemeenten heeft gekozen voor een looptijd van maximaal twee jaar. 45% van de 100k. gemeenten heeft gekozen voor een looptijd van drie tot en met vijf jaar. 32% heeft gekozen voor een looptijd van langer dan vijf jaar en 16% voor een duur van onbepaalde tijd.



Figuur 7. Overzicht duur van de overeenkomsten 100k gemeenten.

De looptijd van contracten lijkt los te staan van het gekozen inkoopmodel met uitzondering van het model prestatie-inkoop. Bij prestatie-inkoop is de minimale looptijd van 6 jaar in vergelijking met de andere inkoopmodellen lang. Bij alle overige inkoopmodellen bedraagt de minimale looptijd maximaal 3,5 jaar. De maximale looptijd bij alle inkoopmodellen ligt tussen de 7 jaar en onbepaalde tijd. Zie ook tabel 8.

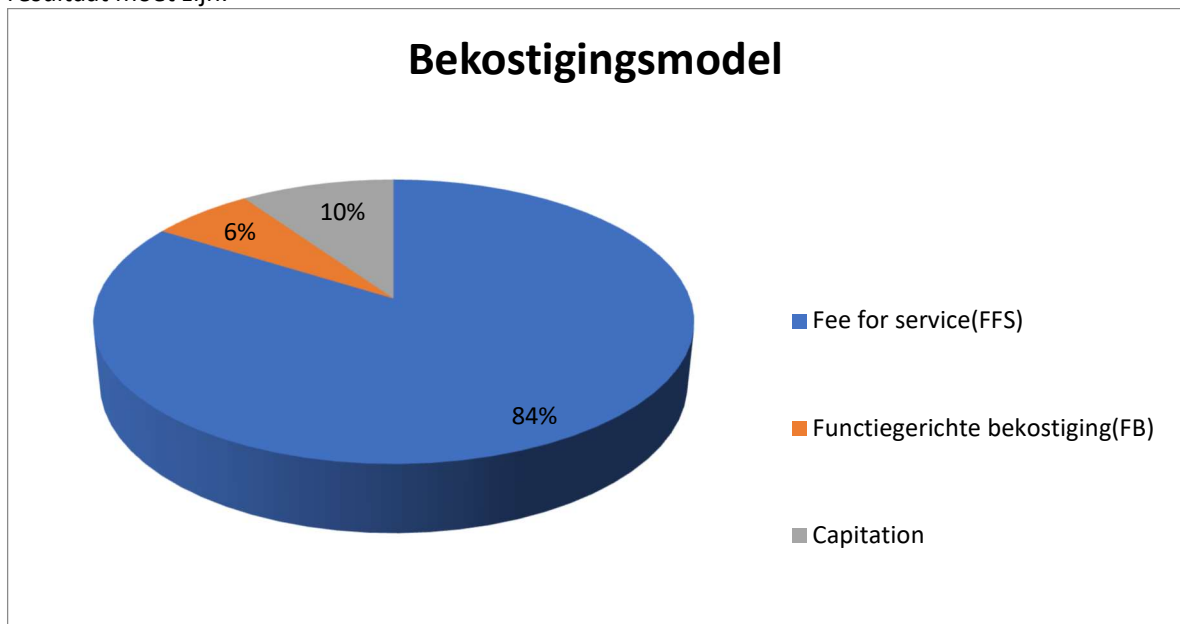
Inkoopmodel	Aantal gemeenten	Minimale looptijd overeenkomsten in jaren	Maximale looptijd overeenkomsten in jaren
Prestatie-inkoop	3	6	8
Klassiek aanbesteden	2	3,5	9
Bestuurlijk aanbesteden	5	3	Onbepaalde tijd
Open House	8	2	Onbepaalde tijd
Zeeuws model	13	1	7

Tabel 8. Inkoopmodel in relatie tot de duur overeenkomst.

4.3 Bekostiging

Zoals beschreven in het theoretisch kader wordt de manier waarop gemeenten de gecontracteerde Wmo-diensten financieren bekostiging genoemd. Het valt op dat de 100k gemeenten drie vormen van bekostiging hanteren. De resultaten zijn weergegeven in figuur 8 en zullen worden toegelicht. Deze zijn: fee for service (FFS), capitation en functionele bekostiging (FB). 84 % van de 100k gemeenten gebruikt FFS als bekostigingsmodel, 6% FB en 10% van de 100k gemeenten gebruiken capitation om de Wmo 2015 te financieren. FFS is het meest gehanteerde bekostigingsmodel. De gemeenten Utrecht en 's-Hertogenbosch hanteren FB als bekostigingsvorm waarbij de twee gemeenten een vierkant(budgetplafond) afspreken met de zorgaanbieders. Daarbinnen mogen de zorgaanbieders schuiven en zelf keuzes maken. Deze gemeenten geven aanbieders binnen dit budgetplafond ontwikkelopdrachten mee zonder dat daar extra financiering tegenover staat. In het

geval van capitation is er sprake van financiering voor een gebied waar een zorgaanbieder of een samenwerkingsverband van zorgaanbieders samen verantwoordelijk voor is. De zorgaanbieders krijgen een vast bedrag per jaar. Met deze zorgaanbieders wordt van tevoren afgesproken wat het resultaat moet zijn.



Figuur 8. Overzicht gehanteerde bekostigingsmodellen 100k. gemeenten.

In tabel 9 wordt de relatie tussen het inkoopmodel en bekostigingsmodel weergegeven. Daarbij valt op dat de inkoopmodellen open house, bestuurlijk aanbesteden en klassiek aanbesteden alleen FFS als bekostiging hanteren. Het Zeeuws model kent FFS en FB als bekostigingsmodellen, FFS met 11 gemeenten het meest gehanteerd wordt. Prestatie-inkoop kent alleen het bekostigingsmodel capitation. Indien een gemeente kiest voor capitation als bekostigingsmodel is het inkoopmodel prestatie-inkoop het meest passend. Bij prestatie-inkoop heeft een gemeente de mogelijkheid om een hoofdaannemer voor een bepaald deel van de zorg en ondersteuning voor een hele populatie te contracteren.

Inkoopmodel	Aantal gemeenten	Bekostigingsmodel	vorm
Open House	8	FFS	Tarieven
Bestuurlijk aanbesteden	5	FFS	Tarieven
Klassiek aanbesteden	2	FFS	Tarieven
Zeeuws model	11	FFS	Tarieven
	2	FB	Lumpsum (vast bedrag per zorgaanbieder)
Prestatie-inkoop	3	Capitation	Vast bedrag per gebied

Tabel 9. Gehanteerd inkoopmodel in relatie tot het bekostigingsmodel.

Payment per case (PPC) en outcome-based payment models (OBPMs) zijn in het onderzoek niet naar voren gekomen als gebruikte bekostigingsmodellen. Er zijn gemeenten die in hun aanbestedingsdocumenten toe willen werken naar een OBPM. Als tussenvorm koppelen deze gemeenten resultaatgebieden aan tarieven. Zo hebben gemeenten die FFS hanteren, resultaatgebieden gekoppeld aan het zorgprofiel van de cliënt. Daarbij wordt beschreven welke resultaten behaald moeten worden met de inzet van de te leveren zorg. Er wordt echter niet

bekostigd op het behaalde resultaat. Onderstaand praktijkvoorbeeld geeft weer hoe gemeenten tarieven koppelen aan resultaatgebieden.

Praktijkvoorbeeld: FFS bekostiging van tarieven uitgewerkt naar resultaatgebieden

Den Haag heeft per resultaatgebied resultaten geformuleerd om tot een verbetering of stabilisering van de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt te komen. De leefgebieden van de Zelfredzaamheidsmatrix zijn mede de basis geweest voor de gemeente Den Haag om voor deze indeling in resultaatgebieden te komen. Er zijn in totaal vijftien tarieven en één tarief voor waakvlamcontact. Deze rekent Den Haag op basis van de bij de beoordeling vastgestelde resultaatgebieden en intensiteiten door tot één tarief per cliënt. (Den Haag) In onderstaande tabel is de uitwerking van de resultaatgebieden naar tarieven per vier weken weergegeven.

	Resultaatgebieden	Basis	Plus	Intensief	Waakvlam
1	Het voeren van een huishouden	€ 216	€ 337	€ 504	€ 45
2	Sociaal en persoonlijk functioneren	€ 298	€ 509	€ 924	€ 45
3	Omgaan met zelfzorg en gezondheid	€ 145	€ 307	€ 536	
4	Dagbesteding	€ 183	€ 517	€ 1098	
5	Financiën	€ 173	€ 381	€ 843	

4.4 Aandacht voor innovatie

In totaal zijn er van 30 gemeenten inkoopdocumenten geanalyseerd. Van één gemeente is het inkoopdocument niet onderzocht. Van de 30 gemeenten hebben negen gemeenten innovatie beschreven in hun inkoopdocument. Tabel 10 geeft de relatie weer tussen het gehanteerde inkoopmodel, bekostigingsmodel en innovatie. Daarbij valt op dat bij bestuurlijk aanbesteden er geen innovatie beschreven wordt. Binnen bestuurlijk aanbesteden worden er regelmatig gesprekken met zorgaanbieders en cliënten gevoerd over de inhoud van de te leveren dienstverlening. Het model kent net zoals open house geen strikte voorwaarden met betrekking tot toetreding. Daardoor lijkt er voor gemeenten die een inkoopmodel open house of bestuurlijk aanbesteden hanteren minder noodzaak om tijdens de gunning van zorgaanbieders strikter te toetsen op het innovatievermogen. Bij de inkoopmodellen klassiek aanbesteden, Zeeuws model en

Inkoopmodel	Aantal gemeenten	Bekostigingsmodel	Innovatie beschreven in %
Open House	8	FFS	13%
Bestuurlijk aanbesteden	5	FFS	0%
Klassiek aanbesteden	2	FFS	50%
Zeeuws model	11	FFS	45%
	2	FB	50%
Prestatie-inkoop	3	Capitation	33%

prestatie-inkoop is er één moment van toetreding. Dat kan een verklaring zijn waarom gemeenten bij deze inkoopmodellen innovatie als voorwaarde beschrijven in hun inkoopdocument.

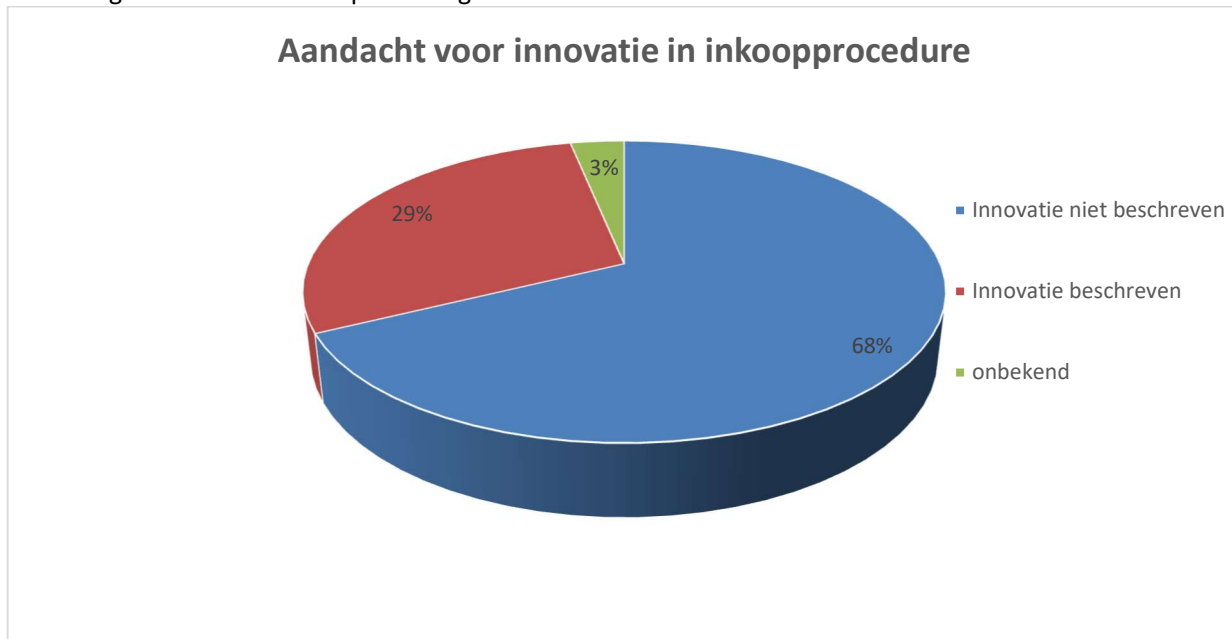
Tabel 10. Gehanteerd inkoopmodel in relatie tot bekostigingsmodel en innovatie.

Figuur 9 laat de verhouding van de onderzochte gemeenten zien in het beschrijven van innovatie. Per gemeente zal kort worden toegelicht op welke manier innovatie is verwerkt in hun inkoopdocument:

- Gemeente Alkmaar heeft expliciet in zijn aanbestedingsdocument een paragraaf opgenomen over innovatie. Gemeente Alkmaar steunt innovaties die gericht zijn op het vergroten van efficiëntie en doelmatigheid.
- Gemeente Alphen aan den Rijn noemt in zijn aanbestedingsdocument meerdere malen innovatie. Deze zijn ook gericht op doelmatigheid, samenwerking en innovatieve vormen van zorg.
- Gemeente Amsterdam beschrijft in zijn inkoopdocument meerdere malen innovatie. Innovatie wordt beschreven rondom productontwikkeling. Innovatie moet volgens gemeente Amsterdam leiden tot meer doelmatige en efficiëntere hulpverlening, waarbij het perspectief van de cliënt niet uit het oog verloren mag worden. Om zorgaanbieders te stimuleren kunnen zorgaanbieders gebruik maken van “experimenteerruimte”. Dat is voor zorgaanbieder vrije ruimte om nieuwe zorgconcepten te ontwikkelen.
- Gemeente Delft en Westland zitten in een samenwerkingsverband rondom de aanbesteding Wmo 2015 en maken daardoor gebruik van hetzelfde aanbestedingsdocument. Delft en Westland hebben innovatie benoemd in de gunningscriteria. Er konden in totaal vijftien punten worden gescoord op het onderdeel innovatie. Innovatie wordt door Delft en Westland gezien als een middel om de transformatie mogelijk te maken. Onder de transformatie verstaan gemeente Delft en Westland het langer thuis laten wonen van cliënten. Zorgaanbieders worden uitgedaagd om met effectieve innovaties komen die het langer thuis wonen mogelijk maken.
- Gemeente Rotterdam beschrijft innovatie als vernieuwingen die leiden tot grotere effectiviteit van de ondersteuning en een grotere tevredenheid bij de cliënt, terwijl de kosten van de ondersteuning afnemen of in ieder geval niet toenemen. Daarnaast heeft Rotterdam binnen het sub criterium samenwerking een eis in de aanbesteding opgenomen dat de zorgaanbieder moet beschrijven hoe innovatie in de organisatie wordt toegepast. Op basis van de beschrijving kan de zorgaanbieder extra punten verdienen voor de gunning.
- Gemeente ‘s-Gravenhage beschrijft in zijn aanbestedingsleidraad innovatie als een verdere ontwikkeling van ondersteuning door stimulering van innovaties bij bestaande aanbieders en het toelaten van nieuwe aanbieders met innovatieve diensten. Gemeente ‘s-Gravenhage wil dat zorgaanbieders investeren in innovatie van de ondersteuning. Om die reden wordt er door gemeente ‘s-Gravenhage een meerjarig contract aangeboden. Daarnaast wil de gemeente ‘s-Gravenhage dat zorgaanbieders meewerken aan vernieuwingen van de ondersteuning die Wmo breed (individuele aanbieders overstijgend) worden ingezet. Om dit bewerkstelligen willen ze een innovatieregeling ontwikkelen. In gunning wordt innovatie als eis meegenomen. Het wordt als algemene eis gesteld en het komt terug in de ontwikkeling die gemeente ‘s-Gravenhage wil bewerkstellingen op vervoer, dagbesteding, financiën, samenwerking, wijkgerichte aanpak en bemoeizorg. Verder wordt er van de zorgaanbieder verwacht dat hij of zij jaarlijks rapporteert op het gebied van innovatie.
- Gemeente Utrecht benoemt in de inkoopstrategie om innovatie te gaan stimuleren. Bijvoorbeeld door de inzet van e-health en domotica, gericht op het faciliteren van cliënten om zelf de regie te voeren en een gevoel van veiligheid te geven, ook als de ondersteuning niet direct ter plaatse beschikbaar is. Gemeente Utrecht benoemt in het inkoopbeleid echter niet hoe ze dit wil gaan bewerkstelligen.
- Gemeente Venlo beschrijft in het inkoopdocument innovatie als nieuwe diensten, producten en samenwerkingsverbanden en het vergroten van effectiviteit en efficiëntie. Er

wordt vervolgens in het inkoopdocument niet benoemd hoe ze innovatie willen bewerkstelligen.

Op basis van bovenstaande opsomming kan worden gesteld dat gemeenten innovatie beschrijven als nieuwe diensten, producten en samenwerkingsverbanden die moeten leiden tot meer doelmatige en efficiëntere hulpverlening.



Figuur 9. Overzicht van beschrijving innovatie in de inkoopprocedures bij de 100k gemeenten.

4.5 Samenvatting

Om te komen tot de beantwoording van de deelvraag wordt een korte samenvatting gegeven van de uitkomsten. Het onderzoek naar de inkoopdocumenten geeft inzicht welke inkoopmodellen door 31 gemeenten toegepast worden bij de inkoop Wmo 2015. Er zijn in het onderzoek vijf modellen vanuit het theoretisch kader gevonden die gemeenten gebruiken voor de inkoop. 42% van de gemeenten past het Zeeuws model toe. Gemeenten hebben in het Zeeuws model zelf de regie over de prijs. 58% van de gemeenten past een ander inkoopmodel toe. Prestatie-inkoop wordt door 10% van de gemeenten toegepast. De keuze voor het contracteren van de hoeveelheid aantal zorgaanbieders verschilt per gemeente. De range tussen het minimaal aantal en maximaal aantal gecontracteerde zorgaanbieders is groot. Het totaal aantal gecontracteerde partijen is bij het inkoopmodel open house het meest. Bij prestatie-inkoop zijn het aantal gecontracteerde zorgaanbieders met maximaal 9 gecontracteerde zorgaanbieders het minst. De looptijd van de contracten verschilt per inkoopmodel. De kortste range tussen de minimale en maximale contractduur is bij prestatie-inkoop met een verschil van 2 jaar. De langste range in contractduur is er bij het inkoopmodel open house. Daar ligt de range tussen de 2 jaar en onbepaalde tijd. De keuze voor het inkoopmodel bepaalt in grote mate de keuze voor de soort bekostiging. 84% van de gemeente hanteert een FFS model. FB (6%) en capitation (10%) worden minder vaak gebruikt. Innovatie wordt in de inkoopdocumenten van de inkoopmodellen open house (13%) en bestuurlijk aanbesteden (0%) nauwelijks tot niet beschreven. Bij klassiek aanbesteden, het Zeeuws model en prestatie-inkoop ligt het percentage tussen de 33% en 50%. Gemeenten beschrijven innovatie als nieuwe diensten, producten en samenwerkingsverbanden die moeten leiden tot meer doelmatige en efficiëntere hulpverlening.

5 Bevindingen cases

5.1 Introductie

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen van de casestudies in het kader van dit onderzoek, waarbij per case een analyse is gemaakt met daaraan gerelateerde conclusies. Dit hoofdstuk is een tweeluik waarbij in het tweede gedeelte de casebevindingen onderling worden vergeleken. De resultaten van de cases zullen antwoord geven op onderstaande deelvragen:

- | | |
|-----|--|
| 7. | Wat wordt er in de praktijk verstaan onder innovatie in de Wmo? |
| 8. | Welke voorbeelden van innovatie bestaan er bij zorgaanbieders die actief zijn in de 100k gemeenten voor de Wmo? |
| 9. | Wat is de invloed van het door de 100k gemeente gehanteerde inkoopmodel op de mate van innovatie bij zorgaanbieders in de Wmo? |
| 10. | Welke elementen binnen de gehanteerde inkoopmodellen veroorzaken dat er innovatie plaats (kan) vinden? |

Zoals in hoofdstuk 3 (Methodologie) beschreven, hebben in het kader van dit onderzoek vier casestudies plaatsgevonden bij vier gemeenten en drie zorgaanbieders. Omdat de relatie tussen inkoop en innovatie centraal staat, is de inkoopcontext leidend en zullen de cases per zorgaanbieder en per gemeente worden beschreven.

5.2 Casebeschrijvingen

In de navolgende paragrafen worden op basis van de semigestructureerde interviews casebeschrijvingen uitgewerkt. Deze casebeschrijvingen zijn samengesteld uit een mix van interviews en deskresearch. Paragraaf 5.3 beschrijft aan de hand van de cases innovaties in de praktijk bij zorgaanbieders. De navolgende paragrafen gaan in op welke relatie de gemeentelijke inkoop Wmo 2015 heeft op het plaatsvinden van innovaties bij zorgaanbieders.

De interviews met de zorgaanbieders zijn geanalyseerd op basis van hun zienswijze op de desbetreffende 100k gemeenten waarmee zij betrokkenheid hebben. Wanneer er innovaties hebben plaatsgevonden wordt er beschreven hoe de innovaties vorm hebben gekregen. Daarbij zijn de factoren vanuit de literatuur benoemd en bekeken in welke mate deze hebben bijgedragen aan het succes van innovatie bij de desbetreffende zorgaanbieder.

5.3 Casebeschrijvingen zorgaanbieders

Zorgaanbieder 1

Profiel van de zorgorganisatie

De zorgaanbieder is actief als aanbieder van systeemgerichte basis- en specialistische GGZ waarbij gewerkt wordt vanuit vijftien verschillende locaties en met een centraal servicekantoor. In totaal werken er ongeveer 170 mensen. De teams op de locaties bestaan uit tien tot vijftien professionals

met een leidinggevende specialist (Jaarverslag organisatie, 2018). Het onderzoek richtte zich alleen op de locatie in gemeente A daar waren 10 mensen werkzaam.

Beschrijving van innovatie

Het zorgconcept wat zorgaanbieder 1 ontwikkeld heeft is het integreren van welzijn en behandeling. Daarbij wordt er vooral gekeken naar psychotische kwetsbaarheid. Met psychotische kwetsbaarheid worden mensen bedoeld die vinden dat ze niet ziek zijn, maar toch vanwege hun ziekte ondersteuning nodig hebben. De zorg wordt laagdrempelig georganiseerd. Iedereen in de buurt kan gebruik maken van hun locatie. Sommige mensen komen hier alleen om koffie te drinken of wat te eten en anderen doen mee aan een programma. Ondertussen werken er verpleegkundig specialisten die de deze kwetsbare doelgroep in de gaten kan houden. Daardoor kunnen er eerder risico's gesignaleerd worden en kan er sneller worden ingezet op de behandeling waardoor er een opname in de GGZ kan worden voorkomen. Bij deze kleine organisatie komen die structuren van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bij elkaar.

"Innovatie voor de organisatie is het bezig zijn met het maken van totaalplaatjes. We zien grote ggz organisaties die moeilijk veranderen. Bij deze organisatie kregen we zelf de ruimte om ons idee te ontwikkelen en in praktijk te brengen. De mogelijkheid niet alleen niet op interventieniveau, maar ook meer op structuur niveau vorm te geven. We zien grote GGZ organisaties die veel te gelaagd zijn en daardoor moeilijk veranderen. Bij deze organisatie kregen we redelijk de vrije hand om ons concept verder te ontwikkelen. Het concept wat we hier ontwikkeld hebben is het integreren van welzijn en behandeling. Daarbij kijken we naar psychotische kwetsbaarheid. Dus mensen die vinden dat ze niet ziek zijn, maar toch vanwege hun ziekte ondersteuning nodig hebben. Het inzicht creëren bij deze mensen kan alleen bereikt worden door de manier waarop je met ze praat. En daarnaast probeer je ook een beroep te doen op hun eigen talent ondanks dat ze ziek zijn."

Zorgaanbieder 2

Profiel van de zorgorganisatie

De ggz zorgorganisatie houdt zich bezig met het bieden van begeleiding aan mensen met een complexe psychiatrische problematiek of verslavingsachtergrond die intensieve ondersteuning nodig hebben naar werk. Ze zijn actief in acht gemeenten. Gemeente A is veruit de grootste gemeente qua omzet waarmee de zorgorganisatie zakendoet. De organisatie heeft 160 fte in dienst (jaarrekening organisatie, 2018).

Beschrijving van innovatie

De grootste innovatie van zorgaanbieder 2 is het verder vormgeven van de ambulantisering in de ggz door de zorg dicht bij de cliënt te organiseren. Als voorbeeld benoemen ze hun uitvoering van dagactiviteiten. De dagactiviteiten worden per heden in veertien huizen van de wijk activiteiten aangeboden, in plaats van de dagactiviteitencentra van vroeger. De dagactiviteiten worden verder geprofessionaliseerd van het begeleiden naar betaald werk in plaats van dagbesteding.

"...de beweging en verbinding met de wijk. We merken nu een paar jaar later de impact van de ambulantisering. Dus het blijft belangrijk om de ambulantisering verder vorm te geven en te kijken hoe we de zorg veel dicht bij de cliënt gaan organiseren. We bieden nu bijvoorbeeld in veertien huizen van de wijk onze activiteiten aan, in plaats van de dagactiviteitencentra van vroeger. En verder het professionaliseren van het begeleiden naar betaald werk in plaats van dagbesteding."

De laatste innovatie is het digitaal organiseren van klanthouderschap. Wat inhoudt dat iedere zorgaanbieder digitaal in hetzelfde dossier kunnen gaan werken en richting geven. Een van de

aandachtspunten zal zijn hoe ervoor wordt zorggedragen dat al de betrokken zorgverleners in het digitale dossier kunnen gaan werken en daarbij hun rol gaan nemen. Binnen gemeente A zijn er op dit moment verschillende platforms actief. De verwachting van deze zorgaanbieder is dat deze ontwikkeling over vijf jaar heeft geleid tot één digitaal klantsysteem.

De laatste ontwikkeling is hoe gaan we digitaal klanthouderschap organiseren. Wat inhoudt dat we digitaal in hetzelfde dossier kunnen gaan werken en richting geven. Een van de vragen daarbij is, hoe zorg je ervoor dat al de betrokken zorgverleners in dit digitale dossier kunnen gaan werken en daarbij hun rol gaan nemen. Je hebt nu in gemeente A vijf verschillende platforms (koppel, RIS, je kunt meer, en nog een aantal.) Ik verwacht dat dit over vijf jaar heeft geleid tot een digitaal klantsysteem. Ik denk dat een digitaal systeem nodig is om in de verschillende domeinen de logistiek te organiseren.”

Zorgaanbieder 3

Profiel van de zorgorganisatie

De zorgorganisatie ondersteunt mensen met psychiatrische of psychosociale problemen. Dat kunnen mensen zijn zonder vaste woon- of verblijfplaats, slachtoffers van huiselijk geweld of mensen die op meerdere gebieden ondersteuning nodig hebben. Deze zorgorganisatie is gevestigd en actief in meer dan zeventig gemeenten die zich voornamelijk in het midden van het land bevinden. Er zijn ongeveer 2100 fte werkzaam.

Beschrijving van innovatie

De zorgorganisatie heeft in 2018 een Innovatie lab gestart dat onderzoek doet naar verschillende Toepassingsmogelijkheden. Binnen het Innovatie lab worden de onderstaande projecten ontwikkeld (Jaarverslag organisatie, 2018):

- Verbetering kwaliteit door automatische herinnering en afgifte medicatie aan cliënt.
- Inzet robot voor ondersteuning van de cliënt bij de dagelijkse structuur.
- Toepassen van mobiele technologie die cliënt voorziet van informatie en inzicht geeft over de ontwikkeling van de eigen kwetsbaarheid.
- Toepassen van mobiele technologie die de medewerker ondersteunt bij zijn werkzaamheden door het wegnemen of vereenvoudigen van administratieve processen.

Verder beschrijft de organisatie nog andere vormen van innovatie die meer gericht zijn op gemeenten. Zo werkt deze zorgaanbieder samen in gemeente D in het team “... in de buurt”. “...in de buurt” heeft in de regel geleid tot een integrale manier van samenwerken. Er wordt voor een bepaald budget een volledige stad bediend, waarbij kwetsbare burgers allemaal de weg naar zorg kunnen vinden. Het heeft in de eerste vijf jaar geleid tot een integrale manier van samenwerken. Deze zorgaanbieder heeft gelijksoortige vormen van dienstverlening in gemeente V en gemeente L. Zoals ook wordt omschreven door zorgaanbieder 3:

“Een voorbeeld van innovatie in gemeente L zijn de buurtkamers. Een buurtkamer is een plek van een welzijnsorganisatie waar iedereen mag komen en waarbij mensen met psychiatrische problematiek of verslavingsproblematiek een plekje hebben om naar toe te komen. Dat is voortgekomen uit de samenwerking met een hoofdaannemer en een onderaannemer. Dat kwam voort uit de innovatieopdracht die gemeente L in zijn aanbesteding had meegegeven. Daar was de vraag: hoe krijg je de mensen met deze problematiek actief, hoe krijg je ze in beeld. Er worden daardoor lokaal oplossingen bedacht.” (persoon 6)

In gemeente G heeft zorgaanbieder 3 een concept ontwikkeld waardoor mensen niet meer naar een instelling moeten verhuizen:

"In gemeente G hebben we een potje gehad waarmee we beeldbellen verder konden ontwikkelen en het model gewoon thuis. Dat is door onze organisatie ontwikkeld waardoor mensen met beschermd wonen problematiek thuis kunnen wonen. Dat is programma ontwikkeld op vijf pijlers. Inbedding in de buurt, herstelgerichte zorg." (persoon 6)

Betekenis van innovatie in de praktijk:

Zorgaanbieders ontwikkelen innovaties op het gebied van samenwerking en geven vorm aan de beweging dat mensen langer zelfstandig thuis kunnen wonen. Dat doen de zorgaanbieders op verschillende manieren. Ze ontwikkelen concepten waarbij behandeling en begeleiding gecombineerd kan worden, zodat de cliënt niets merkt van de overgang naar een andere financieringsvorm. Andere voorbeelden van innovaties zijn het organiseren van begeleiding dichterbij de cliënt doormiddel van het ontwikkelen van laagdrempelige inloopvoorzieningen die toegankelijk zijn voor iedereen. Of het inzetten van beeldbellen zodat er 24 uur per dag aan huis begeleiding georganiseerd kan worden.

Overzicht innovaties bij zorgaanbieders

De innovaties bij de verschillende zorgaanbieders kunnen aan de hand van het theoretisch kader worden ingedeeld van product naar systeminnovatie en van incrementeel naar radicaal. Onderstaande tabel geeft een overzicht weer van het soort innovatie en de dimensie van de innovatie.

	Aantal fte	Soort innovatie	Dimensie
Zorgaanbieder 1 Profiel: Landelijke ggz aanbieder met meerdere ambulante vestigingen door het hele land.	10 (170 landelijk)	Het combineren van Zvw financiering en Wmo financiering waardoor er voor ggz cliënten meer continuïteit geboden kan worden	Radicale innovatie op productniveau.
Zorgaanbieder 2 Profiel: regionale ggz aanbieder die meerdere gemeenten bedient op het gebied van ambulante ondersteuning en dagbesteding. Is onderdeel van een grote ggz aanbieder	170(2500 fte moederorganisatie)	Vooraf innovaties op het gebied van leefstijl en ambulantisering. Cliënten worden nu vaker en eerder behandeld en begeleid in de wijk. Door grootte is er veel slagkracht en kan er veel worden geïnnoveerd. De implementatie van de innovatie heeft door de grootte veel tijd nodig.	Incrementele innovatie op product niveau
Zorgaanbieder 3 Profiel:	2100 fte	Veel verschillende soorten innovaties die	Van incrementele tot meer systematische

Regionale ggz aanbieder die in 70 gemeenten actief is.		vooral op dienstinnovatie gericht zijn. Deze organisatie heeft veel van de transitie meegekregen doordat iedere gemeente de Wmo 2015 op zijn eigen lokale wijze organiseert.	innovatie om lokale gemeenten te kunnen bedienen.
--	--	--	---

Tabel 5. Overzicht kenmerken van organisatie & innovatie

5.4 Case gemeente A

Gemeente A is een grote gemeente met een inwoner aantal van tussen de 500.000 en 900.000. De populatie van gemeente A bestaat uit 180 nationaliteiten. Bijna de helft (49%) is van autochtone afkomst. Gemeente A kent acht stadsdelen. Gemeente A heeft zich voor de nieuwe Wmo-taken in 2015 eerst gericht op de continuïteit van begeleiding. Daardoor zijn er in 2015 en 2016 geen nieuwe zorgaanbieders gecontracteerd. Vanaf 2016 heeft er een nieuwe aanbesteding plaatsgevonden waarbij er ook ruimte was voor nieuwe zorgaanbieders om de toe te treden tot de markt van gemeente A. Vanaf 2015 heeft gemeente A wijkzorg ingevoerd dat ondersteuning en zorg biedt. Gemeente A is met de komst van Wijkzorg in 22 gebieden van ongeveer 40.000 inwoners opgedeeld.

Soort inkoopmodel

Gemeente A heeft in 2016 gekozen voor het inkoopmodel klassiek aanbesteden. Gemeente A heeft in 2016 voor het klassiek aanbesteden gekozen vanwege de opgedane ervaring met het inkoopmodel in 2014. Zo geeft gemeente A aan dat voor hen het klassieke inkoopmodel het meest geschikt was om de inkoopdoelstellingen te bereiken:

“Gemeente A heeft tot op heden het klassieke inkoopmodel gehanteerd. Het lukte om onze inkoopdoelstellingen daarmee te bereiken. In 2014 is er een eerste verkenning gedaan en leek de inkoop van de nieuwe Wmo 2015 erg op de inkoop vanuit de AWBZ. Deze was grotendeels nog op de oude bekostigingsmethodiek van de AWBZ gebaseerd. Er waren in 2014 twee belangrijke uitgangspunten die heel bepalend zijn geweest om te komen tot dit inkoopmodel. De eerste was een korting van het budget van 20% en een tweede was de continuïteit voor cliënten”. (Persoon 1)

Looptijd overeenkomst

Gemeente A heeft gekozen voor een totale looptijd van de overeenkomsten van drie en half jaar. Waarbij het contract in eerste instantie werd afgesloten voor anderhalf jaar. Daarna is er optie tot verlenging van twee keer één jaar.

Aantal gecontracteerde zorgaanbieders

De inkoopprocedure moest in eerste instantie opnieuw worden uitgevoerd, omdat er in de eerste aanbesteding in 2016 een onderscheid werd gemaakt tussen nieuwe en bestaande aanbieders. Daarbij zouden naast alle bestaande zorgaanbieders, alléén zes nieuwe zorgaanbieders in aanmerking kunnen komen voor een overeenkomst. Nieuwe zorgaanbieders hebben een kort geding tegen de eerste aanbesteding aangespannen vanwege het gelijkheidsbeginsel. De rechter

heeft in het kort geding de zorgaanbieders in het gelijk gesteld. De uitspraak van de rechter heeft ervoor gezorgd dat de aanbesteding opnieuw gedaan moest worden. Het heeft tot gevolg gehad dat Gemeente A na de tweede aanbesteding negentig gecontracteerde zorgaanbieders heeft overgehouden. Persoon 1 gaf aan dat er nu onvoldoende gestuurd is op welke partijen gegund zijn:

“In een volgend inkoopmodel zou ik graag een selectie willen maken van de goede partijen. Op dit moment hebben we daar onvoldoende op kunnen selecteren. Uiteindelijk wil je de beste professionele zorgaanbieders die ook op lange termijn goed blijven presteren. Met het inkoopmodel moet je dat kunnen selecteren, Met minder partijen kan Wmo geld doelmatiger worden ingezet dan nu het geval is. Daar zijn aanbieders en gemeente het over eens” (persoon 1).

Persoon 2 gaf aan dat de huidige aanbesteding niet heeft bijgedragen aan het selecteren van de juiste partijen en dat het tussentijds heel moeilijk is om het contract te ontbinden:

“Een aantal partijen waarvan we het contract echt niet wilden continueren als gemeente zijn er wel tussendoor geglipt. Hun contracten zijn wel gecontinueerd. Daar lopen we nu tegenaan. Een dergelijke aanbesteding wordt door veel ondernemers gezien als een kans om in de zorgmarkt te stappen en zich in te schrijven. Nieuwe ondernemers zien zorg als een nieuwe markt. Die zien door de aanbesteding een mogelijkheid om in de Wmo te stappen en gaan dan een businessmodel in het verlenen van Wmo zien. Een heel aantal partijen vraag je je hardop af wat hun primaire drive is. Deze is niet primair gericht op het leveren van goede ondersteuning en begeleiding aan de burger van gemeente A” (persoon 2).

Iedere zorgaanbieder die voldeed aan de gunningcriteria kon zich inschrijven. Daarbij werd er geen onderscheid gemaakt tussen nieuwe en bestaande partijen. Zodoende zijn er veel nieuwe partijen gegund voor de contracten die per 2017 zijn ingegaan.

Bekostigingsmodel

Gemeente A maakt gebruik van het FFS bekostigingsmodel. Gemeente A heeft per product een tarief met de zorgaanbieder afgesproken. Dit tarief is per product en per zorgaanbieder verschillend. Daarbij past de gemeente drie elementen toe in de bekostiging zoals persoon 1 verwoordde:

“Qua bekostiging zijn er drie elementen. Een vastgesteld periode bedrag per cliënt gebaseerd op een gemiddelde inzet van het aantal uren begeleiding per periode. Dit wordt per periode van vier weken door de zorgaanbieders gefactureerd. Over het hele kalenderjaar wordt een maximumbudget afgesproken met een minimum aantal cliënten wat de zorgaanbieders minimaal moeten helpen voor dat budget. Indien de zorgaanbieder het minimum jaaraantal cliënten heeft gehaald krijgen de gecontracteerde zorgaanbieders het maximale jaarbudget.” (Persoon 1)

Als aanvulling op de bekostiging biedt de Gemeente A experimenteerruimte binnen de contracten. Bij een experimenteerruimte wordt er een maximum budget vastgesteld per gecontracteerde partij. Zorgaanbieders kunnen binnen dat budget aangeven hoeveel regelvrije ruimte ze nodig hebben om pilot te draaien of een project te bekostigen. Persoon 2 geeft aan hoe de experimenteerruimte in de praktijk wordt toegepast:

“Als Gemeente A hebben we experimenteerruimte binnen de contracten. Op zich vind ik dat helemaal geen verkeerde prikkel. Dat werkt als volgt: Je stelt eerst een maximum budget vast per gecontracteerde partij, vervolgens kunnen de zorgaanbieders binnen dat budget aangeven hoeveel

regelvrije ruimte ze nodig hebben om pilot te draaien of een project te bekostigen. Dat werkt volgens mij nog wel aardig. De zorgaanbieder blijft binnen zijn of haar budget, je zet er geen extra budget bovenop. Ze worden daardoor direct gestimuleerd om te kijken hoe het binnen hun eigen vierkant beter en efficiënter kan.” (persoon 2)

Aandacht voor innovatie

Gemeente A heeft in het aanbestedingsdocument een aanzet gegeven tot een productinnovatie. Deze staat onder andere beschreven op bladzijde 15 in het inkoopdocument 2016 AO_DB_KV_HBH *“Innovatie doormiddel van groepsgerichte inzet ambulante ondersteuning én individuele inzet dagbesteding In de ontwikkeling van het aanbod zijn tussenvormen en innovaties denkbaar. Zo kan aan de resultaten van ambulante ondersteuning ook met een aantal cliënten tegelijk worden gewerkt. Resultaten van ambulante ondersteuning zouden ook gerealiseerd kunnen worden binnen het aanbod van dagbesteding. Omgekeerd kunnen ook tijdens dagbesteding de resultaten van ambulante ondersteuning worden behaald”.* **“Ontwikkelopgave:** *Vanuit het perspectief van cliënten en met oog voor efficiency ontwikkelen aanbieders innovatieve werkwijzen die bijdragen aan de resultaten voor de cliënten.”* Op bladzijde 22 van het inkoopdocument wordt de experimenteerruimte uitgelegd: *“Aanbieders kunnen lopende de overeenkomstperiode voorstellen indienen voor experimenten. Indien de gemeente akkoord is worden de afspraken vastgelegd. Experimenten moeten bijdragen aan de doelstellingen van de transformatie: ze verbeteren het aanbod dat tot doel heeft het maatschappelijk participeren van cliënten én leidt (op termijn) tot lagere kosten per cliënt. Er wordt geen apart budget vastgesteld voor experimenten. Alle aanbieders hebben de opdracht om bij te dragen aan de transformatieopdracht om te vernieuwen en te innoveren. Mochten aanbieders in hun innovatie aanlopen tegen regels en procedures die worden opgelegd door de gemeente dan kunnen ze een voorstel doen hoe hier anders mee om te gaan”.*

Persoon 1 gaf aan dat zorgaanbieders tevreden zijn met de huidige geboden ruimte om te kunnen innoveren:

“Zorgaanbieders hebben in de evaluatie aangegeven dat ze geen apart budget willen aanvragen voor innovatie, omdat de aanvraag van een apart budget veel extra tijd en administratie kost. Hun advies aan de gemeente A was: “Geef regelruimte in de reguliere productie. In plaats van extra innovatie budget.” Zorgaanbieders hebben binnen de huidige inkoop zelf ruimte om te innoveren, maar innovatie wordt niet afgedwongen.” (Persoon 1)

Ervaring zorgaanbieders

De bestuurder van Zorgaanbieder 1 vond het ingewikkeld om zich in te schrijven op de aanbesteding: *“We vonden het lastig om ons in te schrijven op de aanbesteding. Wij doen dit met zijn tweeën en ernaast. Terwijl grote organisaties inkoop en aanbestedingsteams hebben om te schrijven. We vonden de Wmo aanbestedingsprocedure van Gemeente A niet makkelijk. Dat was een hele bevalling. Feitelijk moeten grote en kleine organisaties aan dezelfde eisen voldoen. En dat vind ik wel pittig.” (Persoon 3).* De bestuurder vindt de huidige experimenteerruimte van de gemeente A een pluspunt: *“Wat Gemeente A siert is dat we als organisatie gebruik konden maken van experimenteerruimte. Een voorbeeld is de ambulante ondersteuning. Op dit moment is onze organisatie nog niet volwassen genoeg om gebruik te maken van het i-Wmo berichtenverkeer. We krijgen nu dus van de gemeente A twee en een half jaar de tijd om met ons product te experimenteren.” (Persoon 3)*

Zorgaanbieder 2 heeft positieve ervaringen met de huidige aanbesteding binnen de Wmo2015. Vooral hoe de Wmo per heden is opgebouwd met ruimte om te experimenteren: *“Wij vinden Gemeente A een van de prettigste gemeenten om mee te werken en mee te innoveren. Vooral hoe de Wmo per heden is opgebouwd met ruimte om te experimenteren en ook omdat er apart geld gelabeld is voor de vorming van allianties. Dat heeft geholpen om een bepaalde beweging op gang te krijgen en het serieus nemen van de opdracht. In ons eigen contract hebben we experimenteerruimte en daarnaast is er voor de allianties geld apart gelabeld.”* (Persoon 4)

5.5 Case Gemeente B

Gemeente B is een gemeente met een inwoneraantal tussen de 300.000 en 500.000 inwoners en is opgedeeld in tien wijken (gemeente B, 2019). De populatie van gemeente B bestaat uit 159 nationaliteiten (gemeente B). 2015 was voor Gemeente B om een werkend stelsel van begeleiding en ondersteuning te organiseren dat functioneert als vangnet voor de inwoners van de Gemeente B in de meest kwetsbare positie. Er is door de Gemeente B gekozen om de aanvullende begeleiding in de loop van de jaren stapsgewijs te vernieuwen. Een groot deel van de ondersteuning die voor 2015 onder de AWBZ werd verleend, is ondergebracht bij de buurtteams. In totaal zijn er 18 buurtteams actief. In aanvulling daarop is benoemd welke zorg en ondersteuning als aanvullende zorg wordt geboden. Er wordt daarbij uitgegaan dat 85% van de ondersteuning door de buurtteams geleverd zou worden en 15% door zorgaanbieders in de aanvullende zorg. Ook is er voor gekozen om de begeleiding en ondersteuning van de zorgvragers in 2015 zoveel mogelijk te behouden en waar mogelijk bestaande zorgaanbieders te contracteren. Gemeente B verwachtte van zorgaanbieders dat zij ook vanuit de aanvullende begeleiding inzetten op Wmo-gerichte ondersteuning. Vanuit de leidende principes ‘ruimte voor de professional’ en ‘eenvoudig systeem’ is er gekozen voor ‘vierkantsbekostiging’. Deze vorm van bekostiging gaf de zorgaanbieder ruimte en flexibiliteit om haar aanbod van verschillende producten en diensten af te stemmen op de ontwikkelingen in de vraag, ofwel zij kan ‘doen wat nodig is’. Dit heeft onder andere geresulteerd in betere samenwerking met de informele zorg, een groepsgerichte aanpak op onderdelen, de inzet van eHealth en het terugdringen van overhead (Gemeente B, 2016).

Soort inkoopmodel

Gemeente B heeft zowel in 2016 als in 2019 een openbare aanbesteding gedaan, daarbij werden de tarieven vastgesteld door de gemeente zelf. Gemeente B heeft gekozen voor het Zeeuwse aanbestedingsmodel. De reden om voor dit inkoopmodel te kiezen was dat de gemeente partnerschap met haar zorgaanbieders wilde ontwikkelen:

“Als gemeente zetten we heel erg in op partnerschap en samen ontwikkelen. Daarom hebben we niet gekozen om een open house aanbesteding te doen. We willen continuïteit van zorg voor onze cliënten waarborgen. Nieuwe zorgaanbieders kunnen ook meedoen. Echter scoren zorgaanbieders minder punten in de gunning wanneer ze nieuw voor Gemeente B zijn, niet bekend met het model van de gemeente, niet de ontwikkel opdrachten kennen en niet de partners kennen die nu actief zijn in gemeente.” (persoon 5)

Gemeente B heeft in haar aanbesteding ontwikkelopdrachten beschreven om zo zorgaanbieders te stimuleren om meer samen te gaan werken in de keten van Wmo-diensten:

“In de aanbesteding hebben we ontwikkelopdrachten meegegeven. Bijvoorbeeld binnen de aanbesteding maatschappelijke opvang en beschermd wonen hebben we de ontwikkelopdracht

meegegeven dat ze moeten samenwerken met de gebiedsteams. Want we hebben de verwachting dat het een keten wordt.” (persoon 5)

Aantal gecontracteerde zorgaanbieders

Gemeente B heeft in de nieuwe aanbesteding in het perceel individuele begeleiding benoemd dat de opdracht maximaal aan twaalf zorgaanbieders gegund wordt op basis van kwalitatieve (plan van aanpak, casus en teksten) en kwantitatieve (kwantificeerbare gegevens, zoals prijs) gegevens. Zorgaanbieders worden gescoord op de mix en alleen de twaalf zorgaanbieders met de beste scores worden gegund. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen nieuwe en bestaande zorgaanbieders:

“In de aanbesteding benoem je verplichtingen waar door de zorgaanbieder voldaan moet worden en daarnaast hebben we een aantal ontwikkel opdrachten die we heel belangrijk vinden om die op gang te brengen. Een voorbeeld daarvan is de ontwikkeling van de gebiedsteams ggz, voorkomen terugval en dakloosheid, vergroten van de participatie en activering. Vervolgens heb je de gunningscriteria en deze hebben we gekoppeld aan een weging. Alle zorgaanbieders worden gescoord op de ingestuurde offertes. Daarbij is de weging van de gunning voor 40% op kwaliteit, een deel op samenwerking en een deel personeel. De ontwikkelopdrachten zijn daaraan gekoppeld. Als we op dit moment een offerte binnenkrijgen waarin er geen aandacht is voor de ontwikkelopdrachten die we in aanbesteding beschreven hebben scoor je als zorgaanbieder lager”. (persoon 5)

Voor de gebiedsteams heeft Gemeente B gekozen om een zorgaanbieder per gebiedsteam te contracteren. Voor de aanvullende ondersteuning zijn aparte kavels beschreven: *“De gebiedsteams zijn meegenomen in een openbare aanbesteding. In de aanbesteding is aangegeven dat we maar een zorgaanbieder zoeken voor de hele stad.” (persoon 5)*

De keuze voor het aantal zorgaanbieders is volgens Gemeente B een afweging tussen samenwerking en partnerschap enerzijds en keuzevrijheid voor de cliënt anderzijds:

“Het is altijd een afweging tussen samenwerking en partnerschap met de gemeente enerzijds en keuzevrijheid voor de cliënt anderzijds. Concurrentie kan handig zijn als je niet met je partners(zorgaanbieders) door een deur kunt. De aanbesteding zelf is ook een prikkel voor hen. De grote zorgaanbieders hebben het veld ook al aardig verdeeld.” (persoon 5)

Looptijd overeenkomst

In de huidige aanbesteding is de looptijd van de contracten vier jaar. In de nieuwe aanbesteding waarbij de contracten per 2020 ingaan, heeft Gemeente B gekozen voor een periode van negen jaar. Gemeente B gaat na drie jaar evalueren en kijken of de contracten bijgesteld kunnen worden:

“Na drie jaar is er een mogelijkheid om de contracten bij te stellen en daarna kunnen de contracten nog drie keer verlengd worden met twee jaar.” (persoon 5)

Soort bekostigingsmodel

Gemeente B maakt gebruik van een vorm van FFS bekostiging. Er wordt door de Gemeente B in de bekostiging een onderscheid gemaakt in kleine en grote zorgaanbieders. Grote zorgaanbieders worden door Gemeente B gedefinieerd als zorgaanbieders met een totale contractwaarde die hoger ligt dan 500.000 euro. De afspraken worden gebaseerd op de zorgvormen beschermd wonen, opvang, begeleiding, specialistische individuele ondersteuning en ADL-ondersteuning.

Gekoppeld aan de zorgvormen hanteert Gemeente B voor grote zorgaanbieders 'vierkantbekostiging'. Op basis van monitor gegevens en de doelstellingen maakt de Gemeente B afspraken per zorgvorm. De zorgvormen opgeteld vormen samen het financiële vierkant waarbinnen de zorgaanbieder ondersteuning en zorg moet leveren. Daarbinnen mag de zorgaanbieder ook substitueren. Deze wijze van bekostigen biedt ruimte om 'met gesloten beurzen' extra ruimte te creëren voor zorgaanbieders om ook aanvullende diensten te leveren die niet ingekocht zijn. Gemeente B heeft daarbij zelf tarieven vastgesteld:

*"De gemeente B heeft zelf tarieven vastgesteld. Het is een gemiddeld tarief per cliënt per perceel. Met de kleine instellingen wordt er een p*q (prijs en volume) afspraak gemaakt. De grens is maximaal €500.000, -. De rest van de zorgaanbieders hebben vierkant bekostiging. In principe hebben alle zorgaanbieders een budgetplafond en daarin spreken we per zorgaanbieder af wat ze daarvoor gaan doen. De zorgaanbieders hebben binnen het vierkant de ruimte om te schuiven met hun activiteiten. Daarbij hebben we wel het uitgangspunt niet minder klanten voor hetzelfde budget. Als daardoor meer cliënten helpen en geld tekortkomen is het hun eigen verantwoordelijkheid."* (Persoon 5)

Aandacht voor innovatie

Gemeente B beschrijft in zijn aanbestedingsdocument wel dat ze innovatie willen stimuleren door het inzetten van domotica en eHealth. Echter beschrijven ze niet hoe ze dat willen doen. In de praktijk geeft Gemeente B aan dat ze in het verleden een budget voor innovatie hanteerden en dat daar weinig gebruik van werd gemaakt:

"We hebben in het verleden een subsidie voor innovatie gehad en daar is niet heel veel animo voor geweest en is het is ook moeilijk om de financiering van innovatie te borgen in het reguliere. We hadden een innovatiebudget en daarin werden alle losse dingen van gefinancierd. Voorbeelden zijn producten als peersupport en een hondentraining voor ggz cliënten. In de huidige aanbesteding is er geen apart budget voor innovatie opgenomen. We hebben op dit moment wel een bedrag voor innovatie apart gehouden. En dan met name voor de transformatie voor beschermd wonen. Op dit moment zijn we aan het bedenken welke incentives we aan de opdracht moeten meegeven." (Persoon 5)

Ervaring Zorgaanbieder

Volgens Zorgaanbieder 3 is het bekostigingsmodel van Gemeente B een financieringsvorm die op de lange termijn niet houdbaar is:

"Het geeft de zorgaanbieder meer ruimte, alleen ik ben er niet heel erg van onder de indruk. Het is een financieringsvorm die op de lange termijn niet vol te houden is. Het heeft als voordeel dat de gemeente eisen kan stellen dat er bepaalde dingen gerealiseerd kunnen worden binnen het vierkant." (Persoon 6)

5.6 Case Gemeente C

Gemeente C is een gemeente met een inwoneraantal tussen de 200.000 en 300.000 inwoners. 60% van inwoners van gemeente C is van autochtone afkomst (gemeente C). De inwoners van gemeente C gebruiken relatief weinig Wmo-ondersteuning ten opzichte van inwoners van vergelijkbare gemeenten (gemeente C). In vergelijking met voorgaande jaren is er wel sprake van een stijging. In het eerste half jaar van 2017 lag het gebruik ongeveer 4% hoger dan twee jaar

eerder (gemeente C). Een waarschijnlijke verklaring is het toenemende aantal 75-plussers (gemeente C). Gemeente C heeft met de transitie in 2015 zoveel mogelijk getracht de continuïteit van de begeleiding voor haar inwoners te waarborgen. De keuzevrijheid van inwoners stond voorop en veel nieuwe aanbieders zijn toegelaten in de Wmo2015. Dit leidde tot een complexe 'productenstructuur' en tot overeenkomsten met ongeveer driehonderd aanbieders. Gemeente C schrijft in het beleidsplan sociaal domein 2016-2018 dat dit te omslachtig was. Voor inwoners werd het onoverzichtelijk, voor verwijzers/wijkwerkers vroeg het veel kennis en het bracht hoge administratieve lasten met zich mee. Voor elk product had Gemeente C een prijs per product vastgesteld. Die prijs verschilde per product. Het voordeel van deze systematiek was het nauwkeurige inzicht in welke inwoners welke producten ontvingen. De nadelen van de systematiek was dat de productenstructuur gericht was op het verrichten van handelingen en veel minder op het realiseren van resultaten bij de cliënt. Verder leek de systematiek minder geschikt wanneer iemand meerdere ondersteuningsvormen nodig had. Ten slotte is er een lastige scheiding ontstaan met regionaal ingekochte hulp en ondersteuning (beschermd wonen, residentiële jeugdhulp, pleegzorg) die via een subsidie verloopt. Ook dit belemmert de noodzakelijke samenhang tussen de verschillende ondersteuningsvormen. De productenstructuur had er ook toe geleid dat Gemeente C en de wijkteams in belangrijke mate blijven bepalen welke inwoner welke hulp krijgt. Dit staat volgens gemeente C op gespannen voet met uitgangspunten van de kadernota van gemeente C die gaan over eigen regie voor inwoners, partnerschap en vertrouwen en ruimte voor professionals (Beleidsplan sociaal domein 2016-2018, 2016).

Soort inkoopmodel

Gemeente C heeft gekozen voor het Zeeuws model met een beperkte mogelijkheid om nieuwe toetreders gedurende de looptijd van het contract toe te laten. Er is hier geen sprake van het open model omdat zorgaanbieders niet open kunnen toetreden. De aanbesteding is gesloten en de gemeente heeft zelf zeggenschap wie er wel en niet kan toetreden. Als gemeente C vindt dat er voldoende zorgaanbieders zijn voor een betreffend perceel is er voor gemeente C geen reden om zorgaanbieders toe te laten. In een open model worden zulke voorwaarden niet gesteld. Om als zorgaanbieder toe te treden in Gemeente C moet de zorgaanbieder voldoen aan twee voorwaarden die de gemeente toetst (bladzijde 11 van Opdrachtomschrijving en Programma van Eisen Samenhangende Ondersteuningsprofielen Wmo 2018):

- *"Draagt de nieuwe Opdrachtnemer voor het betreffende Perceel bij aan het borgen van de keuzevrijheid van de cliënten; en/of"*
- *"Is het aanbod van de nieuwe Opdrachtnemer aanvullend en van toegevoegde waarde en draagt het zo bij aan de uitbreiding van de keuzemogelijkheden voor de cliënten?"*

Looptijd overeenkomst

De duur van de overeenkomst is 2,5 jaar en loopt van 1 juli 2018 tot 31 december 2020 en heeft tweemaal een optie tot verlenging van één jaar.

Soort bekostigingsmodel

Gemeente C hanteert FFS bekostiging die gebaseerd is op arrangementen. Gemeente C hanteert drie arrangementen van licht naar zwaar (A, B en C). De arrangementen zijn gebaseerd op de zorgzwaarteprofielen van de cliënten en zijn vastgesteld door de Gemeente C. Arrangement A is gebaseerd op het meest lichte zorgzwaarteprofiel, arrangement B op het profiel midden en arrangement C op het profiel zwaar. Het tarief per pakket is een vast bedrag dat beschikbaar wordt gesteld aan de aanbieder. Het doel hiervan is dat de aanbieder samen met de cliënt flexibiliteit heeft bij de inzet van de ondersteuning om de fluctuerende zorgbehoefte op te vangen. Het tarief representeert een gewogen gemiddelde inzet van alle cliënten binnen dat pakket. Dit betekent dat voor de ene cliënt meer en voor de andere cliënt minder ondersteuning kan worden ingezet dan

waarop het tarief is gebaseerd. De arrangementen zijn alleen voor het onderdeel ambulante ondersteuning. Voor dagbesteding wordt een andere vorm van bekostiging toegepast. Gemeente C heeft verschillende soorten procedures voor de inkoop van Wmo-diensten. Zo wordt dat ook aangegeven door persoon 7:

“We hebben voor ieder product verschillende inkopen.” (persoon 7)

Dat maakt het voor zorgaanbieders lastig om product overstijgend te werken. Uit het interview met Gemeente C blijkt dat gemeente zelf ook nog worstelt met de verschillende soorten van inkoop en bekostiging:

“Het is nog een nader te ontrafelen wirwar aan systematiek”. (persoon 7)

Aandacht voor innovatie

In het beleidsplan sociaal domein 2016 -2018 beschrijft Gemeente C drie uitgangspunten om de innovatie in het Almeerse stelsel te bevorderen. Gemeente C acht innovatie nodig om het aanbod steeds beter te laten aansluiten bij de ondersteuningsvragen van inwoners en om meer ruimte te geven aan eigen regie. Gemeente C wil op drie manieren innovatie bevorderen. Ten eerste door inwoners veel invloed te geven op de vormgeving van de ondersteuning. Ten tweede door meer ruimte creëren voor professionals om samen met inwoners de ondersteuning vorm te geven. Dat wordt door Gemeente C bereikt met het instrument ‘cliëntprofielen’. Als laatste gebruikt Gemeente C het instrument van een innovatiebudget, een bedrag gekoppeld aan het realiseren van een bepaalde vernieuwing. Het innovatiebudget wil Gemeente C op onderdelen toepassen. Het nadeel is de grote ‘budgetafhankelijkheid’. Uit het interview met gemeente C kwam naar voren dat de gemeente aan zorgaanbieders vraagt om hun opgebouwde reserve vanuit gemeentelijke middelen in te zetten voor de ontwikkeling van nieuwe diensten.

“Wat we nu bijvoorbeeld aan aanbieders vragen is om het egalisatiereserve voor innovatie te gebruiken. Dat hebben we bij een aantal aanbieders nog open staan. Je mag het egalisatiereserve wel besteden, dan moet je voor een datum een aanvraag doen. Dan moet het wel een innovatie van het zorglandschap betekenen. ... We zijn op zoek naar een pilot in een gebied van extramuralisatie. Waarbij 24/7 begeleiding in het gebied moet worden opgestart.” (Persoon 7)

Ervaring Zorgaanbieders

De ervaring van de zorgaanbieder³ met Gemeente C is dat de financiering gefragmenteerd is:

“Gemeente C werkt met een lappendeken aan verschillende soorten subsidies. Daar zien we dat logeergeplekken weer verhuurd moeten worden tegen een bepaalde prijs”. (persoon 6).

Vanuit gemeente C zien ze dat ook als aandachtspunt. Persoon 7 gaf weer hoe zorgaanbieders het huidige inkoopstelsel van gemeente C ervaren:

“...zou je maar onze grootste gecontracteerde zorgaanbieder zijn of kleinere spelers. Kleinere spelers klagen er wel over. Met zoveel verschillende mensen contact hebben. Hier moet ik dit inkopen en daar dat. Sluit niet op elkaar aan. Dat is wel een uitdaging.” (Persoon 7)

5.7 Case Gemeente D

Gemeente D is een gemeente met een inwoneraantal van tussen de 100.000 en 200.000 inwoners. De populatie van gemeente D is voor het grootste gedeelte Autochtoon, 88% is van autochtone afkomst. Ruim 95 % van de Wmo gebruikers is ouder dan 65 jaar (Gemeente D). Gemeente D heeft ten tijde van de decentralisatie geprobeerd om de decentralisatie meer integraal vorm te geven met minder financiële middelen. De bedoeling van Gemeente D was om de Wmo2015 zodanig in te richten dat de burgers van Gemeente D minder gebruik zouden maken van de specialistische voorzieningen en meer van de basisvoorzieningen. Om het proces van selectie goed in te richten heeft Gemeente D veel tijd en energie gestoken in de voorbereiding:

Gemeente D heeft ten tijde van de decentralisatie geprobeerd om de decentralisatie meer integraal vorm te geven met minder financiële middelen:

“Met de drie decentralisaties moest er ook bezuinigd worden op het ambtelijk apparaat. Ook voor aanbieders is de schaal aantrekkelijk: groot genoeg om enig volume te hebben, klein genoeg om een experiment aan te gaan. Het doel was tegelijkertijd om decentralisatie op een meer integrale wijze vorm te geven.” (Persoon 8)

De bedoeling van Gemeente D was om de Wmo2015 zodanig in te richten dat de burgers van Gemeente D minder gebruik zouden maken van de specialistische voorzieningen en meer van de basisvoorzieningen. Om het proces van selectie goed in te richten heeft Gemeente D veel tijd en energie gestoken in het proces:

“Er moest door Gemeente D van tevoren uitgedacht worden hoe het proces van aanbesteding er uit moest gaan zien. Vervolgens heeft de gemeente een marktverkenning met zorgaanbieders georganiseerd en zijn er diverse marktconsultaties gehouden. Aan de hand van de opgehaalde informatie is er een inkoopdocument opgesteld. Het inkoopdocument is vervolgens gepubliceerd en tijdens de publicatie konden de aanbieders vragen over het inkoopdocument stellen. De vragen en antwoorden zijn meegenomen in de nota van inlichtingen.” (Persoon 8)

Soort inkoopmodel

Het aanbestedingsmodel dat Gemeente D in 2014 heeft gehanteerd is het prestatie-inkoop model (Best Value Procurement). Dit model heeft de vorm van een klassieke (openbare aanbesteding) alleen is de opdracht veel ruimer geformuleerd waardoor er voor de inschrijvers ruimte ontstaat om met creatieve ideeën te komen. Daarnaast kon de gemeente met de gunnende partij in dialoog blijven over de uit te voeren diensten. Gemeente D heeft gekozen voor dit model vanwege de keuze voor “capitation” als bekostiging:

“Door de keuze van populatiebekostiging kon Gemeente D niet een bestuurlijke aanbesteding of een open house aanbesteding doen. Want je weet namelijk niet hoeveel je elke individuele aanbieder moet betalen. Je kunt het bereikte maatschappelijke effect niet opknippen naar aanbieder.” (Persoon 8)

Looptijd overeenkomst

“... in de buurt” zoals het aanbestede contract heet is voor vier jaar aanbesteed met een optie tot verlenging van twee keer één jaar. In totaal is er voor zes jaar aanbesteed tot en met 2021. Gemeente D heeft hier bewust voor gekozen zodat er voor het gecontracteerde

samenwerkingsverband voldoende tijd was om te kunnen investeren in de nieuwe samenwerkingsvorm. Uit het interview bleek verder dat Gemeente D kijkt naar nog een mogelijk langere contractduur:

“De ervaring van Gemeente D leert dat eenjarige verlengingen te kort zijn. De opdracht van de gunning is dermate omvangrijk dat zorgaanbieders niet bereid zijn om investeringen te doen wanneer het contract niet voor meerdere jaren wordt gegund. De ervaring leert dat zorgaanbieders meerdere jaren gegund moeten krijgen om investeringen in innovatie te doen. Anders is het te onzeker voor de aanbieders en gaan ze niet investeren. De zorgaanbieders weten anders niet of ze de investeringen die ze moeten doen kunnen terugverdienen.” (Persoon 8)

Aantal gecontracteerde zorgaanbieders

Gemeente D heeft in de inkoopprocedure keuzes gemaakt om één samenwerkingsverband te selecteren. Dat had consequenties voor de zorgaanbieders die niet geselecteerd werden:

“Gemeente D heeft duidelijke keuzes gemaakt bij het aanbesteden. Dat had veel gevolgen voor zorgaanbieders. Vooral voor die aanbieders die de opdracht niet gegund hebben gekregen.” (Persoon 8)

De selectie van zorgaanbieders heeft voornamelijk plaatsgevonden op basis van kwalitatieve selectiecriteria(gunningscriteria):

“Gemeente D heeft tijdens de gunningsfase de offertes van zorgaanbieders geselecteerd op basis van een aantal kwalitatieve selectiecriteria. Eén daarvan was de beschrijving van de samenwerking met andere ketenpartners. Maar ook bijvoorbeeld de aanpak van de transformatie en hoe de aanbieders dat zelf zouden meten. Gemeente D kon maar één samenwerkingsverband contracteren middels een meerjarig contract. Het vertrekpunt na de gunning is daardoor anders. De zorgaanbieders die de opdracht gegund hebben gekregen zijn heel erg gecommitteerd aan deze manier van werken. Aan de voorkant van de aanbesteding is concurrentie georganiseerd. Op het moment dat het contract is gesloten is er geen concurrentie meer tussen aanbieders en is er sprake van een optimale samenwerking.” (Persoon 8)

Bekostigingsmodel

Het inkoopmodel Prestatie-inkoop is gekoppeld aan populatiebekostiging. In het geval van Gemeente D is er ook sprake van populatiebekostiging. Het gecontracteerde samenwerkingsverband krijgt een lumpsum bedrag per jaar waar ze de gehele populatie van Gemeente D moeten bedienen. De gemeente heeft hier bewust voor gekozen:

*“Gemeente D wilde af van P*Q bekostiging¹. Daarmee wilde de gemeente af van de prikkel om meer en duurdere zorg te leveren, die het gevolg is van P*Q. De gemeente wilde juist een prikkel invoeren die zorgaanbieders zou stimuleren om zoveel mogelijk te normaliseren, te de medicaliseren en zorg en begeleiding af te schalen. Het afschalen van een taak als begeleiding of dagbesteding is alleen mogelijk in de keten. De beweging naar beneden kan alleen in de keten gemaakt worden (en dus niet als je een taak als begeleiding op zichzelf inkoopt). “Gemeente D wilde daarom af van het declaratiemodel als bekostiging. De hele prikkel van financieren op zorgverzekering moest er uit. In plaats van het sturen op aanbod en tarieven stuurt Gemeente D op maatschappelijke resultaten voor de cliëntpopulatie. Om dat te bewerkstelligen heeft Gemeente D als bekostigingsmodel gekozen voor populatiebekostiging.” (Persoon 8)*

¹ P*Q is gelijk aan “FFS” bekostiging, betaling per dienst

Aandacht voor innovatie

Deze vorm van aanbesteden geeft veel ruimte aan zorgaanbieders om nieuwe innovatieve ideeën te komen. Een voorbeeld in het aanbestedingsdocument van Gemeente D (2014) staat op pagina 34. Onder paragraaf 4.5.1 Technische bekwaamheid en beroepsbekwaamheid:

“ De Inschrijver toont zijn technische of beroepsbekwaamheid aan op de volgende manieren:...c. Het creëren van innovatieve oplossingen bij het inspelen op de ondersteuningsbehoefte van cliënten.”

Daarmee laat Gemeente D zien dat ze zorgaanbieders wilden selecteren die in het verleden al ervaring hadden met innovatie. Een ander voorbeeld is op pagina 8 van het aanbestedingsdocument. Pagina 8 gaat over de visie van de gemeente ten aanzien van het stelsel en dat de gemeente de voorzieningen integraal wil organiseren: *“De gemeenten in de [...] streek kiezen voor een ontkokerd stelsel van sociale ondersteuning voor alle leefgebieden en alle levensfasen van inwoners”..... “Samenwerkende partners hebben bovendien meer mogelijkheden om te investeren in innovaties bijvoorbeeld op het terrein van ICT.”*

Daardoor ontstaan er voor zorgaanbieders mogelijkheden om te innoveren. Op pagina 13 onder 1.2.5 staat verder benoemd hoe Gemeente D innovatie wil stimuleren: *“De rol van de gemeente is tevens die van opdrachtgever, sturend op kwaliteits- inhoudelijke- en procesresultaten ten behoeve van inwoners. In deze fase van vernieuwing wil de gemeente als opdrachtgever bovenal in partnerschap met de opdrachtnemer samenwerken om innovatieve oplossingen tot stand te brengen”.*

Ervaring Zorgaanbieder

Zorgaanbieder 3 geeft aan dat de aanbesteding in Gemeente D redelijk goed gewerkt heeft:

“In Gemeente D heb je Dat is een maatwerkvoorziening die ook aan de voorkant zit. Dus ook de voorkant van het veld. Het is een combinatie van algemene en maatwerkvoorziening. Daar is een aanbesteding uitgeschreven. Partijen hebben ingeschreven. In de aanbesteding hadden ze randvoorwaarden en voorwaarden. Kom met een gemixt gezelschap. Schrijf je gezamenlijk in en dan krijg je extra punten. Zo stuur je als gemeente op een juiste combinatie. Dat kun je met een aanbesteding ook redelijk goed dichttimmeren. Door aan de voorkant aan partners te vragen en gezamenlijk het voorwerk voor de aanbesteding te doen. We willen een Zvw-partij dicht in de buurt, om op en af te kunnen schalen. We willen van de Wmo-zorg partners hebben in de meest groot gemene deler. Dus een mix van een ggz partij, een lvb (licht verstandelijk beperkt) partij en een ouderenzorg partij. Denk naast de Zvw (Zorgverzekeringswet) ook aan de Wlz (Wet langdurige zorg). Als je in die combinatie gezamenlijk een offerte indient dan scoor je hoge punten. Dan komt er uit het selectieproces een groep zorgaanbieders uit waar je wat mee zou willen. Dat heeft op sommige gebieden gewerkt.” (Persoon 6)

5.8 Cross-case analyse

In deze paragraaf worden de conclusies uit de case analyses naast elkaar gezet om deze onderling te vergelijken om zo overeenkomsten en verschillen te identificeren voor de invloed van inkoop, bekostiging en aandacht voor innovatie op innovatie bij de zorgaanbieder (cross-case analyse). Op basis van deze vergelijkende analyse kunnen er uitspraken worden gedaan over de samenhang en conclusies worden getrokken.

Case:	Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Soort inkoopmodel	Klassiek aanbesteden	Zeeuws model	Zeeuws model	Prestatie-inkoop

Figuur 10: overzicht uitkomsten inkoopmodellen onderzochte gemeenten.

In alle vier de aanbestedingsvormen is ruimte om innovatie te stimuleren. Gemeente D heeft ten tijde van de transitie een inkoopmodel gekozen die op resultaten stuurt. De resultaten heeft Gemeente D door de zorgaanbieder zelf laten opstellen. Zorgaanbieders geven aan dit stimulerend werkt. Zorgaanbieder 2 geeft aan dat dit zorgt voor veel ambitieuzere doelstellingen:

“Je krijgt veel ambitieuzere doelstellingen wanneer je dit overlaat aan de instellingen. En meer doelstellingen met daadwerkelijk effect. Anders ga je als instelling heel veilig zitten.” (persoon 4)

Case:	Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Looptijd overeenkomst	1,5 jaar met een optie tot verlenging van 2 keer 1 jaar (in totaal 3,5 jaar)	3 jaar met een optie tot verlenging van 3 keer 2 jaar. (In totaal 9 jaar)	2,5 jaar met een optie tot verlenging van 2 keer 1 jaar (in totaal 4,5 jaar)	4 jaar met 2 keer een optie tot verlenging van 1 jaar (in totaal 6 jaar)

Figuur 11: overzicht uitkomsten looptijd van de overeenkomst onderzochte gemeenten.

Zorgaanbieder 2 gaf aan dat de looptijd van een overeenkomst minimaal twee jaar moet zijn. Uit het interview met Gemeente D en van Zorgaanbieder 3 komt naar voren dat de looptijd van de overeenkomst zelfs langer moet zijn. Zo geeft gemeente D aan dat ze hebben ervaren dat kortlopende overeenkomsten veel onzekerheid bij zorgaanbieders geven:

“De ervaring van Gemeente D leert dat eenjarige verlengingen te kort zijn. De opdracht van de gunning is dermate omvangrijk dat zorgaanbieders niet bereid zijn om investeringen te doen wanneer het contract niet voor meerdere jaren wordt gegund. De ervaring leert dat zorgaanbieders meerdere jaren gegund moeten krijgen om investeringen in innovatie te doen. Anders is het te onzeker voor de aanbidders en gaan ze niet investeren. De zorgaanbieders weten anders niet of ze de investeringen die ze moeten doen kunnen terugverdienen.” (persoon 8)

Volgens zorgaanbieder 3 moet de looptijd van de overeenkomst tussen de drie en de vijf jaar liggen om investeringen te kunnen doen:

“Ik zou een aanbesteding uitschrijven van drie tot vijf jaar zodat zorgaanbieders kunnen bouwen en het liefst nog voor een langere periode. En niet dat de zorgaanbieders ieder jaar opnieuw moeten aanbesteden.” (persoon 6)

Alle cases voldoen aan de norm van minimale contractperiode van twee jaar. Gemeente B en Gemeente D hebben contracten met langere looptijden dan gemeente A en Gemeente C.

Case:	Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
<i>Concurrentie tussen zorgaanbieders (Drempel om toe te treden)</i>	Geen tussentijdse toetreding mogelijk	Geen tussentijdse toetreding mogelijk	Toetreding kan onder specifieke voorwaarden gedurende de looptijd van de overeenkomst	Geen tussentijdse toetreding mogelijk
<i>Vrije keus voor cliënten (keuze uit aantal zorgaanbieders)</i>	Keuze uit 90 zorgaanbieders	Keuze uit 90 zorgaanbieders	Keuze uit 16 gecontracteerde zorgaanbieders	Geen keuze voor zorgorganisatie. Wel voor soort hulpverlener

Figuur 12: Overzicht uitkomsten concurrentie en vrije keus cliënten onderzochte gemeenten.

Hieronder wordt kort beschreven wat de gemeenten en zorgaanbieders vinden van concurrentie en keuzevrijheid. Persoon 2 van gemeente A geeft aan meer te geloven in samenwerking dan in concurrentie:

“Ik geloof niet zozeer in concurrentie, veel meer in samenwerking.” (persoon 2)

Voor concurrentie geeft Zorgaanbieder 2 aan dat dit bij aanbestedingen niet aan de orde is:

“Concurrentie is niet aan de orde bij de uitvoering van de aanbesteding” (persoon 4)

En ook dat concurrentie van andere zorgaanbieders niet helpt om te gaan innoveren:

“Het helpt om volume te hebben om te kunnen innoveren. Concurrentie van andere zorgaanbieders helpt niet voor het stimuleren van innovatie.” (persoon 4)

Echter geeft zorgaanbieder 2 ook aan dat kleine partijen met nieuwe innovatieve ideeën komen:

“Het staat haaks op de beweging van kleine partijen die soms met hele innovatieve ideeën komen. Inderdaad die zijn er ook.” (persoon 4)

Maar deze kleine partijen zorgen er volgens zorgaanbieder 2 niet voor dat zichzelf als organisatie gaan innoveren:

“Maar vanuit ons perspectief echt groots in de GGZ-keten te zijn zodat je verschillende soorten vragen en verschillende soorten cliëntgroepen kan bedienen en dat je deze professionaliteit kan door ontwikkelen. De motivatie om te vernieuwen en te innoveren komt vooral voort uit eigen ambitie.” (persoon 4)

Gemeente A geeft aan dat de gemeente in een volgende inkoopprocedure wil toewerken naar minder aantal gecontracteerde zorgaanbieders:

“Op dit moment heeft gemeente A een klassiek aanbestedingsmodel en deze heeft gezorgd voor heel veel partijen. In een volgend inkoopmodel zou ik graag een selectie willen maken van de goede partijen. Op dit moment hebben we daar onvoldoende kunnen selecteren.” (Persoon 1)

De ervaring van Gemeente D is dat er tijdens de inkoopprocedure veel klachten zijn binnengekomen over de strikte selectie van zorgaanbieders:

“Een van de klachten die gemeente D te horen krijgt is dat de gemeente het zorglandschap “verwoest” heeft. Het kost tijd om een zorginfrastructuur op te bouwen. Daarom is het van belang om de contractperiode lang te maken, maar niet te lang omdat er dan geen prikkel meer is om te investeren in innovatie.” (persoon 8)

Persoon 2 van gemeente A geeft aan dat keuzevrijheid voor psychiatrische cliënten minder aan de orde is. Het is volgens persoon 2 vooral belangrijk om als gemeente voldoende partijen te contracteren, zodat de client wat te kiezen heeft. Persoon 2 vindt dat je als gemeente moet blijven monitoren op kwaliteit en resultaat:

“De GGZ-doelgroep zit niet te wachten op keuzevrijheid. In de praktijk komt dat niet aan de orde. Als gemeente moet je het heel goed blijven monitoren. Het gaat vooral om kwaliteitseisen en op het sturen van het resultaat. Keuzevrijheid kun je ook binnen paar partijen regelen, zodat je als cliënt kunt kiezen.” (Persoon 2)

Toch blijft keuzevrijheid voor de cliënt een belangrijk criterium. Zorgaanbieder 2 zegt hierover:

“Keuzevrijheid voor de cliënt valt wel wat over te zeggen. Verschillende zorgaanbieders hebben verschillende identiteiten en bejegenen cliënten daardoor op een andere manier en/of hebben daardoor heel ander soort aanbod en daardoor voelen verschillende cliënt groepen zich veel meer thuis bij de ene of de andere zorgaanbieder.” (persoon 4)

Zorgaanbieder 3 geeft aan dat met hoofd en onderaannemerschap keuzevrijheid voor de cliënt gewaarborgd kan worden:

“Het hoofdaannemerschap waarbij je maar een hoofdaannemer hebt en je zoekt het maar uit met je onderaannemers kan ook goed werken. Als je als gemeente maar stuurt op die samenwerking. Want als je een hoofdaannemer hebt die alles naar zich toetrekt dan werkt het niet. Als je in je samenwerkingsopdracht expliciet benoemt dat de keuzevrijheid van de cliënt niet onder druk mag komen te staan. Sterker nog dat de cliënt primair zijn zorgverlener kan meenemen. Dat er hele duidelijke redenen en criteria moeten zijn waarop die hoofdaannemer daarvan zal afwijken.” (persoon 6)

Gemeente D geeft bij keuzevrijheid aan dat het inkoopmodel wat ze gekozen hebben niet bijdraagt aan de keuze van het aantal gecontracteerde zorgaanbieders. Echter stellen ze dat ze met minder zorgaanbieders juist meer zorg op maat ondersteuning konden ontwikkelen:

“Ander argument tegen het model is keuzevrijheid tussen verschillende zorgaanbieders. Die is in Gemeente D veel minder. Echter is er veel meer keuzevrijheid in het aanbod en daardoor is er veel meer ruimte voor de zorgaanbieder om ondersteuning op maat te kunnen bieden.” (persoon 8)

Case:	Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Soort bekostigingsmodel	Fee for service (FFS) met experimenteer ruimte	Fee for service (FFS) onder de € 500.000 en functiegerichte bekostiging (FB) in de vorm van lumpsum.	Fee for service (FFS)	"Capitation"

Figuur 13: Overzicht uitkomsten bekostiging onderzochte gemeenten

Twee van de onderzochte gemeenten passen een vorm van fee for service (FFS) bekostiging toe. Gemeente A hanteert een variant van FFS waarbij er binnen de afgesproken budgetplafonds ruimte is om nieuwe diensten te ontwikkelen. Gemeente B heeft gekozen voor functiegerichte bekostiging (FB) voor zorgaanbieders met een omzet van meer dan € 500.000, - euro. Het bedrag voor de lumpsum financiering van de zorgaanbieder wordt bepaald aan de hand van de door de gemeente B vastgestelde tarieven en door de zorgaanbieder geoffreerde aantallen. Binnen het lumpsum bedrag krijgt de zorgaanbieder speelruimte om nieuwe producten te ontwikkelen. Gemeente C hanteert FFS bekostiging in de vorm van arrangementen. Gemeente D past capitation als bekostigingsvorm toe. Capitation is volgens gemeente D de meest optimale bekostigingsvorm voor het stimuleren van innovatie. Het daagt zorgaanbieders uit om nieuwe diensten te ontwikkelen:

*"Gemeente D wilde af van P*Q bekostiging. Daarmee wilde de gemeente af van de prikkel om meer en duurdere zorg te leveren, die het gevolg is van P*Q. De gemeente wilde juist een prikkel invoeren die zorgaanbieders zou stimuleren om zoveel mogelijk te normaliseren, te de medicaliseren en zorg en begeleiding af te schalen. Het afschalen van een taak als begeleiding of dagbesteding is alleen mogelijk in de keten. De beweging naar beneden kan alleen in de keten gemaakt worden en dus niet als je een taak als begeleiding op zichzelf inkoopt."* (persoon 8)

Zorgaanbieder 3 geeft aan dat wanneer resultaatbekostiging wordt ingevoerd door gemeenten, gemeenten ook moeten afrekenen op resultaat en niet op P*Q eisen (wordt: "FFS" bekostiging, betaling per dienst mee bedoeld):

*"Zodra je als gemeente de financiering ontschot, moet je ook qua monitoring van de P*Q vandaan zien te komen. En niet aan de ene kant je krijgt een soort budgetplafond, maar andere kant gaat de gemeente wel monitoren hoeveel uur zorg je voor die klant hebt besteed, gaat wel weer die perverse prikkel van P*Q er in komen."* (persoon 6)

Gemeente D monitort op de prestatie indicatoren en risico's die door de zorgaanbieder zijn opgenomen in de offerte van de gunning. Met het indienen van de offerte moest de zorgaanbieder beschrijven hoe ze de effecten van hun dienstverlening zouden gaan meten en rapporteren aan gemeente D:

"De inkoopopdracht aan zorgaanbieders was het bevorderen van de sociale participatie. Het ging gemeente D erom dat hun inwoners zelfredzamer zouden worden en meer zouden gaan participeren. Daarbij krijgt de zorgaanbieder bij de uitvoering maximale vrijheid, maar ook de maximale verantwoordelijkheid. Alle risico's zijn beschreven in het risicobeheer dossier. "Gemeente D heeft via de procedure gevraagd aan zorgaanbieders om te offren op het hele palet van dienstverlening met daarbij opgenomen een risico en kansen dossier. Gemeente D heeft tijdens het selectieproces de offertes van de zorgaanbieders beoordeeld op het risico en kansen dossier. De zorgaanbieders hadden in hun offerte indicatoren opgenomen die de gemeente D kon gebruiken om het

samenwerkingsverband te beoordelen. Een van de vragen in de aanbesteding was: Hoe denken jullie als zorgaanbieder de maatschappelijke effecten te gaan meten en de bevindingen te rapporteren aan Gemeente D?" (persoon 8)

Case:	Gemeente A	Gemeente B	Gemeente C	Gemeente D
Aandacht voor innovatie	Beschreven in inkoopdocument als ontwikkeling voor de producten Ambulante Ondersteuning en Dagbesteding en Experimenteerruimte	Beschreven als ontwikkelopdracht in de inkoop. Zorgaanbieders moesten in de opdracht beschrijven hoe ze innovaties gingen toepassen.	Innovatie wordt buiten de inkoopprocedure georganiseerd.	Beschreven in de ontwikkelopdracht van de inkoop. Vooral gericht op samenwerking met buurtteams.

Figuur 14: Overzicht uitkomsten aandacht voor innovatie onderzochte gemeenten.

Het inkoopproces kan zorgaanbieders stimuleren om innovaties te ontwikkelen. Een van de manieren is door het op te nemen in de aanbesteding. Volgens zorgaanbieders 2 en 3 daarbij wel van belang dat de gemeenten duidelijk kenbaar maken wat ze met de innovatie willen bereiken:

"Iedere gemeente benoemt innovatie als integrale samenwerking. Iedere gemeente vraagt in elke aanbesteding dezelfde voorwaarden voor deze integrale samenwerking. Daarbij maken de gemeenten het niet duidelijk kenbaar wat ze exact willen met de integrale samenwerking en ze benoemen alleen in de aanbesteding dat het een criterium is die wordt meegenomen in de gunning." (Persoon 6)

Zorgaanbieder 2 vult aan dat indien gemeenten het zorgaanbod willen innoveren, het invoeren van nieuwe vormen van diensten beter werkt dan het proberen om de bestaande infrastructuur te vernieuwen:

"Wil je als gemeente een beweging op gang krijgen dan denk ik dat een andere prikkel effectiever is dan de prikkel met het huidige plaatje iets anders doen." (persoon 4)

5.9 Samenvatting

Om te komen tot de beantwoording van de deelvraag wordt een korte samenvatting gegeven van de uitkomsten en antwoord geven op de deelvragen.

Betekenis van innovatie in de praktijk:

Zorgaanbieders ontwikkelen innovaties op het gebied van samenwerking en geven vorm aan de beweging dat mensen langer zelfstandig thuis kunnen wonen. Dat doen de zorgaanbieders op verschillende manieren. Ze ontwikkelen concepten waarbij behandeling en begeleiding gecombineerd kan worden, zodat de cliënt niets merkt van de overgang naar een andere financieringsvorm. Andere voorbeelden van innovaties zijn het organiseren van begeleiding dichterbij de cliënt doormiddel van het ontwikkelen van laagdrempelige inloopvoorzieningen die toegankelijk zijn voor iedereen. Of het inzetten van beeldbellen zodat er 24 uur per dag aan huis begeleiding georganiseerd kan worden.

Vormen van innovaties

Er zijn vele soorten van innovaties zichtbaar in de Wmo bij de vier onderzochte gemeenten. Alle drie de onderzochte organisaties laten zien dat er sinds de invoering van de Wmo 2015 zorg en ondersteuning op een andere wijze wordt ingezet. Zorgorganisatie A heeft met zijn buurtcentrum een geïntegreerde voorziening gecreëerd waar behandeling en begeleiding bij elkaar komen. Zorgmijders die geen behandeling wensen te ontvangen kunnen laagdrempelig in zorg genomen worden, daarnaast kan er snel worden afgeschaald. Zorgaanbieder 2 heeft innovatieve concepten ontwikkeld ten aanzien van het begeleiden naar werk. Ze werken integraal samen met veel partners en kunnen met een klein beetje begeleiding mensen snel naar werk helpen. Zorgaanbieder 3 is actief in veel verschillende gemeenten. Ze hebben veel ervaring met integraal werken en hebben voor veel verschillende gemeenten nieuwe concepten ontwikkeld.

Invloed van inkoopmodel op innovatievermogen

De invloed van het gehanteerde inkoopmodel op de mate van innovatie bij zorgaanbieders lijkt er te zijn. Zeker bij Gemeente D lijkt er een relatie zichtbaar tussen het gehanteerde inkoopmodel en de innovatie in dienstverlening die er heeft plaatsgevonden bij zorgaanbieder. Gemeente A heeft een experimenteerruimte in de huidige bekostiging gevoerd wat in minder sterke mate ook een positief effect had op de innovaties. Gemeente B tot slot gebruikt ook een vorm van experimenteerruimte in de vorm van functiegerichte bekostiging (ook wel vierkantsbekostiging genoemd). Binnen het vierkant kunnen zorgaanbieders experimenteren met nieuwe vormen van dienstverlening. Wat verder opvalt is dat zorgaanbieders aangeven dat concurrentie niet van invloed is op het stimuleren van innovaties.

Elementen die mogelijk van invloed zijn op innovatie

Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat bekostiging, het sturen op de overeenkomst, duur van de overeenkomst en aandacht voor innovatie, mogelijk van invloed zijn op het stimuleren van innovaties bij zorgaanbieders.

- De vorm van bekostiging heeft invloed op het innovatievermogen. Daarbij lijkt de vorm van capitation zorgaanbieders te stimuleren tot het ontwikkelen van innovatieve diensten. Ook de experimenteerruimte binnen de FFS bekostiging van gemeente A en de ruimte binnen de FB bekostiging van gemeente B hebben elementen in zich om het innovatievermogen van zorgaanbieders te stimuleren.
- De manier van sturen op de overeenkomst is een prikkel die innovaties van zorgaanbieders kan stimuleren. Zo geven zorgaanbieders aan dat de sturing van het

contract moet aansluiten op de bekostigingsvorm. Bijvoorbeeld dat wanneer er sprake is van capitation de gemeente niet de afrekening op het begeleiden van het aantal mensen in een bepaalde periode, maar meer kijkt naar hoe de populatie meer gaat participeren.

- Zoals blijkt uit de cross-case analyse speelt de duur van de overeenkomst een belangrijke rol in het investeren in innovaties. Zorgaanbieders geven daarbij aan dat ze het liefst een contract voor langere duur willen afsluiten. Keerzijde van een te lange contractduur kan zijn dat zorgaanbieders geen prikkel voelen om te gaan innoveren.
- Aandacht voor innovatie helpt zorgaanbieders in het stimuleren van innovaties. Met aandacht voor innovatie wordt bedoeld dat de gemeente innovatie als onderwerp meenemen in het inkoopproces. En dat de gemeente kenbaar maakt wat ze met innovatie wil en duidelijk beschrijft wat ze van zorgaanbieders verwacht. Het lijkt erop dat wanneer gemeenten dit toepassen er meer innovaties bij zorgaanbieders plaatsvinden.

6 Conclusie

6.1 Introductie

In dit laatste hoofdstuk wordt de onderzoeksvraag beantwoord. De onderzoeksvraag zal worden beantwoord aan hand van het theoretisch kader en de resultaten uit het empirisch onderzoek. In het tweede gedeelte zal worden ingegaan op de theoretische bijdrage en implicaties. Tot slot zal het hoofdstuk worden afgesloten met aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

6.2 Beantwoording onderzoeksvraag

In dit onderzoek is gezocht naar een antwoord op de vraag: ***Hoe beïnvloedt het door de 100k gemeenten gehanteerde inkoopmodel Wmo 2015 het innovatievermogen van Wmo-gecontracteerde zorgaanbieders die hulp en zorg bieden aan mensen met psychiatrische problematiek?*** Om deze vraag te beantwoorden is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd in de vorm van een comparative casestudy. Het doel van dit onderzoek was om te beschrijven welke relatie er is tussen de gemeentelijke inkoopmodellen Wmo 2015 en het innovatievermogen bij zorgaanbieders.

Er zijn twee vormen van dataverzameling geweest. De eerste vorm was een analyse naar de inkoopdocumenten van de 100k gemeenten. De tweede vorm van dataverzameling bestond uit semigestructureerde interviews. Het onderzoek naar de inkoopdocumenten heeft een beeld gegeven welke inkoopmodellen door de 100k gemeenten worden toegepast. Uit de analyse blijkt dat er vijf verschillende inkoopmodellen Wmo 2015 worden gebruikt die vanuit het theoretisch kader beschreven zijn. 42% van de gemeenten past het Zeeuws model als inkoopmodel toe. Gemeenten hebben in het Zeeuws model zelf de regie over de prijs. 58% van de gemeenten maakt gebruik van een ander inkoopmodel. Prestatie-inkoop wordt niet vaak door gemeenten toegepast. De keuze voor het contracteren van de hoeveelheid aantal zorgaanbieders verschilt per gemeente. De range tussen minder en meer gecontracteerde zorgaanbieders is groot. 74% van de gemeenten heeft minder dan 100 zorgaanbieders gecontracteerd. De range van het aantal gecontracteerde partijen is het grootst bij de inkoopmodellen open house en bestuurlijk aanbesteden. Het absolute aantal gecontracteerde partijen is bij prestatie-inkoop met maximaal negen partijen het kleinst. De looptijd van de contracten is in de meeste gemeenten (51%) tussen de één en de vijf jaar. 49% hanteert een looptijd langer dan vijf jaar. De keuze voor het inkoopmodel bepaalt in grote mate de keuze voor de soort bekostiging. 84% van de gemeente past FFS als bekostigingsvorm toe. Functiegerichte bekostiging 6% en capitation 10% worden minder vaak gebruikt. Ten aanzien van aandacht voor innovatie in de inkoopprocedure hebben 29% van de gemeente innovatie beschreven. 71% van de gemeente heeft hier geen aandacht aan besteed. Daarbij valt op dat de gemeenten die het open house en bestuurlijk model toepassen geen innovatie beschrijven in hun inkoopdocument.

Gemeenten beschrijven innovatie als nieuwe diensten, producten en samenwerkingsverbanden die moeten leiden tot meer doelmatige en efficiëntere hulpverlening. In de literatuur worden innovaties gedefinieerd als nieuwe diensten, nieuwe manieren van werken en/ of het toepassen

van nieuwe technologieën waarbij de innovatie bijdraagt in termen van verbeterde kwaliteit, veiligheid, uitkomsten van zorg, efficiëntie tegen gelijkblijvende/ danwel lagere kosten. Het verschil tussen de literatuur en de definitie die gemeenten hanteren is dat gemeenten niet beschrijven wat ze onder doelmatige en efficiëntere hulpverlening verstaan.

Uit de resultaten van de casestudy naar vier gemeenten en drie zorgaanbieders blijkt dat er elementen van het inkoopmodel zijn die kunnen verklaren hoe het innovatievermogen van zorgaanbieders wordt beïnvloed. Daarbij lijken het soort bekostigingsmodel, de duur van de overeenkomst en aandacht voor innovatie belangrijke elementen te zijn die het innovatievermogen van de zorgaanbieders beïnvloeden. Er zal hieronder kort uitgelegd worden hoe het element invloed heeft op het innovatievermogen van de zorgaanbieder.

De vorm van bekostigen is een belangrijk element in het stimuleren van innovaties. Daarbij lijkt de bekostigingsvorm capitation zorgaanbieders het meest te stimuleren tot het ontwikkelen van innovatieve diensten. Ook experimenteerruime binnen de FFS bekostiging van gemeente A en de functiegerichte bekostiging van gemeente B hebben elementen in zich om het innovatievermogen van zorgaanbieders te stimuleren. Geen van de gemeenten gebruikt een vorm van OBPMs, wat in de literatuur als meest ideale bekostigingsvorm wordt beschreven.

Een tweede element is het sturen op de overeenkomst. Daarmee wordt bedoeld dat het belangrijk is dat gemeenten zorgaanbieders op de juiste prikkels afrekenen. Als voorbeeld wordt een andere vorm van bekostiging genoemd waarbij de gemeenten nog wel stuurt op het halen van een minimum aan volume. Gemeente D heeft dit opgelost door zorgaanbieders zelf te beschrijven waar ze op afgerekend mogen worden. Het is vervolgens aan de gemeente om de zorgaanbieder daar op te sturen.

Een derde element is de duur van de overeenkomst. De duur van de overeenkomst lijkt een belangrijke rol te spelen in het durven te investeren in innovaties. Zorgaanbieders geven daarbij aan dat ze het liefst een contract voor een langere duur willen afsluiten. Belangrijk voor gemeenten is om een balans te vinden tussen de duur en de prestaties van de zorgaanbieder. Indien een zorgaanbieder niet functioneert zoals een gemeente dat had verwacht is het belangrijk om tussentijds evaluatiemomenten in te bouwen.

Het hebben van aandacht voor innovatie in het inkoopproces is het laatste element. Met aandacht voor innovatie wordt bedoeld dat de gemeente kenbaar maakt wat ze met innovatie wil en duidelijk beschrijft wat ze van zorgaanbieders verwacht. Vervolgens moet die verwachting ook tijdens de contractperiode opgevolgd worden.

Concurrentie kan ook een element zijn om innovatie bij zorgaanbieders te stimuleren. Alleen kwam dit niet duidelijk naar voren in het onderzoek. Zorgaanbieder 2 gaf aan dat kleine partijen innovatieve ideeën kunnen hebben, maar dat niet bij hen leidt tot extra innovaties. Zorgaanbieder 1 gaf in het interview aan zij als kleine partij nieuwe vormen van zorg konden ontwikkelen, omdat hun huidige organisatie kleiner is. Waarschijnlijk is het belangrijk om een goede mix van partijen te contracteren.

6.3 Discussie

Dit onderzoek maakte gebruik van comparative casestudy design. Het design gaf de mogelijkheid om cases te verkennen en een analyse te maken van de gegevens binnen de case-analyse. De cases in dit onderzoek waren gericht op het verkrijgen van inzicht welke invloed het gemeentelijk inkoopmodel Wmo 2015 heeft op het innovatievermogen van zorgaanbieders. Om de validiteit van de comparative casestudy te waarborgen is er gekozen voor het verzamelen en analyseren van twee verschillende vormen van data. De dataverzameling heeft via een analyse van inkoopmodellen en semigestructureerde interviews plaatsgevonden. Voor het versterken van de validiteit zijn deze twee vormen van dataverzameling gecombineerd en is er een cross-case analyse uitgevoerd. Deze studie is een aanvulling op de bestaande literatuur over inkoop in het sociale domein. Eerdere studies hebben geen inzicht gegeven over de relatie tussen inkoop en innovatie in de context van de Wmo 2015.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat bekostiging een belangrijk element in het inkoopmodel is die het innovatievermogen bij de zorgaanbieders beïnvloedt. Uit het onderzoek komt naar voren 84% van gemeenten fee for service (FFS) als bekostigingsvorm toepast. De andere vormen zijn functiegerichte bekostiging (FB) (6%) en capitation (10%). Dit resultaat is in niet overeenstemming met de gevonden literatuur. Zo worden outcome-based payment models (OBPMs) door verschillende onderzoekers (Kaplan & Porter., 2011; McClellan., 2011; Porter & Kaplan.,2016) als de meest effectieve vorm van bekostigen gezien. Capitation is volgens Porter & Kaplan (2016) een tussenstap indien het nog niet lukt om de resultaten te koppelen aan de bekostiging. Gemeenten zijn tot op heden nog niet staat om resultaten te definiëren en deze vervolgens te koppelen aan de bekostiging. Een mogelijke verklaring hiervoor biedt het onderzoek van Uenk & Telgen (2019) wat concludeert dat het definiëren en het meten van resultaten in de context van de Wmo ingewikkeld is (Uenk & Telgen, 2019). Voor gemeenten is het ingewikkeld om “zelfredzaamheid” en “participatie in de maatschappij” meetbaar te maken (Uenk & Telgen, 2019). Daardoor kiezen gemeenten voor andere vormen van bekostiging zoals FFS en in mindere mate voor FB en capitation.

Een tweede element is de duur van de overeenkomst. Wanneer de overeenkomst voor langere duur is, zijn zorgaanbieders eerder geneigd om te investeren in innovatie. Deze bevinding wordt ondersteund vanuit de literatuur. Zo betogen Ateş et al., (2015) dat wanneer inkopende partijen investeren in het aangaan van lange termijn relaties met leveranciers er door vertrouwen en betrokkenheid in de samenwerking tussen leveranciers en de inkopende partij ruimte ontstaat voor innovatie (Ateş et al., 2015). Langetermijncontracten kunnen het probleem om in situaties van specifieke investeringen niet te investeren verzachten (Ateş et al., 2015).

Een derde bevinding is dat concurrentie binnen het inkoopmodel geen invloed lijkt te hebben op het innovatievermogen van zorgaanbieders. Dit is niet in overeenstemming met de gevonden literatuur. Concurrentie is in dit onderzoek vertaald naar het totaal aantal gecontracteerde zorgaanbieders. Het merendeel van de gemeenten (71 %) heeft meer dan 25 zorgaanbieders gecontracteerd. Het model open house en bestuurlijk aanbesteden hebben het meest aantal gecontracteerde zorgaanbieders met een range tussen de 68 en 376. Concurrentie kan binnen het inkoopmodel kan ook als element gebruikt worden om innovatie bij zorgaanbieders te stimuleren. Zo geeft van Van Eijkel (2018) aan dat het open model kan zorgdragen voor kwaliteits- en efficiëntieprikkels. In het open model moeten bestaande zorgaanbieders veel inspanning verrichten om de client voor zich te winnen en te behouden. Dat betekent dat zorgaanbieders gaan concurreren op kwaliteitsaspecten. Deze kwaliteitsaspecten zijn moeilijk in contracten te vangen, maar worden wel geobserveerd door cliënten of door de gemeente via monitoringinstrumenten.

Voor een optimale werking van het open model zijn er wel een aantal voorwaarden. Zo moeten cliënten de kwaliteit van de geleverde zorg goed kunnen waarnemen. De drempelwaarde om toe te treden als zorgaanbieder moet niet te hoog zijn. De markt moet groot genoeg zijn voor meerdere zorgaanbieders en de gemeente moet goed zicht hebben op de kostprijs van de in te kopen dienst. (Van Eijkel, 2018). Dit werkt alleen indien cliënten ook voor andere zorgaanbieders durven te kiezen. Cliënten met psychiatrische problematiek kunnen door hun beperking minder in staat zijn om een onderscheid in kwaliteit te maken. Daarnaast heeft deze groep cliënten een langdurige relatie met een hulpverlener wat overstappen naar een andere zorgverlener lastig maakt. Wanneer gemeenten meerdere zorgaanbieders hebben gecontracteerd, kunnen de desbetreffende zorgaanbieders met elkaar vergeleken worden, wat ook een stimulans voor de kwaliteit van de dienstverlening kan zijn.

Het advies voor vervolgonderzoek is dan ook om een soortgelijk onderzoek te doen naar de relatie tussen inkoop en innovatie bij zorgaanbieders. Het is voor Nederland belangrijk om de zorguitgaven onder controle te houden en tegelijkertijd de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

6.4 Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek bestond uit twee vormen van dataverzameling. De eerste vorm van dataverzameling waren de inkoopdocumenten van 31 gemeenten en de tweede vorm waren de semigestructureerde interviews bij vier 100k gemeenten en drie zorgaanbieders. Deze twee verschillende vormen van kwalitatieve dataverzameling vulden elkaar goed aan. De gevonden resultaten van het onderzoek naar de vier 100k gemeenten en drie zorgaanbieders zijn niet representatief voor alle 31 gemeenten. Wel kunnen andere gemeenten door middel van dit onderzoek kijken hoe het gehanteerde inkoopmodel Wmo 2015 heeft gewerkt ten aanzien van het innovatievermogen van zorgaanbieders. De andere gemeenten kunnen bekijken of die manier ook voor hen van toepassing is en ervan leren.

Een tweede beperking van het onderzoek is het aantal onderzochte personen. Er zijn in totaal acht interviews afgenomen bij vier gemeenten en drie zorgaanbieders. Alleen bij gemeente A zijn er twee ambtenaren geïnterviewd. Bij gemeenten B, C en D en de drie zorgaanbieders was het één persoon die de organisatie vertegenwoordigde. De interviews zijn bij zorgaanbieders alleen gevoerd met directieleden. De uitkomsten van het interview met Zorgaanbieder 3 zijn gebruikt als analyse voor gemeenten B, C en D. Om de analyse per gemeente en zorgaanbieder zorgvuldig te maken is er ook bij de cases gebruikgemaakt van het analyseren van beleidsdocumenten van de desbetreffende gemeenten gecombineerd met een documentanalyse.

Een derde limitatie is dat de geïnterviewde personen niet volledig op de hoogte kunnen zijn van alle ontwikkelingen in hun organisatie. Zo kan het zijn dat er wel innovaties plaatsvinden, maar dat de directie daar niet van op de hoogte is. Bij gemeente geldt dezelfde beperking. Bij gemeente B, C en D is er één ambtenaar per gemeente geïnterviewd. Het kan zijn dat de desbetreffende ambtenaar niet volledig op de hoogte was van het inkoopbeleid van de desbetreffende gemeente. Om te voorkomen dat de data uit de interviews niet gebruikt zou mogen worden zijn alle interviews anoniem verwerkt. Daardoor waren de respondenten eerder geneigd om open te spreken.

Een vierde limitatie is dat het onderzoek een momentopname is. Daardoor kan het onderzoek op een ander moment tot verschillende uitkomsten leiden.

6.5 Aanbeveling

Uit het case-onderzoek blijkt dat er vier elementen binnen het toegepaste inkoopmodel Wmo 2015 zijn die het innovatievermogen van zorgaanbieders beïnvloeden. De invloed van het gehanteerde inkoopmodel op het innovatievermogen bij zorgaanbieders kunnen vooral via de elementen soort bekostiging, sturen op de overeenkomst, duur van de overeenkomst en aandacht voor innovatie worden vergroot. Deze elementen zullen kort worden toegelicht.

Bekostiging kan helpen in het stimuleren van innovatie. Daarbij lijkt de vorm van outcome-based payment models (OBPMs) zorgaanbieders het meest te stimuleren tot het ontwikkelen innovatieve diensten. Ook capitation heeft elementen in zich om het innovatievermogen van zorgaanbieders te stimuleren. Daarbij is het belangrijk dat de gemeente zijn of haar populatie goed kent en weet wat de verschillende zorgvragen zijn. Het werkt voor zorgaanbieders stimulerend wanneer zijzelf de resultaten kunnen definiëren en kunnen bepalen hoe ze erop gaan scoren.

Het selecteren en sturen op de juiste prestatie-indicatoren helpt bij het behalen van doelen. De sturing op de contracten moet overeenkomen met het bekostigingsmodel. Dus indien een gemeente kiest voor een OBPM is het belangrijk dat het resultaat gedefinieerd en gemeten kan worden. Om dit proces te bespoedigen kan het helpen om als gemeenten gezamenlijk op zoek te gaan naar uitkomstindicatoren die voor alle gemeenten relevant zijn.

Uit de cross-case analyse blijkt dat de duur van de overeenkomst voor zorgaanbieders belangrijk is. Om zorgaanbieders te stimuleren om innovatie in te zetten geven zorgaanbieders aan dat ze een minimale contractperiode nodig hebben die langer is dan drie jaar. Om de zorgaanbieders te stimuleren en te beoordelen is het zinvol om tussentijds evaluatiemomenten in te bouwen. Zo kan er zekerheid gegeven worden aan zorgaanbieders en blijft het tegelijkertijd voor de gemeenten mogelijk om zorgaanbieders te beoordelen. Indien een zorgaanbieder niet voldoet kan het contract na een periode van drie jaar alsnog ontbonden worden.

Aandacht voor innovatie is tot slot heel belangrijk. Daarbij moet de gemeente kenbaar maken wat ze met innovatie wil en duidelijk beschrijven wat ze van zorgaanbieders verwacht. Selectiecriteria aan het begin van gunning kunnen gemeenten helpen zorgaanbieders te selecteren die op papier innovatieve ideeën hebben. Het is van belang dat gemeenten van tevoren weten wat ze aan innovaties willen zien bij zorgaanbieders en dat ze opdracht duidelijk beschrijven in hun bestek. De aanbevelingen zijn hieronder kort samengevat in tabel 11.

Elementen die van invloed zijn:	Advies:
Bekostigingsvorm	Outcome-based payment models (OBPMs)
Sturing	Een sturingsmodel die aansluit bij het bekostigingsmodel
Looptijd van de overeenkomst	Minimaal drie jaar met mogelijkheid tot evaluatie van het contract
Aandacht voor innovatie	Benomen in inkoopcriteria wat innovatie is en dit belonen in met het toekennen van extra punten in de gunning

Tabel 11. Aanbevelingen voor gemeenten.

Bibliografie

- Almere. (2016). *Beleidsplan sociaal domein 2016-2018 Veranderen wat nodig is*. Almere: Gemeente Almere.
- Almere. (2017). *Opdrachtoomschrijving en Programma van Eisen Samenhangende Ondersteuningsprofielen Wmo 2018*. Almere: Gemeente Almere.
- Ateş, M. A., Van Raaij, E. M., & Wijnstra, F. (2018). The impact of purchasing strategy-structure (mis)fit on purchasing cost and innovation performance. *Journal of Purchasing and Supply Management*, Volume 24, Issue 1, 68-82.
- Ateş, M. A., Wynstra, F., & Van Raaij, E. M. (2015). An exploratory analysis of the relationship between purchase category strategies and supply base structure. *Journal of Purchasing & Supply Management* No.21, 204-219.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (sd). *bevolking; ontwikkeling van 100.000+ gemeenten*. Opgeroepen op 02 26, 2019, van CBS: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70748ned/table?ts=1551213554327>
- De Boer, R., Sok, K., Keuzenkamp, S., & Van Xanten, H. (2016). *Inkoop en bekostiging als kwaliteitsinstrumenten*. Utrecht: Movisie.
- De Koster, Y. (2015 - week 21). Financiële prikkel sleutel tot verandering, waar blijft de innovatie? *Binnenlands bestuur*, pp. 20-21.
- Den Haag. (2016). *Aanbestedingsleidraad Europese aanbesteding Zeeuws model WMO-Maatwerkarrangement gemeente Den Haag 2017-2019*. Den Haag: Den Haag; Sociale zaken en werkgelegenheid.
- Dohmen, P. J., & Van Raaij, E. M. (2019). A new approach to preferred provider selection in health care. *Health Policy, Elsevier*, Volume 123, Issue 3, March 2019, pages 300-305.
- Dul, J., & Hak, T. (2008). *Case Study Methodology in Business Research*. Groot Brittanie: Elsevier.
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R., & Jackson, P. (2015). *Management & Business Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Eijkenaar, F., & Schut, E. (2015). *Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg?* Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research, Fourth edition*. London: SAGE Publications Ltd.
- Gemeente Almere. (2019, september 24). *Wmo-ondersteuning aan volwassenen*. Opgehaald van Gemeente Almere: <https://monitorsociaal.almere.nl/bekijk-de-cijfers/welke-hulp-en-ondersteuning-gebruiken-almeeders/wmo-ondersteuning/>
- Gemeente Alphen aan den Rijn, Nieuwkoop, Kaag en Braassem. (2014). *Aanbestedingsdocument sociale participatie*. Alphen aan den Rijn: Gemeente Alphen aan den Rijn, Nieuwkoop & Kaag en Braassem.
- Gemeente Amsterdam. (2016). *Inkoopdocument AIS-2016-0032*. Amsterdam: Gemeente Amsterdam.
- Gemeente Utrecht. (2016). *Meedoen naar Vermogen: Inkoopstrategie aanvullende zorg*. Utrecht: gemeente Utrecht.
- Gemeente Utrecht. (2019). *Strategie contracteren aanvullende zorg Wmo vanaf 2020*. Utrecht: Gemeente Utrecht.

- GGZ Nederland. (2015, September). *RIBWAlliantie/Actueel*. Opgehaald van RIBWAlliantie: <http://www.ribwalliantie.nl/upload/documents/2015/Magazine%20WMO%20innovatie%20DEF.pdf>
- H4(Delft, Midden-Delfland, Rijswijk en Westland). (2017). *H4 Inkoopvisie Ondersteuning 2019-2022*. Delft: Gemeenten: Delft, Midden-Delfland, Rijswijk en Westland.
- Inkoop regio Limburg-Noord. (2019, 05 01). Opgehaald van <https://www.sociaaldomein-limburgnoord.nl/inkoop-2018>
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to Solve the Cost Crisis in Health Care . *Harvard Business Review*, 47-64.
- Klasa, K., Greer, S. L., & Van Ginneken, E. (2018). Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries. *Health Policy* 122, 457-472.
- Kwintes. (2019). *Jaarverslag 2018*. Zeist: Kwintes.
- Lämsäalmi, H., Kivimäki, M., Aalto, P., & Ruoranen, R. (2006). Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research. *Nursing Science Quarterly*, 66-72.
- McClellan, M. (2011). Reforming Payments to Healthcare Providers: The Key to Slowing Healthcare Cost Growth While Improving Quality? *Journal of Economic Perspectives*. Volume 25, Number 2, 69-92.
- MoleMann Mental Health. (2019). *Jaarverslaggeving 2018 MoleMann Mental Health*. Huizen: MoleMann Mental Health.
- Nederlandse Zorgautoriteit . (2014). *Monitor en beleidsbrief*. Utrecht: NZa.
- NIVEL. (2016). Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, Vol. 18 No. 2 .
- NJI, PPRC. (2018). *Monitor Gemeentelijke zorginkoop 2018. Stand van zaken inkoop diensten in het kader van Wmo 2015 en Jeugdwet*. Utrecht: NJI , PPRC.
- Omachonu, V. K., & Einspruch, N. G. (2010). Innovation in Healthcare Delivery Systems:A Conceptual Framework. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, Volume 15(1),, article 2.
- Peeters, C., Keizer, R., Peters, C., & Tazelaar, P. (2013). *Bekostigingsmodellen Modellen, afwegingen en uitdagingen voor gemeente*. Den Haag: Transitiebureau Wmo.
- Pianoo. (2019, 03 27). *sociale en andere specifieke diensten*. Opgehaald van pianoo: <https://www.pianoo.nl/nl/inkoopproces/fase-1-voorbereiden/mogelijke-procedures/europese-specifieke-procedures/sociale-en-andere-specifieke-diensten>
- Porter, M. E., & Kaplan, R. S. (2016). How to pay for Health Care. *Harvard Business Review* July-August, 88-109.
- Public Procurement Research Centre. (2015). *Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen het sociale domein*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Roads B.V. (2019). *Bestuursverslag 2018 Roads B.V.* Amsterdam: Roads B.V.
- Rolfstam, M. (2009). Public procurement as an innovation policy tool: the role of institutions . *Science and Public Policy*, , 36(5), pages 349-360 .
- Rotterdam. (2017). *Gezocht: De beste Aanbieders Wmo-arrangementen Ouderen en Somatiek Gemeente Rotterdam*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam; Projectteam Wmo arrangementen 2018 - 2022.
- Rotterdam. (2019, 05 03). Opgehaald van <https://www.rotterdam.nl/wonen-leven/inkoop-wmo-arrangementen/>
- Stichting Regionaal Inkoopbureau IJmond & Kennemerland. (2017, 07 20). Opgehaald van Tendered: <https://www.tendered.nl/tendered-tap/aankondigingen/128147;section=2>
- Tidd, J., Bessant, J., & Pavitt, K. (2005). *MANAGING INNOVATION, Integrating Technological, Market and Organizational Change*. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- TransitieBureau Wmo . (2014). *Informatiekaart Inkoopstrategie*. Den Haag: Rijksoverheid.

- TransitieBureau Wmo. (2014). *Informatiekaart Stappenplan inkoop Wmo*. Den Haag: Rijksoverheid.
- Uenk, N. (2016, Februari/ Maart). De gemeente als opdrachtgever in het sociale domein. *Sociaal bestek*, pp. 14-17.
- Uenk, N. (2017, april). Gemeentelijke inkoop Wmo in beeld. *Tijdschrift voor Public Governance, Audit & Control (TPC), Jaargang 15 Nr. 2.*, pp. 14-20.
- Uenk, N., & Telgen, J. (2019). Managing challenges in social care service triads - Exploring public procurement practices of Dutch municipalities. *Journal of Purchasing and Supply Management* 25, 5-17.
- Utrecht. (2018). *Sociaal Domein Aanvullende Zorg Wmo Aanbesteding Individuele Begeleiding*. Utrecht: Gemeente Utrecht.
- Utrecht. (2019, 05 02). Opgehaald van <https://zorgprofessionals.utrecht.nl/>
- van der Ham, L., den Draak, M., Mensink, W., Schyns, P., & van den Berg, E. (2017). *De Wmo 2015 in praktijk, De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Van Eijkel, R. (2018). *Naar een effectieve inkoop binnen het sociale domein*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Van Hoof, F., Knipsel, A., Hulsbosch, L., De Lange, A., Michon, H., & Kroon, H. (2017). *Monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz 2017*. Utrecht: rimbos-instituut.
- Van Kessel, P., Triemstra, M., De Boer, D., & Plass, A. M. (2016). Meten van uitkomsten van zorg met PROMs . *Tijdschrift voor Evidence Based Practice* 13(2), 8-10.
- Van Noort, O., & Schotanus, F. (2015). Striving for integrated services, a Dutch experience. *Journal of Integrated Care, Vol. 23 Issue: 6*, 327-335.
- Van Raaij, E. M. (2016). *Purchasing Value Purchasing and Supply Management's Contribution to Health Service Performance*. Rotterdam: Erasmus Institute of Management.
- Van Weele, A. (2009). *Purchasing and Supply Chain Management: Analysis, Strategy, Planning and Practice*. Hampshire: Cengage Learning EMEA.
- Vlaanderen, F. P., Tanke, M. A., Bloem, B. R., Faber, M. J., Eijkenaar, F., Schut, F. T., & Jeurissen, P. P. (2019). Design and effects of outcome-based payment models in healthcare: a systematic review. *The European Journal of Health Economics, Volume 20, Issue 2*, 217-232.

Bijlage:

A. Interview protocol beleidsmedewerker 100k gemeenten

Interview protocol Beleidsmedewerker/ inkoper Wmo inkoop van hulp en ondersteuning aan cliënten met psychiatrische problematiek:

Interviewvragen inkoper/ beleidsmedewerker 100k gemeente:

Inkoopmodel:

- Welk inkoopmodel hanteert u?
 - o Klassiek aanbesteden
 - o bestuurlijk aanbesteden
 - o Zeeuws model
 - o Prestatie-inkoop (Best Value Procurement)
 - o Besloten veiling
 - o Anders...
- Wat is de reden dat er voor dit inkoopmodel is gekozen?

Bekostiging

- Welke vorm van bekostiging past uw gemeente toe?
 - o Betaling per dienst
 - o Populatiebekostiging
 - o Betaling per diagnose behandelcombinatie/ zorgpad
 - o Prestatiebekostiging
 - o Een mix van bovenstaande
- Bent u tevreden over de huidige vorm van bekostiging?

Innovatie:

- Is er in het inkoopmodel van de gemeente nog aandacht besteed aan de stimulering van innovatie bij zorgaanbieders? Zo ja, op welke manier? Zo niet, waarom niet?
- Sturen jullie op innovatie bij zorgaanbieders? Zo ja, op welke wijze wordt er gestuurd op innovatie?

B. Interview protocol projectleider/ manager innovatie bij zorgaanbieders.

De vragenlijst is bestemd voor een projectleider/ manager die verantwoordelijk is voor innovatie binnen de desbetreffende zorgaanbieder.

Met betrekking tot onderzoek naar innovatie:

- Binnen welke gemeenten bent u actief in het leveren van de nieuwe Wmo 2015?
- Zijn er gemeenten waarbij zorginkoop een actieve rol speelt in innovatie bij zorgaanbieders? En zo ja, hoe dan?
- Wat voor soort innovatie vindt er plaats in uw organisatie?
- Waar blijkt deze innovatie uit?
 - o Is de dienst en/of product nieuw en/of wordt er gebruikgemaakt van nieuwe technologieën?
 - o Wordt door de innovatie de positie van cliënt/ persoon versterkt?
 - Zo ja, waar blijkt dit uit?
 - o Verbeterd de dienst en/of product verbetert de gezondheidssuitkomst van cliënt/ persoon?
 - Zo ja, waar blijkt dit uit?
 - o Zorgt de ingevoerde dienst en/of product voor gelijkblijvende/danwel minder kosten?
 - o Hoe beïnvloedt de nieuwe dienst en/of product de huidige markt?
 - Is dat bij alle gemeenten hetzelfde?
 - o Creëert de nieuwe dienst en/ of product een andere manier van werken?
 - Zo ja, waar blijkt dit uit?

C. Resultaat deskresearch van 100k gemeenten

Aanbesteding-model	Gemeenten	Aantal gecontracteerde aanbieders	Looptijd contracten	Bekostiging	Innovatie
Bestuurlijk aanbesteden	1. Amersfoort	101	3 jaar	Fee for service	Geen beleid
	2. Breda	105	Onbepaalde tijd	Fee for service	Geen beleid
	3. Eindhoven	101	4 jaar	Fee for service	Geen beleid
	4. Leiden	64	4 jaar	Fee for service	Geen beleid
	5. Maastricht	300	7 jaar	Fee for service	Geen beleid
Klassiek(openbaar) aanbesteden	1. Amsterdam	90	4 jaar	Fee for service	beleid
	2. Haarlemmermeer	68	8 jaar	Fee for service	Geen beleid
Open house	1. Arnhem	376	2 jaar	Fee for service	Geen beleid
	2. Apeldoorn	215	9 jaar	Fee for service	Geen beleid
	3. Dordrecht	18	Onbepaalde tijd	Fee for service	Geen beleid
	4. Ede	7	Onbepaalde tijd	Fee for service	Geen beleid
	5. Enschede	325	Onbepaalde tijd	Fee for service	Geen beleid
	6. Tilburg	71	4 jaar	Fee for service	Geen beleid
	7. Venlo	70	5 jaar	Fee for service	Geen beleid
	8. Zoetermeer	130	Onbepaalde tijd	Fee for service	Geen beleid
Prestatie inkoop	1. Alpen aan den Rijn	8	6 jaar	Capitation	Geen beleid
	2. Emmen	9	6 jaar	Capitation	Geen beleid
	3. Groningen	3	6 jaar	Capitation	Geen beleid
Zeeuws model	1. Alkmaar	24	5 jaar	Fee for service	Beleid
	2. Almere	16	4,5 jaar	Fee for service	Geen beleid
	3. Delft	20	3,5 jaar	Fee for service	beleid
	4. Haarlem	42	5 jaar	Fee for service	Geen beleid
	5. Leeuwarden	60	1 jaar	Fee for service	Geen beleid
	6. Nijmegen	43	7 jaar	Fee for service	Geen beleid
	7. Rotterdam	27	5 jaar	Fee for service	Beleid
	8. 's-Gravenhage	54	4 jaar	Fee for service	Geen beleid
	9. Utrecht	90	9 jaar	FB	beleid
	10. Westland	25	4 jaar	Fee for service	beleid
	11. Zaanstad	65	6 jaar	Fee for service	Geen beleid
	12. Zwolle	29	3,5 jaar	FB	Geen beleid
	13. 's-Hertogenbosch	15	7 jaar	Fee for service	Geen beleid

Tabel 12. Overzichtstabel dataverzameling 100k. gemeenten

D. Overzicht cases

Cases	Gemeente/ Organisatie	Persoon	Functie
Gemeente A	Gemeente A	1.	Senior beleidsadviseur financiën
	Gemeente A	2.	Beleidsadviseur Wmo GGZ en contractmanager
	Zorgaanbieder 1	3.	Bestuurder Zorgaanbieder 1
	Zorgaanbieder 2	4.	Integraal manager
Gemeente B	Gemeente B	5.	Contractmanager Wmo GGZ
	Zorgaanbieder 3	6.	Anoniem
Gemeente C	Gemeente C	7.	Contract manager Wmo MO/BW/VO
	Zorgaanbieder 3	6.	Anoniem
Gemeente D	Gemeente D	8.	Projectleider maatschappelijke ontwikkeling
	Zorgaanbieder 3	6.	Anoniem

Tabel 13: Lijst van geïnterviewde personen per case.