



Van bureaucrazy
Naar **carehappy**

Handreiking voor het Wmo-inkoopproces



© 2024 Hanze

Van bureaucrazy Naar carehappy

Handreiking voor het Wmo-inkoopproces

Auteurs

Anneloes Scholing en Gepke Veenstra (redactie),
Margreet Boersma, Petra Oden en Linda Rutkens-Oudman

Oktober 2024

Inhoudsopgave

Introductie

4

Algemene principes voor een goede samenwerking

10

Werk vanuit vertrouwen

Bewaak de motivatie van zorgverleners

Ga wijs om met organisatiebelangen

Beperk de regeldruk

Het inkoopproces

30

Vóór de inkoop

Inkoopmethoden

Aanbesteden

Open House

Werkbare eisen en afspraken opstellen

60

Bekostigingsvormen

Monitoring en verantwoording

68

Zinvolle en motiverende monitorings- en verantwoordingsinformatie opstellen

Gebruik van monitorings- en verantwoordingsinformatie

Toezicht

80

Kwaliteitstoezicht

Dankwoord

86

Bronnenlijst

JURIDISCH KADER

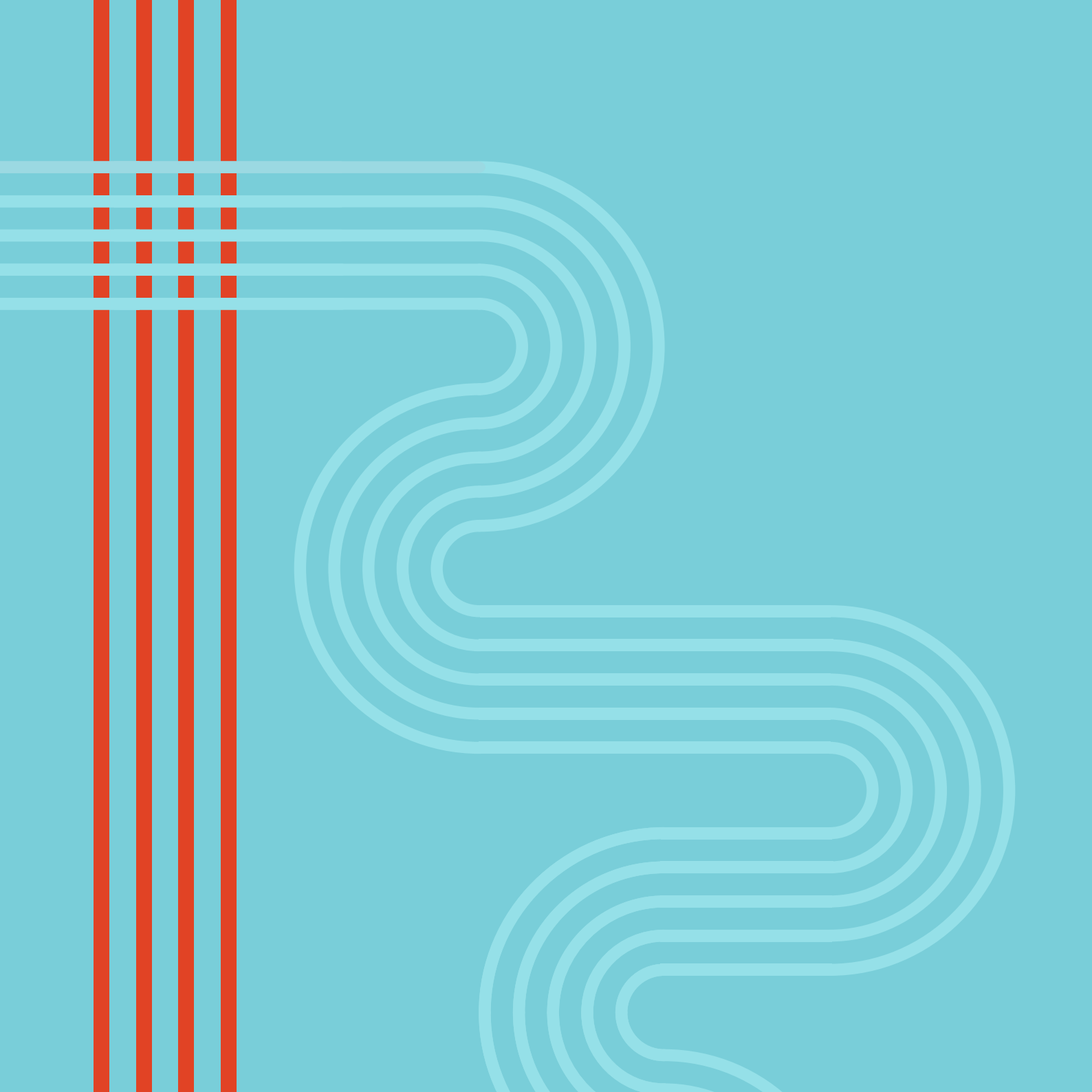


GOOD PRACTICE



TIPS





Introductie

Zorgverleners willen dat mensen die zorg nodig hebben regie houden over hun eigen leven. Daarom is het belangrijk dat zorgaanbieders de ruimte en het vertrouwen krijgen om hun medewerkers goed te ondersteunen. Gemeenten werken hier graag aan mee. Toch zijn er de afgelopen jaren steeds meer eisen van gemeenten en andere financiers bij gekomen. Dit heeft geleid tot meer regeldruk voor zorgaanbieders: meer controle van buitenaf.

Zorgaanbieders willen verantwoording afleggen, maar de huidige controlesystemen hebben volgens hen negatieve effecten, zoals afnemend werkplezier voor zorgverleners. Het spanningsveld tussen grip houden en goede zorg leveren, en de motivatie van zorgverleners, leidt tot een suboptimale situatie.

In het project 'Van Bureaucrazy naar Carehappy' van de Hanzehogeschool Groningen zochten onderzoekers en studenten samen met zorgaanbieders en kaderstellende partijen naar gedragen vormen van control.

Van Bureaucrazy naar Carehappy

Zorgverleners trekken al jaren aan de bel over de vele regels en administratieve lasten die hun werk beheersen. Een kwart van hun werktijd gaat op aan administratie.¹ Deze regeldruk ontstaat door de toename van verantwoordingen en afspraken, bedoeld om de grip op de zorg en de zorgkosten te vergroten. Er wordt gedacht dat meer grip nodig is omdat de vraag naar de zorg toeneemt, terwijl het aanbod afneemt door vergrijzing en demografische en technologische ontwikkelingen.²

Sinds 2015 is de zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) en Jeugdwet gedecentraliseerd. Gemeenten zijn nu verantwoordelijk voor de inkoop en uitvoering van deze zorg. Het idee is dat gemeenten beter maatwerk kunnen leveren omdat ze dichterbij de burger staan dan de centrale overheid, waardoor het makkelijker is om de zorgkosten te beheersen.

Ondanks initiatieven om de regeldruk te verminderen, blijft deze hoog. Zorgverleners binnen de Wmo en Jeugdwet moeten voldoen aan regels en verantwoordingen van verschillende gemeenten, die allemaal hun eigen werkwijze hebben. Ondanks handreikingen en andere informatie op internet missen gemeenten soms kennis over regels rondom zorginkoop. Bovendien wordt de expertise van zorgverleners onvoldoende meegenomen bij het opstellen van visie, beleid en regels, waardoor de regels en verantwoordingen vaak niet passen bij de zorgpraktijk. Met regeldruk als gevolg.

De gevolgen van de regeldruk zijn duidelijk: zorgverleners verliezen hun professionele autonomie en werkplezier, ervaren minder welzijn of raken burn-out, en sommigen verlaten hierdoor zelfs de zorg². Regeldruk maakt zorgverleners minder 'carehappy'. Dit is problematisch, want zorgverleners moeten een bepaalde mate van autonomie ervaren en gemotiveerd zijn om hun werk goed te doen en maatwerk te kunnen leveren. Het is daarom belangrijk dat gemeenten en zorgverleners samen administratief eenvoudige, werkbaar en proportionele eisen opstellen die hun autonomie en motivatie ondersteunen.

Afbakening en onderzoeksverantwoording

Het project 'Van Bureaucrazy naar Carehappy' van de Hanzehogeschool Groningen had als doel een methode te ontwikkelen die gemeenten en zorgaanbieders helpt om samen tot gedragen control systemen te komen. De centrale onderzoeksvraag was:

Welke aanpak, gebaseerd op kennis van control en motivatie enerzijds en de wettelijke randvoorwaarden anderzijds, kan zorgaanbieders en kaderstellende partijen ondersteunen in de ontwikkeling van controlsystemen die door beide partijen gedragen worden? Hierbij gaat 'gedragen' over de behoeften van zorgaanbieders en zorgverleners (professionele autonomie en motivatie) als gemeenten (voldoende inzicht in de zorgverlening en verantwoording naar de maatschappij).

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gekeken naar de relatie tussen gemeenten en zorgaanbieders vanuit twee perspectieven: juridisch en management- en organisatiepsychologisch. Het juridisch perspectief richtte zich op de vraag 'In hoeverre zijn de eisen die gemeenten stellen proportioneel, transparant en werkbaar?'. Hierbij werd

gekeken naar wet- en regelgeving en hoe deze in de praktijk wordt gebruikt. Dit werd onderzocht in het hele gemeentelijke proces, vanaf beleidsvorming tot en met monitoring en toezicht.

Het management- en organisatiepsychologisch perspectief richtte zich op de vraag: 'Wat is het effect van die eisen op de motivatie van zorgprofessionals voor hun werk?' Hierbij lag de focus op de ervaren gelddruk, autonomie en motivatie van zorgverleners.

Naar aanleiding van signalen van zorgorganisaties over grote uitvoeringslast bij Wmo-aanbestedingen, richtte het onderzoek zich specifiek op de Wmo 2015 en maatwerkvoorzieningen zoals dagbesteding, begeleiding, verblijf en beschermd wonen. Jeugdzorg, hoewel vergelijkbaar in inkoopwijze, is buiten beschouwing gelaten. Ook de relatie tussen gemeente-burger en hulpverlener-cliënt is buiten beschouwing gelaten, hoewel deze zeker belangrijk zijn voor maatwerk en goede zorg.

Het onderzoek liep van 2020-2024 en bestond uit 5 casestudy's in 4 gemeenten en een samenwerkingsverband van gemeenten. We

bestudeerden aanbestedingsdocumenten en spraken met 21 functionarissen, waaronder Wmo-beleidsmedewerkers, inkoopers, juristen, contractmanagers, toezichthouders en Wmo-consulenten. Daarnaast interviewden we 30 medewerkers van 17 zorginstellingen en 2 zorgcoöperaties, waaronder zorgmanagers, controllers, financieel-administratief medewerkers, zorgcoördinatoren en zorgmedewerkers. We spraken ook met 2 externe juridische adviseurs en 4 onderzoekers.

De bevindingen van het onderzoek zijn voorgelegd aan ruim 100 professionals uit zorginstellingen, gemeenten en kennisinstellingen tijdens diverse bijeenkomsten, waaronder een symposium, klankbordgroepen en bijeenkomsten voor gemeentelijke inkoopers en toezichthouders. Onderzoek van studenten in 24 gemeenten, 4 samenwerkingsverbanden van gemeenten en bij 17 zorgaanbieders bevestigde de bevindingen. Het project werd gefinancierd door Regieorgaan SIA, onderdeel van de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

Opbrengst voor gemeenten en zorgaanbieders

Het project 'Van Bureaucrazy naar Carehappy' heeft deze handreiking voor het inkoopproces opgeleverd, voor gemeenten en zorgaanbieders.³ Daarnaast is er een serious game 'CareTrivia' ontwikkeld, waarmee gemeenten en zorgaanbieders spelenderwijs de leidende principes uit deze handreiking kunnen toepassen. Ook is er het spel "CareLink" ontwikkeld om betrokkenen bij het inkoopproces in kaart te brengen.

Onder voorbehoud komt er ook een tweedaagse leermodule op de markt.

Zie het spel 'CareLink'

Breng op een leuke manier in kaart wie de betrokkenen in het inkoopproces zijn!



Leeswijzer

Deze handreiking is bedoeld als naslagwerk voor gemeentemedewerkers en zorgaanbieders om goed samen te werken bij de inkoop en uitvoering van zorg. Het geeft inzicht in de keuzes die zij kunnen maken, de wet- en regelgeving en de praktische voor- en nadelen van deze keuzes. Daarnaast worden er tips gegeven om de regeldruk te verlagen en de motivatie van zorgverleners te behouden.

De handreiking geeft geen blauwdruk voor hoe de zorginkoop moet worden ingericht, omdat dit per gemeente en context kan verschillen. Wat het wel biedt, is een blauwdruk voor een goede samenwerking tussen gemeente en zorgaanbieders, waarbij de kern is: blijf met elkaar in gesprek. Uit het onderzoek blijkt dat een goede samenwerking en gedragen control gebaseerd is op vier principes: werk vanuit vertrouwen, bewaak de motivatie van zorgverleners, ga

wijs om met organisatie-belangen en beperk regeldruk. Deze principes worden in het eerste hoofdstuk toegelicht.

Vanaf hoofdstuk twee worden de stappen in het inkoopproces besproken: visie- en beleidsvorming, keuze voor de inkoopmethode, opstellen van de eisen, monitoring en verantwoording en het toezicht op de zorg. Elk hoofdstuk start met een uitleg en een samenvatting van de (juridische) kennis over het onderwerp, inclusief de onderzoeksbevindingen. In ieder hoofdstuk geven we ook tips over een goede samenwerking en good practices vanuit zowel de Wmo als de Jeugdzorg.

Hoewel de handreiking gericht is op het inkopen van Wmo-zorg, kunnen veel kennis en tips uit de handreiking ook worden toegepast bij de inkoop van andere typen zorg, zoals jeugdzorg.

Algemene principes voor een goede samenwerking en gedragen control

Werk vanuit vertrouwen

Een succesvol partnerschap tussen zorgaanbieders en gemeenten is gebouwd op vertrouwen.⁴ Vertrouwen ontstaat doordat beide partijen betrouwbaar zijn en daarmee elkaars vertrouwen verdienen. Vertrouwen betekent niet dat zij elkaar compleet loslaten en er geen controles zijn. Vertrouwen is gebaseerd op transparantie, open

communicatie, wederzijds begrip en het nakomen van afspraken. Het is belangrijk dat beide partijen de tijd nemen om elkaar te leren kennen en samen successen en positieve ervaringen te vieren. Wederkerigheid is ook belangrijk: "het gedrag van de ene partij beïnvloedt dat van de ander".⁵



Bouw een partnerschap door uit te gaan van gelijkwaardigheid

In onze samenleving geldt vaak: wie betaalt, die bepaalt. Deze ongeschreven regel draagt bij aan ongelijkheid in relaties waarin geld wordt uitgewisseld voor diensten. Ook in de relatie tussen gemeenten en zorgaanbieders. Tijdens het inkoopproces heeft de gemeente de leiding en betreft de zorgaanbieders in meer of mindere mate bij de verschillende stappen. De gemeente bepaalt de criteria en voorwaarden waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om te worden gecontracteerd.

Een echt partnerschap betekent dat beide partijen waarde hebben voor elkaar. De zorgaanbieders hebben geld nodig van de gemeenten, en gemeenten hebben de diensten van de zorgverleners nodig. Een echt partnerschap erkent deze wederzijdse afhankelijkheid, waardeert dat en zet dat om in gelijkwaardige acties.

In Peel en Maas hebben de gemeente en zorgaanbieders samen een pilot opgezet om het inkoopproces te vereenvoudigen, zodat iedereen achter de werkwijze staat (zie good practice pagina 15). De gemeente en zorgaanbieders delen de verantwoordelijkheid voor het budget. Het

Tips om het onderlinge vertrouwen te versterken

Voor gemeenten en zorgaanbieders

- Houd het gezamenlijke doel van de samenwerking voor ogen, bijvoorbeeld door elkaar hieraan te herinneren.
- Vier successen en (kleine) behaalde resultaten samen.
- Binnen de verschillende organisaties kan sprake zijn van een verschil in taal. Dit kan de samenwerking bemoeilijken. Creëer daarom een gemeenschappelijke taal: gebruik simpele taal en vermijd jargon. Bespreek verschillen tussen organisaties, stel open vragen om duidelijkheid te krijgen en maak samen een overzicht van begrippen en hun betekenis.



- Faciliteer wederzijds begrip. Leg uit hoe processen binnen de verschillende organisaties verlopen en welke regels en budgetten gelden. Begrip voor elkaar maakt het makkelijker om je in de ander te verplaatsen. Leer elkaars behoeften en de achtergronden van keuzes kennen.
- Zorg dat medewerkers met zorginhoudelijke kennis betrokken zijn op alle niveaus binnen de gemeente (beleid, contractering, uitvoering, monitoring) of laat hen meedenken bij belangrijke beslissingen.
- Wees transparant over het verloop van zaken, afspraken en (niet) behaalde doelen.
- Reflecteer regelmatig samen op hoe de samenwerking tussen gemeente en zorgaanbieder verloopt en hoe deze verbeterd kan worden. Houd elkaar aan afspraken.
- Bouw langdurige persoonlijke relaties op. Zorg voor vaste contactpersonen en een warme overdracht bij personeelswisseling. Houd het aantal relaties per contactpersoon klein om een persoonlijke band te kunnen opbouwen en onderhouden. Bij grote gemeenten kan je het gebied opdelen in sub-regio's, waarbij dezelfde leidende principes gelden en goede informatie-uitwisseling plaatsvindt. (zie tips uitwisseling informatie op pagina 14).
- Voorkom dat bureaucratische processen het vertrouwen en de samenwerking in de weg gaan staan. Blijf met elkaar in gesprek.

beheer van het budget ligt in principe bij één van de betrokken zorgaanbieders en (financiële) jaarverslagen worden breed gedeeld, zodat alle betrokkenen kunnen zien wie hoeveel budget heeft gebruikt. De tarieven zijn in overleg vastgesteld. In Peel en Maas geldt: wie bijdraagt, bepaalt.

Deel informatie met alle betrokkenen tijdens het hele proces

In de praktijk bloeien partnerschap en vertrouwen tussen gemeenten en zorgaanbieders niet altijd. Dit komt vaak doordat de relatie tussen gemeenten en zorgaanbieders versnipperd is. De samenwerking vindt namelijk plaats op verschillende niveaus: bestuurlijk niveau (beleidsdoelen), contractmanagement niveau (eisen en financiële afspraken) en zorgverleningsniveau (doelen van de cliënt). Verschillende personen vertegenwoordigen vaak één van die niveaus binnen hun organisatie. Dit kan zorgen voor inefficiënties, zoals onvoldoende gedeelde informatie, dubbele uitvragen, tegenstrijdige afspraken, en onduidelijkheid over beslissingsbevoegdheid. Om versnippering in de relatie te voorkomen, moeten de verschillende niveaus binnen de organisatie goed met elkaar in contact staan. Duidelijke

communicatie en samenwerking op alle niveaus is essentieel om vertrouwen op te bouwen en efficiënt te werken.

Vertrouwen in het vakmanschap van zorgaanbieders

Zorgverleners willen meer vertrouwen in hun vakmanschap ervaren.⁶ Gemeenten kunnen dat vertrouwen tonen door zorgaanbieders te betrekken bij het opstellen van de visie en doelen voor de Wmo-zorg. Dit helpt gemeenten om beter werkbare aanbestedingsbestekken op te stellen. Zorgverleners ervaren meer vertrouwen wanneer monitoring en verantwoording aansluiten bij hun werkzaamheden en wanneer zij ruimte ervaren in de manier waarop zij verantwoording afleggen (zie pagina 68: 'Monitoring en verantwoording'). Dit verhoogt ook hun motivatie. Lees in de 'Good practice' op pagina 15 hoe de gemeente Peel en Maas dit aanpakt.

Tips om uitwisseling op verschillende niveaus binnen de eigen organisatie te stimuleren

Voor gemeenten en zorgaanbieders

- Bepaal wie de primaire aanspreekpunten per niveau zijn.
- Zorg dat één persoon het centrale aanspreekpunt is en verantwoordelijk is voor de uitwisseling op alle niveaus.
- Maak afspraken over hoe en wanneer de verschillende niveaus binnen de organisatie met elkaar in gesprek zijn.
 - Faciliteer regelmatig overleg tussen de verschillende niveaus binnen de gemeente (beleid, contractering, uitvoering, monitoring) en zorgorganisatie (beleid, financiën, zorgmedewerkers). Dit draagt bij aan het maken van haalbare afspraken, nakomen van gemaakte afspraken en het versterkt het onderlinge vertrouwen.
 - Laat vertegenwoordigers van de verschillende niveaus aansluiten bij elkaars overleg.
 - Zorg ervoor dat de juiste mensen deelnemen aan overleggen tussen gemeente en zorgaanbieders om realistische afspraken te maken, zodat er geen beloftes gedaan worden die in de praktijk niet waargemaakt kunnen worden.





GOOD PRACTICE

In de gemeente Peel en Maas zorgt vertrouwen tussen gemeente en zorgaanbieders ervoor dat uitgebreide controles en verantwoordingen overbodig zijn. “We hebben bijna alle administratie, productcodes, toegangs-bureaucratie en controles overbodig verklaard.”, zegt Han Goes, kartrekker van pilot Hendig in de jeugdzorg. “Ik ga er niet vanuit dat mensen lopen te lanterfant. Die doen gewoon de goede dingen.”

Binnen de pilot is samen met zorg-professionals een simpel systeem opgezet rondom de jeugdzorg. Het uitgangspunt daarvan is: wat is er in de praktijk nodig? Er zijn geen beschikkingen meer, maar een matchgesprek tussen burger (en naasten), gezinscoach en beroepskrachten. Het aantal productcodes is teruggedacht van 300 naar 8. Het budget is inzichtelijk voor iedereen en wordt beheerd door één van de zorgaanbieders. “Elke euro kan immers maar één keer worden uitgegeven, dat wat naar zorgaanbieder A gaat kan niet naar zorgaanbieder B, dus iedereen mag hierover

meebeslissen,” zegt procesontwikkelaar Ron Genders.

Toch ervaren zorgaanbieders geen onderlinge concurrentie, omdat goede hulp en passende expertise voorop staat. Binnen Hendig staat het bouwen aan persoonlijke relaties centraal. Gemeente en zorgaanbieders bespreken regelmatig wat er goed gaat en wat er beter kan, zowel in de meedenkgroepen Financiën en Inhoud en de jaarlijkse Inkleurtag. Doordat gemeente en zorgaanbieders goed met elkaar in contact zijn, zijn uitgebreide administratieve verantwoordingen niet nodig. Ron zegt: “Wij doen niet aan contractmanagement, wij doen aan relatiemanagement.”

Zorgverleners zijn positief over de pilot. “We doen wat nodig is. Wat heeft degene met een hulpvraag nodig? Dat gaan we gewoon doen. Daarna kijken we hoe we dit binnen de kaders kunnen passen.” Ook ervaren ze weinig administratieve lasten. “Er is wel verslaglegging, maar alleen het noodzakelijke. Qua financiën is het veel minder werk, je weet

gewoon welke tarieven er zijn.” Een directeur van een zorgorganisatie voor autistische jongeren merkt op: “Een voordeel van Hendig is de intensievere samenwerking met gemeente en andere aanbieders. Je kent elkaar en weet elkaar te vinden.”

De pilot Hendig loopt momenteel voor de jeugdzorg en er wordt verkend of deze ook kan worden uitgebreid naar de Wmo-zorg.

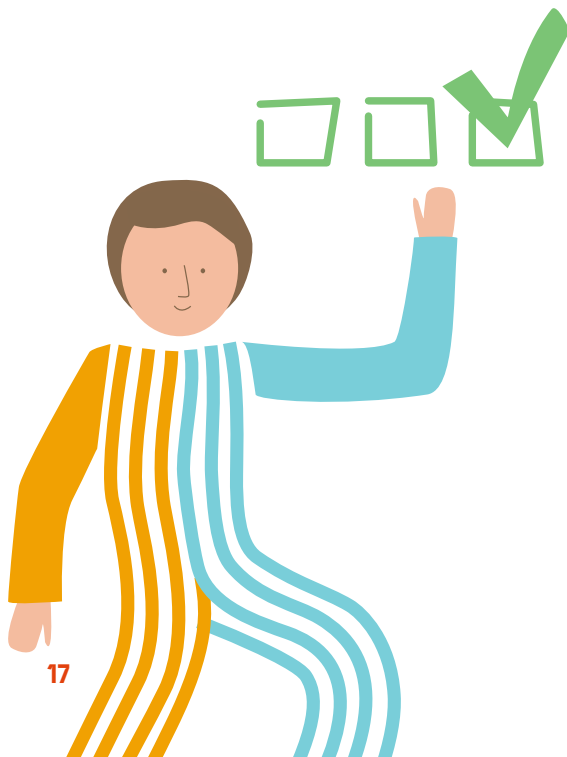
Meer informatie?

- Verwey-Jonker Instituut. 2021. Eigenwijs transformeren. <https://www.verwey-jonker.nl/publicatie/eigenwijs-transformeren/>
- <https://pointer.kro-ncrv.nl/limburgse-gemeente-peel-en-maas-pioniert-in-jeugdzorg>
- <https://vng.nl/praktijkvoorbeelden/tijdschrijven-verleden-tijd-pilot-hendig-peel-en-maas>



Check je aannames

Ongemerkt kunnen aannames over de andere partij invloed hebben op het vertrouwen, zowel bij het aangaan als het hebben van een partnerschap. Wanneer één van of beide partijen vervolgens uitgaat van wantrouwen, kan er een negatieve spiraal ontstaan van controlemaatregelen, straffen, en nog meer wantrouwen. Dit zal het vertrouwen en de relatie tussen beide partijen nog verder ondermijnen. Bewustwording van (on)bewuste aannames zal helpen de invloed van deze aannames te beperken.



Om je bewust te worden van je eigen grondhouding en aannames ten opzichte van de andere partij, kun je jezelf de volgende vragen stellen:

- Welke verwachtingen heb ik bij de intenties van de andere partij?
- In hoeverre mag ik binnen mijn eigen organisatie uitgaan van vertrouwen?
- Welk gedrag heeft de partij tot nu toe laten zien wat invloed heeft op mijn vertrouwen?
- Hoeveel openheid geeft de andere partij?
- Hoeveel openheid geef ik zelf?
- Worden afspraken nagekomen, door onszelf en door de ander?

Voorkom de risico- regelreflex

Val niet in de risicoregelreflex als er iets misgaat. De risicoregelreflex is de neiging om na een incident of bij een zichtbaar risico meteen nieuwe regels en verantwoordingen op te stellen. Angst voor incidenten en klachten kan ervoor zorgen dat een gemeente nog meer gaat aansturen op richtlijnen, protocollen en verantwoordingen. Hoewel het doel goede zorg is, kunnen deze regels, protocollen en verantwoordingen het leveren van goede zorg juist belemmeren wanneer dit zorgt voor minder professionele autonomie bij de zorgverleners.



Tips om wijs om te gaan met risico's

- Stel je bescheiden op bij een incident en wacht het onderzoek af. (Zie ook 'Constructief toezicht' op pagina 83 voor tips om vanuit vertrouwen met incidenten om te gaan).
- Wees je bewust dat verschillende aspecten van kwaliteit (bijvoorbeeld veiligheid en cliëntgerichtheid) niet altijd in balans zijn. Meer aandacht voor het ene aspect kan risico's voor het andere aspect met zich meebrengen.

Bewaak de motivatie van zorgverleners

De motivatie van zorgverleners is belangrijk voor kwalitatief goede zorg. Het Integraal Zorgakkoord⁷, het akkoord tussen verschillende zorgpartijen, beroepsverenigingen en patiëntvertegenwoordigers, beschrijft:

“In de zorg is de werkdruk hoog en de uitval groot. Ook ervaren sommige zorgprofessionals een gebrek aan vertrouwen, gebrek aan waardering, is er te veel regeldruk en administratieve rompslomp, te weinig autonomie bij de invulling van het dagelijkse werk en in sommige gevallen zelfs een onveilige werkomgeving. Dat drukt op het werkplezier en leidt tot een vicieuze cirkel van meer ziekteverzuim (veel hoger dan in andere sectoren) en meer mensen die de zorg verlaten, waardoor de arbeidsmarkt krapte en de werkdruk nog verder toenemen.”

Het Integraal Zorgakkoord benadrukt het belang van werkplezier voor zorgverleners. Oftewel: Voor toekomstbestendige zorg zijn gemotiveerde zorgverleners nodig. Hoewel zorgverleners vaak een zeer hoge intrinsieke motivatie hebben, kunnen werkomstandigheden deze motivatie ondermijnen.⁸ Gemeenten en andere kaderstellende

partijen spelen een rol in het behoud van deze motivatie. Het begint met het begrijpen van werkmotivatie van zorgverleners en het creëren van kaders die de werkmotivatie van zorgverleners ondersteunen en versterken.



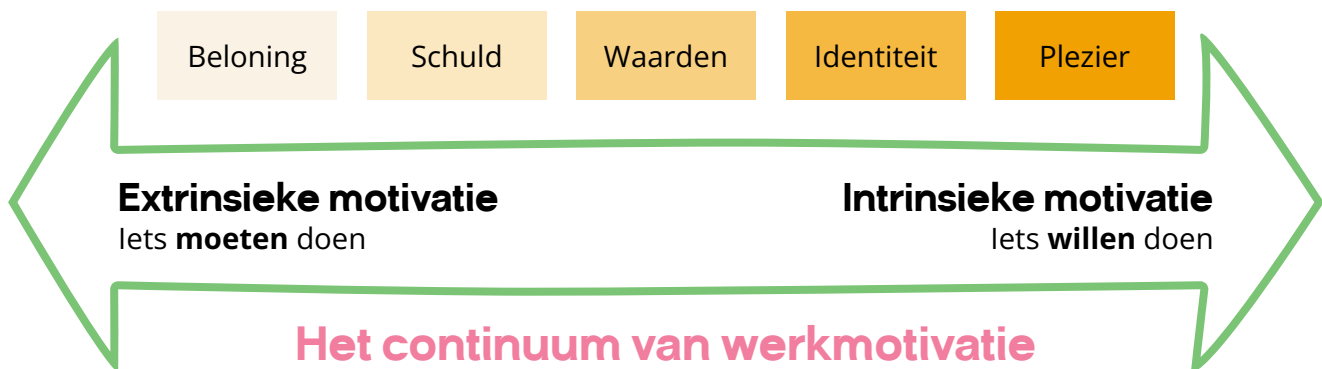
Wat is motivatie en hoe komt dit tot stand?

Er zijn verschillende typen motivatie. Vaak wordt het verschil gemaakt tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie (zie het figuur hieronder).

Intrinsieke motivatie komt van binnenuit: iemand doet zijn best omdat hij het werk leuk vindt, belangrijk vindt of het als deel van zijn identiteit ziet. Intrinsieke motivatie wordt geassocieerd met een betere relatie tussen hulpverlener en cliënt en zorgt ervoor dat zorgverleners gemotiveerd blijven om kwaliteitsverbeteringen op te pakken. Ze

hebben minder kans op burn-out en verzuim en zijn minder geneigd de zorg te verlaten.

Extrinsieke motivatie komt van externe beloningen, zoals geld, status, macht of het voorkomen van negatieve gevoelens zoals schuld. Dit kan nuttig zijn voor het behalen van korte termijn doelen, zoals het naleven van regels. Echter, zodra de beloning verdwijnt, verdwijnt ook de motivatie. Extrinsieke motivatie is ook geassocieerd met een hogere kans op burn-out en meer negatieve emoties op het werk.⁹ Voor een toekomstbestendige zorg is het daarom essentieel dat zorgverleners intrinsiek gemotiveerd zijn.



Intrinsieke motivatie bloeit wanneer medewerkers drie psychologische basis-behoeften ervaren: autonomie, verbondenheid en competentie.¹⁰

- **Autonomie:** de behoefte om vrij te handelen zonder druk. Dit wordt bevorderd door invloed te hebben op hoe en wanneer taken worden uitgevoerd en mee te kunnen beslissen over zaken die het werk aangaan. Hoge werkdruk, tegenstrijdige verwachtingen en onnodige administratieve lasten kunnen de ervaren autonomie ondermijnen.
- **Verbondenheid:** de behoefte aan fijne relaties op het werk. Dit wordt ondersteund door prettig contact met collega's, externe partijen en cliënten, en door waardering te ontvangen. Werken aan gedeelde doelen met zorgverleners en gemeentemedewerkers versterkt verbondenheid. Conflicten op de werkvloer en het gevoel dat zaken niet eerlijk verlopen verminderen dit gevoel.
- **Competentie:** de behoefte om bekwaam te zijn in je werk. Dit betekent werken aan haalbare doelen en succesvol uitdagingen aangaan. Dit wordt bevorderd door betekenisvolle feedback, uitdagende en afwisselende taken en leer- en ontwikkelmogelijkheden. Samen reflecteren op behaalde doelen en prestaties en een open leergerichte cultuur ondersteunen dit. Repetitieve taken en het ontbreken van feedback ondermijnen het gevoel van competentie.



Tips om de motivatie van zorgmedewerkers te behouden en te vergroten

Voor gemeenten en zorgbestuurders



- Betrek zorgverleners bij het opstellen van de kaders. Door zorgverleners inspraak te geven, kunnen zij werken aan doelen die zij belangrijk vinden. Dit verhoogt het gevoel van autonomie en verbondenheid, en daarmee ook hun motivatie.
- Stel samen een visie op voor de Wmo binnen jouw gemeente.
 - Stel samen de eisen op.
 - Bepaal samen welke informatie nodig is.
 - Bepaal samen wat er met de opgevraagde informatie gebeurt (zie pagina 69).
 - Stel samen de doelen voor de zorg van de cliënt op.
 - Stel samen verbeterdoelen op.
- Formuleer heldere kaders. Zorg voor duidelijke kaders waarbinnen zorgverleners ruimte hebben om naar professioneel inzicht te handelen. Dit kan betekenen dat zij zorg op- of afschalen zonder administratieve handelingen of externe goedkeuring.
- Beperk administratieve lasten (zie pagina 26 'Beperk regeldruk'). Minder papierwerk en meer tijd voor de client verhoogt de autonomie en betrokkenheid van zorgverleners.
- Geef feedback op prestaties. Terugkoppeling naar aanleiding van monitorings- en verantwoordingsinformatie verhoogt het gevoel van competentie en de motivatie van zorgverleners (zie 'Gebruik van monitorings- en verantwoordingsinformatie op pagina 74).

Ga wijs om met organisatiebelangen

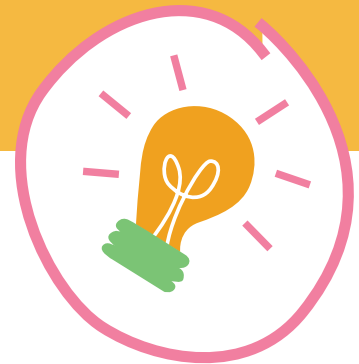
In een partnerschap tussen gemeente en zorgaanbieders kunnen de belangen van de organisaties botsen met die van het partnerschap. Denk bijvoorbeeld aan:

- Gemeenten moeten bezuinigen op de kosten van de Wmo om de zorg op de lange termijn betaalbaar te houden. Deze bezuinigingen kunnen voor druk zorgen op de interne budgetten en continuïteit van de zorgaanbieder.
- Richtlijnen, protocollen en verantwoordingen zijn middelen om te sturen op de kwaliteit van de zorg, maar beperken de professionele autonomie van zorgverleners. Zorgaanbieders hebben een bepaalde mate van professionele autonomie nodig om goede zorg te kunnen bieden.
- Binnen een partnerschap zijn zorgaanbieders niet alleen collega's, maar ook concurrenten.
- Binnen een gemeente kunnen tegenstrijdige belangen spelen. Bijvoorbeeld: Wmo-medewerkers maakten zich zorgen over een grote zorgaanbieder in de gemeente en wilden het partnerschap herzien, terwijl het College van B&W juist met hen wilde samenwerken op het gebied van recreatieve voorzieningen. Opzeggen van het Wmo partnerschap zou deze laatste samenwerking onder druk kunnen zetten.
- Regionale samenwerking tussen gemeenten, voor bijvoorbeeld samen zorg inkopen of toezicht houden, kan leiden tot tegenstrijdige belangen en visies voor de uitvoering van de Wmo door tegengestelde politieke voorkeuren.



Tips om wijs om te gaan met organisatiebelangen

- Communiceer open over de belangen van de organisatie. Dit kan alleen in een veilige cultuur waarin zorgen, belangen en visies vrij gedeeld kunnen worden. Vertrouwen is hierbij essentieel.
- Houd het gezamenlijke doel in gedachten bij tegenstrijdige belangen. Gemeenten en zorgaanbieders moeten bereid zijn compromissen te sluiten.
- Benadruk de expertise van aanbieders in plaats van de organisatie waar zij voor werken. Lees in de 'Good practice' op de volgende pagina hoe Veendam dit heeft aangepakt.
- Denk goed na over de risico's en voordelen van handelen naar eigenbelang versus gedeeld belang.



GOOD PRACTICE

In de gemeente Veendam wordt de ambulante jeugdzorg uitgevoerd door zes jeugdzorgaanbieders, verenigd in het samenwerkingsverband het Jeugd Expertise Punt (JEP). JEP zorgt ervoor dat jeugdigen en hun opvoeders laagdrempelig hulp krijgen zonder indicaties of beschikkingen. De jeugdzorgaanbieders bepalen samen met de hulpvragers wat passend is.

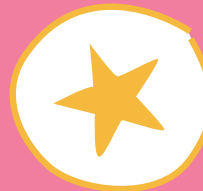
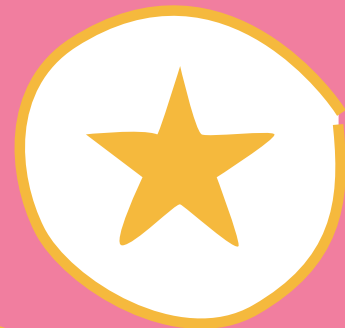
Maarten Wetterauw, bestuurder bij Molen-drift GGZ en deelnemer van JEP, vertelt: "Het draait vooral om hoe we het werk zo kunnen organiseren dat jeugdzorgprofessionals alle ruimte krijgen. Dat is tegenwoordig niet zo gebruikelijk meer, met alle regels en schotten in de zorg. Als je je samen daaraan irriteert, dan kun je het hebben over verschil maken en welke stappen kun je daarin zetten? Zodat je op een leuke manier kunt ontwikkelen en niet vastloopt." Hij voegt toe: "We streven naar betere kwaliteit van zorg, direct goed ingestoken hulp, meer op maat, korter, leuker en goedkoper! We doen dat ook vooral door kennis van achter naar voren te halen."

In de samenwerking is geen concurrentie, omdat iedere aanbieder zijn eigen expertise

inbrengt. De aanbieders hebben een jaar de tijd genomen om elkaar en elkaars expertise te leren kennen en samen te bepalen hoe ze de ambulante jeugdzorg willen inrichten.

Lees meer op:

<https://www.hanze.nl/nl/onderzoeken/centers/marian-van-os-centre-of-expertise-ondernemen/verhalen/bureaucrazy-naar-carehappy-tweedaagse>

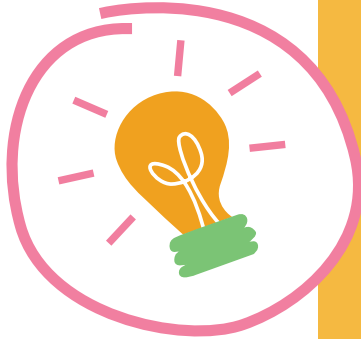


Beperk regeldruk

Regeldruk in de zorg is een hardnekkig probleem. Ondanks vele initiatieven blijft de ervaren regeldruk onder zorgverleners hoog. Regeldruk betekent dat zorgverleners last hebben van nutteloze en belastende regels en administratieve lasten, waaronder documentatie- en rapportageverplichtingen vanuit de organisatie, (lokale) overheid of toezichthouder.¹¹ Zorgverleners besteden ongeveer 25% van hun werktijd aan administratie, zoals registraties en rapportages.¹² Deze lasten komen voornamelijk door regelgeving, zoals de gevraagde documentatie tijdens de offerteprocedure en (uren)verantwoordingen in de zorgpraktijk. Zorgaanbieders hebben daarnaast vaak te maken met financiering vanuit verschillende zorgwetten of gemeenten, wat leidt tot veel verschillende regels en registraties. Hoewel deze verschillende kaderstellende partijen vaak naar soortgelijke aspecten van de zorg kijken, is er in de praktijk weinig overlap tussen de exacte regels en registraties vanuit deze partijen, wat leidt tot veel regels en registraties. Een overmatig aantal registraties kan leiden tot een afrekencultuur, waardoor de focus verschuift naar meetbare prestaties. Wanneer registraties worden gebruikt om te

belonen of te straffen, bijvoorbeeld om financiering voort te zetten, biedt dit een prikkel voor zorginstellingen om meer tijd en aandacht te besteden aan de meetbare aspecten van zorg. Dit gaat vaak ten koste van de niet of lastig meetbare aspecten van zorg, zoals de relatie tussen hulpverlener en cliënt.

Er zijn meerdere initiatieven gestart om de regeldruk voor zorgaanbieders te verminderen, waarvan vele zijn ondergebracht in de beweging '[Ont]regel de Zorg' vanuit het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).¹³ Veel van de adviezen richten zich op wat zorgverleners zelf kunnen doen om hun administratieve lasten te verlagen. Hoewel er intern vaak veel te verbeteren valt, geeft 60% van de zorgverleners aan dat externe regels een obstakel vormen voor het verminderen van regeldruk.¹¹ Daarom is het belangrijk dat ook kaderstellende partijen hun verantwoordelijkheid nemen en samenwerken met zorgaanbieders om de regeldruk en administratieve lasten te verminderen.



Tips om de regeldruk te beperken

- Maak “We werken administratief luv” een leidend principe voor de samenwerking. Wanneer dit expliciet met elkaar wordt afgesproken geeft dit houvast om elkaar aan te spreken op regeldruk en helpt de administratieve lasten te beperken. (zie Good practice, pagina 33)
- Voed het onderlinge vertrouwen door transparantie. Leg uit waarom bepaalde beslissingen worden genomen en hoe de verzamelde monitorings- en verantwoordingsinformatie wordt gebruikt.
- Zorg dat gemeente en zorgaanbieders samen regels en monitorings- en verantwoordingsinformatie opstellen. Dit zorgt ervoor dat ze goed aansluiten op het zorgproces. Betrek ook cliënten om te weten wat voor hen belangrijk is in de zorg die zij ontvangen.

- Voorkom de risicoregelreflex (zie pagina 18).
- Denk vroegtijdig na over zinvolle monitoring en verantwoording van zorg. Bij voorkeur gebeurt dit al in de beleidsfase of bij het stellen van de eisen. (Zie hoofdstuk 'Monitoring en verantwoording, vanaf pagina 68)
- Vermijd onnodige regels, eisen en registraties. Vraag tijdens de offerteprocedure niet naar informatie die niet gebruikt wordt. Vermijd het opvragen van irrelevante zaken, onbetrouwbare of ineffectieve registraties. (Zie hoofdstuk 'Werkbare eisen en afspraken opstellen, vanaf pagina 60)
- Werk slim samen met (andere) kaderstellende partijen. Stem regels en verantwoordingen zoveel mogelijk af met

andere partijen, zoals andere gemeenten of het zorgkantoor. Zorgaanbieders kunnen aangeven met welke regels en registraties zij al te maken hebben.

- Zet in op langdurige samenwerkingen en contracten. Voorkom kortdurende contracten en herhaalde inkooptrajecten met bijbehorende controle- en monitoringswerkzaamheden. Verken of het mogelijk is om een clause in het contract in te bouwen die verlenging zonder nieuw inkooptraject mogelijk maakt.

Verder kijken?

Bekijk deze video van de onderzoekers van de Hanzehogeschool over 5 oorzaken en oplossingen voor regeldruk in de zorg: https://www.youtube.com/watch?v=SaMK3_DLNP

Het inkoopproces

De begrippen inkopen en aanbesteden worden vaak door elkaar gebruikt, maar ze betekenen niet hetzelfde. Aanbesteden is een manier van inkopen door de overheid volgens de regels van het aanbestedingsrecht. Naast aanbesteden zijn er andere inkoopmethoden, zie pagina 38: 'Inkoopmethoden'.

Vóór de inkoop

Visie en beleid

Een duidelijke visie en beleid op Wmo-zorg is een belangrijke basis voor de inkoop van zorg door gemeenten. Wat is de visie van de gemeente op maatschappelijke ondersteuning? Hoe wil je daar voor je inwoners invulling aan geven? Welke doelen stel je? De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) verplicht gemeenten om beleid op te stellen, maar biedt ook veel ruimte voor eigen invulling (zie Juridisch kader 1).

Een heldere visie op Wmo-zorg helpt richting geven aan het beleid en de invulling van inkoopdocumenten. Om passend, duurzaam en uitvoerbaar beleid te ontwikkelen is samen-

werking met zorgaanbieders belangrijk. Samen een visie en gedeelde doelen voor de zorg opstellen draagt bij aan vertrouwen. Dit zorgt ervoor dat de zorg uitvoerbaar is voor zorgaanbieders en hun motivatie ondersteunt.



Juridisch kader 1

De verplichting voor gemeenten om hun inwoners maatschappelijk te ondersteunen is vastgelegd in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

Artikel 2.1.1. bepaalt dat gemeenten zorg moeten dragen voor de maatschappelijke ondersteuning (lid 1) én verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en continuïteit van de ondersteuning (lid 2). Gemeenten moeten periodiek een beleidsplan opstellen (artikel 2.1.2). De regels die nodig zijn om het beleidsplan uit te voeren moeten zij vastleggen in een Verordening (artikel 2.1.3).

De wet geeft in hoofdstuk 2 nadere aanwijzingen voor wat er in het beleid en de verordening moet worden opgenomen maar niet precies hoe gemeenten daar invulling aan moet geven. De wet laat gemeenten veel ruimte maar geeft wel een aantal minimale eisen. Zo moeten gemeenten zorgdragen voor een goede kwaliteit van de zorg en daarvoor zijn aanwijzingen opgenomen in hoofdstuk 3 van de wet. Artikel 3.1 geeft een aantal minimale kwaliteitseisen waar een voorziening aan moet voldoen (zie 'Werkbare eisen en afspraken opstellen, pagina 60). Verdere aanwijzingen in hoofdstuk 3 waar aanbieders in het kader van kwaliteit

aan moeten voldoen zijn onder andere het beschikken over een regeling voor klachten, medezeggenschap en incidenten.

Naast kwaliteit zijn gemeenten verantwoordelijk voor de continuïteit van voorzieningen. Artikel 2.6.5 lid 1 bepaalt dat een aanbieder in geval van gunning met eerdere of volgende aanbieder(s) moet overleggen over overname van personeel. Lid 2 bepaalt dat gemeenten bij maatwerkvoorzieningen er rekening mee moeten houden dat aanbieders kunnen zorgen voor continuïteit in de relatie tussen inwoner en zorgverlener.

Verder moeten gemeenten volgens artikel 2.6.6 lid 1 zorgen voor een goede verhouding tussen de prijs voor een voorziening en de eisen die ze stellen aan kwaliteit en continuïteit van de voorziening. Bij Algemene maatregel van bestuur reële prijs Wmo 2015 is nader bepaald welke kostprijs-elementen gemeenten mee moeten nemen bij de prijsbepaling van voorzieningen (zie pagina 63).





Tips om samen beleid op te stellen

Voor gemeenten en zorgaanbieders

- Ga als gemeente zo vroeg mogelijk in gesprek met zorgaanbieders over de beleids- en visieontwikkeling.
- Ontwikkel samen de visie en doelen voor zorg.
- Houd rekening met de leidende principes: werken vanuit vertrouwen, motiverend werken, omgaan met organisatiebelangen en zo min mogelijk administratieve lasten (zie 'Algemene principes voor een goede samenwerking en gedragen control', vanaf pagina 10).
- Formuleer gezamenlijke uitgangspunten op basis van deze principes. Gebruik deze als leidraad bij het opstellen en uitvoeren van het beleid. Houd als gemeente en zorgaanbieders deze uitgangspunten in het oog en spreek elkaar erop aan bij afwijkingen. Zie de 'Good practice' van Gemeente Utrecht die daar goede ervaringen mee heeft.
- Betrek ook stakeholders uit andere domeinen die de zorg raken (zoals huisvesting of schuldhulpverleners) om te komen tot een integrale visie.

GOOD PRACTICE

In de gemeente Utrecht hebben de gemeente, maatschappelijke organisaties, ondernemers en bewoners samen publieke waarden opgesteld. Deze waarden vormen de basis voor de uitvoering van de Wmo. Eén van de gezamenlijke uitgangspunten is dat er ruimte is voor zorgprofessionals, ondersteund door het beperken van de administratieve lasten. Omdat de uitgangspunten samen zijn opgesteld, kan en durft men elkaar aan te spreken wanneer acties of beslissingen hiermee botsen. Bijvoorbeeld

wanneer extra informatievragen leiden tot administratieve lasten bij professionals. “In plaats van te focussen op wat we willen meten, verschoof de aandacht naar wat we willen bereiken”.

Meer lezen?

<https://zorgprofessionals.utrecht.nl/fileadmin/uploads/documenten/zz-zorgprofessionals/2020-11-magazine-de-utrechtse-aanpak-in-het-sociaal-domein.pdf>



Verder lezen?

Samenwerking tussen beleidsmedewerkers en professionals in het sociaal domein wordt steeds belangrijker. Het programma ‘Integraal werken in de wijk’ richt zich op het ontwikkelen van kennis en expertise over integraal werken. Het programma is een samenwerking van Movisie, het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Nederlands Jeugdinstituut, Vilans en de Werkplaatsen Sociaal Domein. Kijk op www.movisie.nl/integraal-werken-wijk.

Marktverkenning

Het is raadzaam om voorafgaand aan de inkoop van Wmo-zorg een marktverkenning te doen. Het geeft inzicht in het potentiële zorgaanbod in de regio en legt de basis voor de relatie met zorgaanbieders. Hoewel er geen wettelijke regels zijn voor een marktverkenning, moeten de algemene beginselen van het aanbesteden gerespecteerd: non-discriminatie en gelijke behandeling, transparantie en proportionaliteit (zie voor de definitie van deze begrippen Juridisch kader 2, pagina 42). De informatie die een gemeente tijdens de marktverkenning met partijen deelt, moet uiteindelijk openbaar worden gemaakt in de vooraankondiging of in de uiteindelijke aanbesteding van de gemeente, zodat alle partijen dezelfde informatie hebben.

Een marktverkenning helpt een gemeente om de markt in kaart te brengen: welke zorgaanbieders er zijn, wat hun aanbod is en welke ontwikkelingen er zijn. Deze informatie helpt gemeenten bij het bepalen van hun visie en doelen voor de zorg. Ook is de informatie uit de marktverkenning nodig om inkoopopdrachten op te stellen die zorgaanbieders goed kunnen uitvoeren. Zorgaanbieders kunnen en willen graag input vanuit hun praktijk, omdat ze gezien willen worden als professionele en gelijkwaardige partners van gemeenten. Het is

cruciaal voor gemeenten om te laten zien dat ze iets doen met de input. Bijvoorbeeld door de input te gebruiken bij het opstellen van bestekken en contracten, of terugkoppeling te geven als dit niet mogelijk is. Dit zorgt ervoor dat zorgaanbieders zich betrokken voelen en dat draagt bij aan de motivatie van zorgverleners.

Een marktverkenning helpt ook om elkaar te leren kennen, wat bijdraagt aan een goede relatie tussen gemeenten en zorgaanbieders. Immers, onbekend maakt onbemind. Als gemeenten en zorgaanbieders elkaar kennen, versterkt dit het onderlinge vertrouwen. Als je weet wat een zorgaanbieder doet en welke zorg hij biedt, kan dit na gunning leiden tot minder informatieaanvragen omdat je vertrouwt op de expertise van de zorgaanbieder. Dit helpt om administratieve lasten te verminderen.

Een gemeente kan zelf kiezen met welke aanbieder(s) ze in gesprek wil en hoe. Dit kan in groepsbijeenkomsten of individuele gesprekken. De keuze hangt af van wat de gemeente wil bereiken. Als de gemeente wil dat zorgaanbieders samenwerken en elkaar niet als concurrent zien, is een groepsbijeenkomst een goede optie. Het is

ook belangrijk om te letten op wie er aan tafel zitten. In de praktijk ziet men bijvoorbeeld dat tijdens een marktverkenning zorgbestuurders aan tafel zitten die toezeggingen doen die in de praktijk niet haalbaar zijn. Het

is voor gemeenten belangrijk om de juiste mensen uit te nodigen en/of aan de zorgaanbieders om de juiste vertegenwoordigers te sturen.

Tips voor deelname aan een marktverkenning

Voor zorgaanbieders

- Ga in gesprek en denk mee met de gemeente. Je hebt meer invloed als je vanaf het begin meedenkt.
- Kies zorgvuldig wie uit de organisatie deelneemt aan de marktverkenning. Zorg dat toezeggingen daadwerkelijk haalbaar zijn.
- Denk actief mee over het maatschappelijk vraagstuk van de gemeente en probeer hierbij de eigen organisatiebelangen los te laten (zie 'Ga wijs om met organisatiebelangen' op pagina 23).



Tips voor het uitvoeren van een marktverkenning

Voor gemeenten

- Houd altijd rekening met de algemene beginselen van het aanbesteden.
- Bepaal samen met de zorgaanbieders het gezamenlijke doel van de marktverkenning en blijf dit benadrukken. Zo kunnen gemeente en zorgaanbieders hun eigen organisatiebelangen en eventuele ervaren concurrentie in perspectief te plaatsen.
- Gebruik de input van zorgaanbieders zoveel mogelijk. Als dat niet lukt, geef dan duidelijk aan waarom dit niet mogelijk is.
- Kies een vorm die past bij het doel dat je wilt bereiken. Groepsbijeenkomsten kunnen bijvoorbeeld de samenwerking tussen zorgaanbieders verbeteren.
- Zorg dat de juiste personen van de zorgaanbieders aan tafel zitten. Voorkom bijvoorbeeld dat zorgbestuurders toezeggingen doen die voor de zorgverleners in praktijk niet haalbaar zijn.



Verder lezen?

<https://www.pianoo.nl/nl/stappenplan-marktverkenning#:~:text=Een%20marktverkenning%20voert%20u%20uit,moet%20deze%20nog%20ontwikkeld%20worden%3F>

Vervolg na marktverkenning

Om vertrouwen te behouden, moet de input van zorgaanbieders in het hele inkooptraject worden meegenomen. Dit geldt voor het opstellen van het bestek, de uitvoering, monitoring en verantwoording. Zorgaanbieders ervaren het als zeer frustrerend wanneer zij tijd maken om deel te nemen aan bijeenkomsten en zij daarna niets terugzien van hun input in de aanbesteding en uitvoering daarvan. Niets doen met de input

en geen terugkoppeling geven over waarom input niet is meegenomen, vermindert het vertrouwen van de zorgaanbieders en dat brengt schade toe aan het partnerschap. Zorg daarom dat de input van zorgaanbieders bekend is bij alle betrokkenen binnen de gemeente (zie 'Deel informatie met alle betrokkenen gedurende het proces', pagina 13). Iedereen moet ervoor zorgen dat deze input wordt meegenomen in hun deel van het traject.

Tips voor het geven van een vervolg aan marktverkenning

Voor gemeenten

- Zorg dat de input van zorgaanbieders tijdens de marktverkenning wordt meegenomen door alle betrokken medewerkers, zoals beleidsmedewerkers, inkopers, Wmo-consulenten en contractmanagers.
- Geef terugkoppeling aan zorgaanbieders over welke input wel of niet wordt meegenomen.



Inkoopmethoden

De verschillende inkoopmethoden (in willekeurige volgorde) op een rij:

Zorg laten aanbieden door een externe partij:

1. Aanbesteden
 - Sociale en andere specifieke diensten (SAS)
2. Open house
3. Subsiëren

Zorg zelf uitvoeren:

4. (Quasi-)inbesteden

In 2023 kochten gemeenten het merendeel van de opdrachten in via een aanbesteding (65%) of open house (30%). 5% van de opdrachten verliep via subsidies en inbesteden kwam vrijwel niet voor.¹⁴ Subsidies en inbesteden worden daarom niet verder behandeld in deze handreiking.

Keuze en inrichting inkoopprocedure

Elke inkoopmethode heeft zijn eigen kenmerken en voor- en nadelen. Wat de beste procedure is voor een zorgvoorziening hangt af van verschillende factoren. Het uitgangspunt is welke zorg (wat) en op welke manier (hoe) de gemeente deze zorg aan de inwoners wil bieden. Dit staat meestal in het gemeentelijke beleid, dat een belangrijke basis vormt voor de keuze van het inkoopproces. Het is belangrijk zorgaanbieders al in de beleidsfase te betrekken (zie 'Visie en beleid', pagina 30). Andere factoren zijn het beschikbare budget, het aantal inwoners, het type doelgroepen in de gemeente en het beschikbare zorgaanbod in de regio. Ook moet rekening worden gehouden met de eisen van de Wmo 2015 voor kwaliteit, continuïteit en prijs van de zorg.

Als de inkoopvraag duidelijk is, kan de gemeente een inkoopmethode kiezen. In de volgende paragrafen bespreken we de twee meest voorkomende vormen: aanbesteden en open house.

Heb als gemeente duidelijkheid over de volgende vragen om de best passende inkoopprocedure te kiezen:

- Welke zorg wil de gemeente kopen?
- Gaat het om een algemene voorziening of om maatwerk?
- Betreft het één voorziening of een cluster van voorzieningen?
- Koopt de gemeente zelfstandig in of samen met meerdere gemeenten?
- Wat is het zorgaanbod in de regio? Zijn er veel of weinig aanbieders?
- Wil de gemeente een exclusieve relatie

met één of enkele zorgaanbieders of ruimte voor keuzevrijheid voor de inwoner?

- Voor welke termijn wil de gemeente de relatie aangaan?
- Welke invloed wil de gemeente op de uitvoering van de zorg?
- Hoeveel budget, tijd en menskracht heeft de gemeente beschikbaar voor de inkoopprocedure? Is de procedure werkbaar voor zorgaanbieders, kunnen bijvoorbeeld kleine zorgaanbieders meedingen?

Verder lezen?

- Voor meer informatie over het verschil tussen een overheidsopdracht (aanbesteden) en subsidiëren zie de website van het Expertisecentrum Aanbesteden, PIANOo: <https://www.pianoo.nl/nl/visie-subsidie-overheidsopdracht>
PIANOo biedt ook een handreiking voor quasi-inbesteden: <https://www.pianoo.nl/sites/default/files/media/documents/2023-02/handreiking-quasi-inbesteden-in-het-sociaal-domein-oktober2020.pdf>
- Een afwegingskader voor de keuze tussen aanbesteden, Open House of subsidiëren biedt PIANOo in de handreiking: <https://www.pianoo.nl/sites/default/files/documents/documents/handreiking-aanbesteden-wmo2015-jeugdwet-tg-januari2018.pdf>

Tips bij de keuze en inrichting van de inkoopmethode

Voor gemeenten



- Zorg dat het beleidskader zo concreet mogelijk is.
- Stem goed af tussen beleid en uitvoering binnen de gemeentelijke organisatie: is wat de beleidsmakers willen ook uitvoerbaar?
- Vraag zorgaanbieders om mee te denken over beleid voordat de keuze voor de inkoopmethode wordt gemaakt.
- Gebruik ervaringen en signalen van zorgaanbieders uit lopende contracten voor de inrichting van een nieuwe inkoopprocedure. Wees in contact met onderaannemers.
- Maak de procedure administratief eenvoudig om de werklast voor gemeenten en zorgaanbieders te verminderen (zie ook eisen en monitoring en verantwoording, pagina 68).
- Laat de inkoopadviseur meedenken over hoe de visie en het beleid van de gemeente binnen de geldende wet- en regelgeving kan worden uitgevoerd. De wet- en regelgeving biedt hiervoor ruimte!
- Als er een externe inkoopadviseur wordt ingehuurd, zorg ervoor dat deze bekend is met de visie en het beleid van de gemeente en dit meeneemt in zijn advisering over het inkooptraject.

Aanbesteden

Aanbesteden is een manier van inkopen door de overheid. Een overheidsorganisatie, zoals een gemeente, kan een opdracht niet zomaar aan een partij gunnen. Ze moet in een opdrachtoomschrijving bekendmaken wat de opdracht inhoudt, wat de voorwaarden zijn om de opdracht te mogen uitvoeren en hoe ze tot haar keuze komt voor een partij of partijen. In de Aanbestedingswet 2012 (Aw 2012) staan de regels waaraan de overheid zich moet houden. Deze staan beschreven in Juridisch kader 2. Als de opdracht boven een

bepaalde drempelwaarde komt, moet deze zelfs Europees worden aanbesteed. Dit geeft ook partijen uit andere lidstaten een eerlijke kans om mee te dingen. De Aw 2012 schrijft geen maximum contractduur voor, behalve bij raamovereenkomsten (zie 'Verschil Open House en raamovereenkomst', pagina 56). Na een aanbestedingsprocedure kunnen er langdurige contracten worden afgesloten, bijvoorbeeld van 8 of 12 jaar. Zolang het contract loopt is er geen nieuwe aanbestedingsprocedure nodig.





Juridisch kader 2

De Aw 2012 geeft regels voor het aanbesteden door overheden. In de Aw 2012 zijn de volgende beginselen vastgelegd waaraan de overheid zich moet houden:

- Non-discriminatie: aanbieders moeten ongeacht nationaliteit gelijke kansen hebben.
- Gelijkheid: aanbieders moeten gelijk behandeld worden.
- Transparantie: de overheid moet aanbieders duidelijke informatie geven.
- Proportionaliteit: de eisen die de overheid stelt moeten in verhouding staan tot de opdracht.

Het proportionaliteitsvereiste is nader uitgewerkt in de Gids Proportionaliteit. Naast de aanbestedingsbeginselen is een gemeente als bestuursorgaan gehouden aan de algemene beginselen van behoorlijk bestuur (abbb), zoals het zorgvuldigheidsbeginsel en het vertrouwensbeginsel.

Niet alle overheidsopdrachten vallen onder het aanbestedingsrecht. Bepalend is wie aanbesteedt, wat er wordt aanbesteed en wat de waarde van de opdracht is. Artikel 1.1 Aw 2012 geeft een definitie wie

aanbestedende diensten als bedoeld in de Aw 2012 zijn. Gemeenten vallen onder die definitie. Voor de vraag wat er wordt aanbesteed gaat het erom of sprake is van een overheidsopdracht. Artikel 1.1 Aw 2012 geeft een definitie voor overheidsopdrachten voor diensten. De kern daarvan is het verplichtende karakter, er moet sprake zijn van een verplichting om de opdracht uit te voeren. Tenslotte is de waarde van de opdracht van belang. Opdrachten boven bepaalde drempelwaarden moeten verplicht Europees worden aanbesteed. De Aw 2012 biedt verschillende mogelijke Europese aanbestedingsprocedures. Onder de drempel kan een nationale procedure worden gevolgd, ook daarvoor bestaan verschillende varianten. De Europese Commissie stelt elke twee jaar de drempelwaarden opnieuw vast.¹⁵ Er is een apart drempelbedrag en aanbestedingsprocedure voor sociale en andere specifieke diensten, zogeheten SAS-diensten zoals onder andere Wmo-zorg, gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (zie 'Verschillende aanbestedingsprocedures, pagina 48).¹⁶

Doe eerst een marktconsultatie

Het is aan te raden om als gemeente voor een aanbesteding een marktconsultatie te doen. Dit is anders dan een marktverkenning (zie 'Marktverkenning' pagina 34), die eerder plaatsvindt om een beeld te krijgen van de zorgmarkt en de ontwikkelingen daarin, zonder een concrete opdracht. Bij een marktconsultatie, als er een concrete opdracht is, dan kunnen gemeenten de conceptopdracht voorleggen aan potentiële zorgaanbieders. Deze mogelijkheid staat in artikel 2.25 Aw 2012. Met de kennis en informatie die ze van zorgaanbieders krijgen, kunnen gemeenten de opdracht zo specifiek mogelijk maken. De consultatie geeft ook belangrijke informatie over de uitvoerbaarheid van de opdracht, waardoor gemeenten het concept kunnen aanpassen. De marktconsultatie helpt gemeenten de opdracht zo specifiek en uitvoerbaar mogelijk in de markt zetten.

De Aw 2012 geeft geen voorschriften voor hoe een marktconsultatie moet worden uitgevoerd. Gemeenten kunnen dus zelf kiezen hoe ze de consultatie vormgeven. Ze kunnen kiezen voor een schriftelijke vragenronde of voor gesprekken met zorg-

aanbieders. Het is belangrijk om de keuze af te stemmen op de situatie en wat de gemeente wil bereiken. Bij een eenvoudige, 'routine'-opdracht kan een schriftelijke vragenronde volstaan. Voor grote, complexe opdrachten die nieuw zijn of innovatie vergen, past een mondelinge vragenronde beter. De gemeente kan dan kiezen tussen individuele gesprekken met zorgaanbieders of groepsbijeenkomsten.

Ongeacht de vorm van de marktconsultatie, moet de gemeente zich houden aan de beginselen van het aanbestedingsrecht. Informatie verkregen via een marktconsultatie moet openbaar worden gemaakt, zodat alle aanbieders over dezelfde informatie beschikken.



Tips voor deelname aan een marktconsultatie

Voor zorgaanbieders

- Maak gebruik van de kans. Deelname aan een marktconsultatie biedt de mogelijkheid om vragen te stellen over de opdracht en om je te laten zien als professionele partij die meedenkt.
- Laat bij deelname aan een bijeenkomst zien dat je een professionele partner bent door actief mee te denken en input te leveren.
- Wees open naar de gemeente over mogelijke knelpunten in de conceptopdracht. Wanneer je dat pas na gunning doet, draagt dat niet bij aan het vertrouwen van gemeenten in jou als professionele partij. Bovendien staat de Aw 2012 niet toe om na gunning nog voorwaarden te wijzigen.



Tips voor het uitvoeren van een marktconsultatie

Voor gemeenten

- Selectie van zorgaanbieders. Bepaal zorgvuldig welke zorgaanbieders je uitnodigt. Het is vaak niet haalbaar om alle aanbieders aan tafel te krijgen.
- Zorg voor representatie mix van de aanbieders uit de gemeente: grote en kleine partijen, met verschillende werkwijzen en visies op zorg.
- Creëer een open sfeer in groepsbijeenkomsten, zodat zorgaanbieders vrijuit kunnen spreken. Voorkom dat er een sfeer ontstaat waarin zorgaanbieders het achterste van hun tong niet laten zien omdat hun concurrenten ook aan tafel zitten.
- Laat zorgaanbieders zelf bepalen welke functionarissen deelnemen aan de (groeps)gesprekken. Dit zorgt voor deelname van personen met de juiste kennis voor het inhoudelijke gesprek. 'Eisen' dat de (zorg)directeur of manager aanschuift kan ervoor zorgen dat niet de juiste personen aan tafel zitten.
- Presenteer de concept-opdracht niet als 'zo gaan we het doen', maar bied ruimte om te reageren en neem de feedback die zorgaanbieders geven serieus.
- Bespreek met zorgaanbieders hoe administratieve lasten verminderd kunnen worden.

- Geef na de marktconsultatie terugkoppeling over wat je met de feedback van zorgaanbieders doet. Leg uit waarom bepaalde suggesties wel of niet zijn overgenomen. Door terugkoppeling te geven laat je zien zorgaanbieders te beschouwen als professionele en gelijkwaardige partner.
- Houd rekening met de tijdsinvestering. Zorg dat de bijeenkomsten waarde toevoegen door een goede voorbereiding en concrete, open vragen. De timing van de bijeenkomst is belangrijk, begin of einde van de dag is haalbaarder dan midden op de dag.

Verder lezen?

<https://www.pianoo.nl/nl/stappenplan-marktconsultatie>

Vervolg na de marktconsultatie

Na de marktverkenning is het belangrijk om de input van zorgaanbieders mee te nemen in het hele traject (zie 'Vervolg na marktverkenning', pagina 37), ook bij het opstellen van het bestek. Zorg ervoor dat de input van zorgaanbieders bekend is bij iedereen die betrokken is bij de inkoop en uitvoering van een zorgopdracht.



Tips voor het vervolg, na een marktconsultatie

Voor gemeenten

- Zorg ervoor dat de input die zorgaanbieders hebben geleverd wordt meegenomen in het gehele traject. Het is belangrijk dat deze input bekend is bij alle betrokkenen in het inkooptraject, zoals Wmo-consulenten, Wmo-beleidsmedewerkers, Wmo-inkopers en medewerkers die betrokken zijn bij contractmanagement.
- Als het niet mogelijk is om input mee te nemen, is het belangrijk dit terug te koppelen aan de zorgaanbieder.

Verskillende aanbestedingsprocedures

De waarde van de opdracht die een gemeente wil laten uitvoeren is bepalend of het nationale of het Europese aanbestedingsregime gevolgd moet worden. Bij een opdrachtwaarde onder de Europese drempel zijn er vier mogelijke nationale aanbestedingsprocedures:

- **enkelvoudig onderhands:** één zorg-aanbieder wordt uitgenodigd, waarmee eventueel onderhandeld wordt voor een contract. Dit gebeurt niet of nauwelijks in het sociaal domein.
- **meervoudig onderhands:** meerdere aanbidders worden uitgenodigd om een offerte uit te brengen. De opdracht wordt gegund aan de aanbieder die voldoet aan de vooraf bepaalde objectieve criteria en met de economisch meest voordelige inschrijving (emvi). In het sociaal domein wordt vaak met alle aanbidders die zich inschrijven een contract gesloten.
- **nationaal openbaar:** geschikt voor grotere opdrachten (maar wel onder de Europese drempel) waarbij de gemeente zoveel mogelijk partijen wil uitnodigen

om mee te dingen, om zo de beste prijs-kwaliteitverhouding te kunnen kiezen. De gemeente kan de opdracht aankondigen via bijvoorbeeld Tendered.

- **nationaal niet-openbaar:** hierbij vindt dan eerst een selectie plaats van partijen die een offerte mogen uitbrengen.

Als de waarde van de opdracht boven de Europese drempel ligt, zijn er volgens artikel 2.25 Aw 2012 e.v. verschillende Europese aanbestedingsprocedures mogelijk in het sociaal domein:

- **de openbare en niet-openbare procedure:** deze zijn altijd toepasbaar. Het verschil tussen beide is dat de openbare procedure één fase heeft, terwijl de niet-openbare procedure uit twee fasen bestaat. Bij de openbare procedure schrijven partijen direct in en vindt het proces van selectie en keuze in één fase plaats. Bij de niet-openbare vindt eerst een selectie van partijen plaats op basis van uitsluitingsgronden, geschiktheidseisen en selectiecriteria. Geselecteerde partijen worden vervolgens uitgenodigd om in te schrijven, waarna een keuze wordt gemaakt op basis van gunningscriteria.

- **de concurrentie-gerichte dialoog:** deze procedure wordt vooral gebruikt wanneer een gemeente met zorgaanbieders wil overleggen over hoe een opdracht vorm kan krijgen en uitgevoerd kan worden. Bijvoorbeeld: een gemeente wil een geheel nieuwe invulling geven aan jeugdzorg en verblijf. De procedure is een variant op de niet-openbare procedure, waarbij de gemeente ook eerst aanbieders selecteert, die ze vervolgens uitnodigt om deel te nemen aan de dialoog. In de Aw 2012 zijn spelregels vastgesteld voor deze dialoogvorm. Na de dialoog kan de gemeente één of meer aanbieders vragen om een inschrijving te doen. De gemeente maakt daarna een keuze voor de economisch meest voordelige inschrijving, op basis van de beste prijs-kwaliteit verhouding en aanvullende criteria van de gemeente.
- **De mededingingsprocedure met onderhandeling:** net als bij de concurrentie-gerichte dialoog maakt de gemeente eerst een selectie van aanbieders. Vervolgens nodigt de gemeente deze aanbieders uit om een eerste inschrijving te doen. Over de eerste inschrijving, en eventueel volgende inschrijvingen, onderhandelt de

gemeente met de aanbieder. Uiteindelijk kiest de gemeente voor de economisch meest voordelige inschrijving, op basis van de beste prijs-kwaliteit verhouding en aanvullende criteria van de gemeente. Deze procedure is passend wanneer de gemeente met aanbieders in gesprek wil.

- **De onderhandelingsprocedure zonder aankondiging:** deze procedure is alleen mogelijk wanneer:
 - er dwingende spoed is die de gemeente niet had voorzien;
 - er uit een (niet-)openbare procedure geen inschrijvingen zijn gekomen;
 - er maar één ondernemer is die de opdracht kan uitvoeren.¹⁷

SAS-procedure

De aanbestedingsprocedure voor sociale en andere specifieke diensten (SAS) omvat onder andere zorg en maatschappelijke ondersteuning. Deze procedure is eenvoudiger en biedt gemeenten veel ruimte in de invulling ervan. De SAS-procedure staat beschreven in Juridisch kader 3. De Aw 2012 schrijft minder verplichte stappen voor en sommige paragrafen zijn niet van toepassing op de SAS procedure. Zo hoeven er geen geschiktheids-

eisen, selectie- of gunningscriteria in een SAS-procedure te worden opgenomen.

Tot juli 2022 zat er in de Wmo een beperking aan de vrijheid om de SAS-procedure zelf in te richten. Waar de Aw 2012 toestond dat er niet gegund hoefde te worden op basis van de economisch meest voordelige inschrijving (emvi), verplichtte de Wmo 2015 dat juist. Dat

betekende dat gemeenten volgens de Wmo 2015 altijd offertes moesten opvragen. In juli 2022 is deze verplichting uit de Wmo 2015 geschrapt. Gemeenten kunnen nu ook bij de inkoop van Wmo-diensten kiezen voor een aanbestedingsprocedure zonder emvi. Om gemeenten daartoe te stimuleren is de 'Handreiking SAS zonder emvi' gepubliceerd.¹⁸

Juridisch kader 3

Artikel 2.38 Aw 2012 lid 1 bepaalt dat voor het inkopen van sociale en andere specifieke diensten voor een vereenvoudigde aanbestedingsprocedure gekozen kan worden. In bijlage IVX van Richtlijn 2014/24/EU zijn de diensten opgenomen die als sociale en andere specifieke diensten worden aangemerkt. Daaronder vallen onder andere zorg en maatschappelijke ondersteuning. Lid 2 van artikel 2.38 Aw 2012 verplicht zelfs tot de SAS-procedure voor 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening'. Een gemeente mag hier alleen gemotiveerd van afwijken.

De SAS-procedure kent minder voorgeschreven stappen dan een reguliere procedure. Artikel 2.39 Aw 2012 lid 1 beschrijft de stappen die bij een SAS-procedure doorlopen moeten worden, namelijk:



- Vooraankondiging of aankondiging.
- Toetsen of de inschrijver voldoet aan de gestelde technische specificaties, eisen en normen.
- Proces-verbaal van de opdrachtverlening.
- Overeenkomst sluiten.
- Aankondiging gegunde opdracht bekend maken.

Lid 2 van artikel 2.39 Aw 2012 bepaalt dat uitsluitend de daar opgesomde paragrafen uit de Aw 2012 van toepassing zijn op de SAS-

procedure. Dat betekent dat alleen de paragrafen van toepassing zijn die betrekking hebben op communicatie en inlichtingen, vooraankondiging, aankondiging, technische specificaties, verslaglegging en bekendmaking. Onder andere de paragrafen over geschiktheidseisen, selectiecriteria en gunningcriteria zijn niet van toepassing en die hoeven dus niet te worden opgenomen in de procedure. Wel gelden ook voor de SAS-procedure altijd de algemene beginselen van het aanbesteden (zie Juridisch kader 2).

Ook ligt de drempel om verplicht te moeten aanbesteden voor SAS-diensten hoger dan voor

‘reguliere’ aanbestedingen. Voor de SAS-procedure geldt de verplichting om aan te besteden voor opdrachten met een waarde boven de € 750.000,-*. Voor reguliere opdrachten is het drempelbedrag € 221.000,-* waarboven gemeenten verplicht zijn om aan te besteden. De gedachte is dat door de aard van de SAS-diensten er minder grensoverschrijdende belangstelling van partijen is om deze uit te voeren, omdat bijvoorbeeld taal en culturele verschillen het leveren van zorg in een ander land lastig maken.

** Dit is de geldende drempelwaarde voor 2024 - 2025. Eenmaal per twee jaar worden de bedragen opnieuw vastgesteld. Op de website van PIANOo staan de geldende bedragen vermeld.*

De SAS-procedure kent de volgende voor- en nadelen:

Voordelen

- Er is geen offerteprocedure nodig, omdat je geen gunningscriteria hoeft op te nemen. Dat bespaart tijd en papierwerk voor gemeenten en zorgaanbieders. De keerzijde is dat gunningscriteria juist gaan over hoe de aanbieder zorg en ondersteuning wil bieden. Geschiktheidseisen en selectiecriteria gaan over de

aanbieder zelf, bijvoorbeeld of die financieel gezond is, maar zeggen niets over de inhoud van de dienst.

- Weinig regels, dus vrijheid om de procedure in te richten.
- Het kan leiden tot minder administratieve last, omdat men ervoor kan kiezen bepaalde stappen uit de Aw 2012 niet toe te passen.

Nadelen

- Weinig regels betekent dat je de procedure zelf moet uitdenken. Reguliere procedures, zoals de openbare of niet-openbare aanbestedingsprocedure, hebben duidelijke regels. Je hoeft alleen maar na te denken over wat je wilt inkopen.
- Meer transactiekosten omdat je de procedure helemaal moet uitdenken.
- Geschiktheidseisen en selectiecriteria gaan over de zorgaanbieder zelf, bijvoorbeeld of die financieel gezond is, maar zeggen niets over hoe de zorg en ondersteuning wordt geboden.
- Door de SAS-procedure kunnen er meer verschillen ontstaan tussen gemeenten, wat meer werk oplevert voor de zorgaanbieder om uit te zoeken hoe procedures binnen verschillende gemeenten verlopen.
- Juridische risico's, vooral als je routes 3 en 4 kiest uit de SAS-handreiking van Inkoop Sociaal Domein. Na selectie wordt er dan onderhandeld over contractvoorwaarden. Daarbij moet rekening worden gehouden met de beginselen van gelijkheid en transparantie. Bij publicatie van de opdracht moeten contractvoorwaarden bekend zijn. Deze mogen achteraf niet wezenlijk gewijzigd worden, want zorgaanbieders moeten weten waar ze op inschrijven.

Verder lezen?

Op de site van PIANOo staan de verschillende aanbestedingsprocedures nader beschreven:

<https://www.pianoo.nl/nl/inkoopproces/aanbestedingsprocedures>

Tevens biedt PIANOo een handreiking bij de keuze en vormgeving van een aanbestedingsprocedure in het sociaal domein:

<https://www.pianoo.nl/sites/default/files/documents/documents/handreiking-aanbesteden-wmo2015-jeugdwet-tg-januari2018.pdf>

Hoofd- en onderaannemerschap

Gemeenten kiezen er soms voor om in plaats van veel zorgaanbieders, enkele hoofdaannemers te contracteren. Dit heeft **voordelen** voor zowel gemeenten als voor zorgaanbieders:

- Gemeenten hebben één of enkele aanspreekpunten en hoeven niet bij veel zorgaanbieders de kwaliteit te toetsen, omdat de hoofdaannemer samen met zijn onderaannemers een aanbod doet.
- Zorgaanbieders vinden het prettig dat ze elkaars taal spreken en dat er korte lijnen zijn.

Er zijn ook **nadelen**:

- Hoofdaannemers krijgen extra administratief werk omdat ze nu verantwoordelijk zijn voor het contractbeheer, wat voorheen bij de gemeente lag. De hoofdaannemer moet daarover verantwoording afleggen aan de gemeente, waarvoor hij informatie moet ophalen bij zijn onderaannemers. Dit kost geld en het verschuift de onderlinge verhoudingen tussen zorgaanbieders.

- Kleine zorgaanbieders kunnen de rol van hoofdaannemer vaak niet aan. Zij kunnen daarom niet inschrijven. De vraag is dan of zij door de hoofdaannemer worden ingezet, waardoor mogelijk kwalitatief goede zorgaanbieders uit beeld raken.
- Soms moeten zorgaanbieders met meerdere hoofdaannemers binnen één gemeente werken, met verschillende contactpersonen, regels, eisen, administratieve systemen en soms zelfs met verschillende codes.
- De grote omvang van hoofdaannemerschap trekt ook partijen aan die niet primair in de zorg actief zijn, zoals commerciële partijen met een sterke winstgerichtheid. Dit brengt risico's met zich mee: monopolievorming op zorg die de hoofdaannemer zelf kan leveren, wat inhoudt dat een hoofdaannemer de opdrachten naar zichzelf toetrekt in plaats van doorzet naar onderaannemers.



Tips voor het werken met hoofd- en onderaannemerschap

- Kies een kwalitatief goede zorgorganisatie als hoofdaannemer. Vermijd partijen die het maken van winst als hoofddoel hebben.
- Neem de extra kosten die hoofdaannemers maken op in het contract.
- Bij meerdere hoofdaannemers in een gemeente: zorg voor afstemming over de regels, eisen en administratieve systemen, zodat zorgaanbieders binnen de gemeente niet ook nog met verschillen te maken krijgen.
- Houd zicht op de hoofdaannemer(s) en de uitvoering van de zorg. Laat de controle niet volledig over aan de hoofdaannemer(s).
- Neem signalen vanuit onderaannemers serieus en reageer hierop.

Open House

De inkoopmethode Open House is een soort toelatingssysteem waarbij de gemeente alle aanbieders contracteert die aan de gestelde eisen voldoen. Dit systeem werkt als volgt:

1. De gemeente maakt een standaard-contract.
2. Zorgaanbieders kunnen zich inschrijven.
3. De gemeente bepaalt geschiktheidseisen en/of minimumeisen waaraan aanbieders moeten voldoen.
4. Zorgaanbieders moeten aantonen dat ze aan de minimumeisen voldoen.
5. Alle aanbieders die aan de eisen voldoen, worden toegelaten toe tot het contract.

Wanneer een inwoner een zorgvraag heeft, kiest hij zelf uit de gecontracteerde aanbieders. De Open House procedure valt niet onder het aanbestedingsrecht, maar er gelden wel regels voor de procedure (zie Juridisch kader 4).

Voordelen Open House

- Inwoners kiezen zelf de aanbieder, dus er is keuzevrijheid.
- Deze keuzevrijheid stimuleert aanbieders zich te ontwikkelen en te onderscheiden

van concurrenten.

- Een eenvoudiger inkoopproces met minder administratieve lasten doordat de aanbestedingsregels niet gelden.
- Gemeenten kunnen tussentijds nieuwe zorgaanbieders blijven contracteren zolang het Open House systeem open staat.
- Het is geschikt voor (relatief) standaardproducten zoals vervoer, huishoudelijke hulp en hulpmiddelen.
- Voor (kleinere) zorgaanbieders is het gemakkelijker om in te schrijven dan bij een aanbesteding, vooral bij complexe of grote opdrachten. Wat gevraagd wordt bij een aanbesteding kan een kleinere zorgaanbieder vaak niet (allemaal) bieden.

Nadelen Open House:

- De gemeente heeft weinig invloed op het aantal contracten, wat kan resulteren in veel gecontracteerde aanbieders. Dit vereist veel contractmanagement. Gemeenten kunnen alleen sturen op het aantal aanbieders door eisen aan te passen.
- Bij weinig aanbieders in de markt is het minder bruikbaar, het levert dan onvoldoende keuzemogelijkheden voor inwoners op.

- De gemeente heeft geen invloed op de inhoudelijke keuze van de inwoner voor een zorgaanbieder.
- De gemeente moet zelf de tarieven vaststellen.
- Er is een risico op lege contracten: aanbieders kunnen gecontracteerd zijn zonder zorg te leveren. Vooral in gemeenten met weinig inwoners.
- Inwoners moeten in staat zijn om een goede keuze te maken voor een zorgaanbieder. Gesprekken met zorgaanbieders kunnen de inwoner helpen een goede keuze te maken.

Vershil Open House en raamovereenkomst

Gemeenten verwarren soms Open House met een raamovereenkomst. Deze twee zijn echter verschillend.

Op basis van de Aw 2012 is de raamovereenkomst een optie voor een reeks opdrachten. Het kan tussen een of meerdere gemeenten en een of meer zorgaanbieders worden gesloten na een aanbesteding. Hierbij kiest de

gemeente met welke zorgaanbieder(s) ze een raamovereenkomst afsluiten. Dit verschilt van Open House, waar elke aanbieder die aan minimeisen voldoet, wordt toegelaten tot het contract. Ook de looptijd is verschillend. De Aw 2012 stelt een maximale looptijd van vier jaar aan de raamovereenkomst, terwijl Open House geen specifieke looptijd heeft. Beide methoden hebben geen verplichting tot afname van zorg.



Juridisch kader 4

In het Falk-Pharma arrest heeft de rechter bepaald dat pas van een overheidsopdracht sprake is wanneer de gemeente een keuze maakt voor de aanbieder. Bij Open House kiest de inwoner en is er dus geen sprake van een overheidsopdracht. Het aanbestedingsrecht is daarom niet van toepassing op de Open House.

Wel vloeien uit het Falk-Pharma arrest een aantal eisen voort aan een Open House procedure. Het Expertisecentrum Aanbesteden PIANOo geeft het volgende aan.¹⁹ De gemeente moet:

- De opdracht Europees aankondigen, bijvoorbeeld via Tendered. Alleen als er geen duidelijk grensoverschrijdend belang is volstaat aankondiging op de gemeentelijke website.
- Duidelijke regels stellen voor toelating zoals geschiktheids- en minimumeisen en regels voor de uitvoering van de overeenkomst.
- De overeenkomst vooraf vaststellen zonder dat een aanbieder invloed kan hebben op de inhoud ervan.
- Europees bekendmaken dat met zorgaanbieders contracten zijn gesloten (bijvoorbeeld via



Tendered). Alleen als er geen duidelijk grensoverschrijdend belang is volstaat bekendmaking op de gemeentelijke website.

- Alle aanbieders toelaten die aan de eisen voldoen, er vindt geen ranking plaats.

Verder kiest de inwoner welke zorgaanbieder de dienst mag verlenen en niet de gemeente. In het Trikkonen-arrest heeft de rechter het Falk-Pharma arrest bevestigd en tevens breder uitgelegd. Zo hoeft het toelatingssysteem niet te allen tijde open te staan. Dat betekent dat een gemeente er bijvoorbeeld voor kan kiezen om halfjaarlijks het systeem open te stellen voor nieuwe aanbieders.

Naast de hiervoor genoemde eisen gelden de algemene beginselen van het aanbestedingsrecht en de algemene beginselen van behoorlijk bestuur. Ook moet de gemeente rekening houden met de AMvB reële prijs.



Verder lezen?

- [https://www.pianoo.nl/nl/sectoren/sociaal-domein/checklist-inkoop/aanbesteden-inbesteden-subsidie-open-house/open-house-als#:~:text=Open%20House%20is%20geen%20\(wettelijk,inkopen%20in%20het%20sociaal%20domein.](https://www.pianoo.nl/nl/sectoren/sociaal-domein/checklist-inkoop/aanbesteden-inbesteden-subsidie-open-house/open-house-als#:~:text=Open%20House%20is%20geen%20(wettelijk,inkopen%20in%20het%20sociaal%20domein.)
- <https://europadecentraal.nl/onderwerp/aanbesteden/uitzonderingen/open-house/>



Werkbare eisen en afspraken opstellen

Welke inkoopvorm je ook kiest, beide partijen zijn gebaat bij duidelijke afspraken. Dit geldt voor verschillende fasen van de inkoopprocedure. Bijvoorbeeld, in het aanbestedingsbestek staan eisen waaraan aanbieders en hun aanbiedingen moeten voldoen om zorg te mogen leveren. Na gunning worden er afspraken gemaakt over de uitvoering van de zorg. Deze worden vastgelegd in een overeenkomst tussen gemeente en zorgaanbieder. Tot slot zijn er eisen en afspraken nodig over hoe de gemeente de geleverde zorg gaat monitoren en hoe zorgaanbieders daarover verantwoording afleggen (zie 'Monitoring en verantwoording', pagina 68). Het is belangrijk

dat deze eisen en afspraken werkbaar zijn voor zorgaanbieders en de motivatie van zorgverleners niet ondermijnen. In dit hoofdstuk bespreken we hoe gemeenten dit kunnen aanpakken.

De wet biedt veel ruimte voor de invulling van Wmo-eisen en -afspraken. Naast het waarborgen van continuïteit van zorg en een goede prijs-kwaliteitverhouding (zie Juridisch kader 1), is het belangrijk dat de kwaliteit van zorg altijd voorop staat. De wet geeft hiervoor enkele minimeisen waar gemeenten en zorgaanbieders zich aan moeten houden. Daarnaast zijn er regels voor het bepalen van de prijs. Deze eisen en regels worden beschreven in Juridisch kader 5.

Juridisch kader 5

Hoofdstuk 3 van de Wmo 2015 geeft een aantal eisen ten aanzien van de kwaliteit waar zorgaanbieders aan moeten voldoen. Zo bepaalt artikel 3.1 dat een voorziening in ieder geval:

- Veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verstrekt.
- Is afgestemd op de reële behoefte van de inwoner en op andere vormen van zorg of hulp die de inwoner ontvangt.
- Verstrekt wordt in overeenstemming met de op de beroepskracht berustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard.
- Verstrekt wordt met respect voor en inachtneming van de rechten van de inwoner.

Verder moet een zorgaanbieder conform artikel 3.2 Wmo 2015 beschikken over een klachtenregeling en een regeling voor medezeggenschap van cliënten.

Artikel 3.3 Wmo 2015 bepaalt dat er een meldcode moet zijn voor hoe de zorgaanbieder omgaat met signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling (geldt niet voor aanbieders van hulpmiddelen of woningaanpassingen).

Calamiteiten of geweld bij de verstrekking van de voorziening moet de zorgaanbieder direct melden bij de toezichthouder (artikel 3.4 Wmo 2015).

Artikel 2.6.6 Wmo 2015 bepaalt dat gemeenten moeten zorgen voor een goede verhouding tussen de prijs en de kwaliteit van de te leveren zorg. Nadere regels om tot een goede verhouding te komen zijn vastgelegd in de AMvB Reële Prijs Wmo die sinds 2017 van kracht is. Zo zijn in de AMvB de kostprijs-elementen vastgelegd waarop gemeenten een reële prijs moeten baseren. De VNG biedt gemeenten een handreiking voor hoe ze het bepaalde in de AMvB Reële prijs in de praktijk invulling kunnen.²⁰





Tips voor het opstellen van werkbare eisen en afspraken

- Stel samen de eisen op. Betrek zorgaanbieders, bijvoorbeeld door een marktconsultatie te houden (zie 'Doe eerst een marktconsultatie', pagina 43). Dit zorgt ervoor dat de eisen aansluiten op de zorgpraktijk en de motivatie van zorgverleners ondersteunen.
- Zorg ervoor dat de eisen in lijn zijn met de eerder opgestelde visie. Dit kan door de visie te vertalen naar een aantal leidende principes om op terug te vallen en om de eisen aan te toetsen, zoals bijvoorbeeld de gemeente Utrecht heeft gedaan (zie 'Vóór de inkoop', pagina 29).
- Gebruik bestaande criteria, codes en systemen, zoals keurmerken en de crebo- croho- structuur om inzicht te krijgen in opleidingsniveau.
- Gebruik standaarden waar mogelijk om de uitvoering eenduidiger te maken. Dit helpt zorgaanbieders die met meerdere gemeenten werken en vermindert hun administratieve last. Het Ketenbureau I-Sociaal Domein ontwikkelde diverse standaarden, onder andere voor het berichtenverkeer.
- Streef naar langdurige contract(en) of kortere contracten met verlengingsoptie zonder nieuwe inkoopprocedure. Langdurige samenwerkingsrelaties bevorderen het vertrouwen tussen gemeenten en zorgaanbieders. Langere contracten verminderen administratieve lasten.

- Maak duidelijke afspraken over de manier van herindiceren. Geef zorgaanbieders de flexibiliteit om beslissingen te nemen over het op- of afschalen van zorg op basis van hun professionele verantwoordelijkheid. Dit houdt de administratieve lasten laag.
- Bedenk vooraf hoe eisen en afspraken worden gecontroleerd. Hoe kunnen zorgverleners dit aantonen? Geef je als gemeente hier opvolging aan? Betrek hierin ook de (gemeentelijke) accountant. (zie 'Tips zinvolle monitoring en verantwoording', pagina 72)
- Bedenk dat het voldoen aan eisen soms een momentopname is, zoals het percentage medewerkers met een zorgopleiding. Bedenk hoe je dit langdurig gaat monitoren en hoe zorgverleners hierover achteraf verantwoording afleggen. (zie 'Tips zinvolle monitoring en verantwoording', pagina 72)

Bekostigingsvormen

Er zijn verschillende manieren om de zorg te bekostigen: inspanningsgericht, taakgericht en outputgericht. Hoe de zorg wordt bekostigd, beïnvloedt hoeveel autonomie, regeldruk en administratieve lasten zorgverleners ervaren. De voor- en nadelen van deze bekostigingsvormen staan in de tabel op pagina 66.

Bij **inspanningsgerichte bekostiging** wordt de geleverde inspanning beloond. Er wordt bijvoorbeeld een vergoeding gegeven voor het aantal gewerkte uren, ongeacht het resultaat hiervan. Dit wordt ook wel p*q of uurtje-factuurtje genoemd.

Bij **taakgerichte bekostiging** wordt de zorgaanbieder beloond voor het uitvoeren van een bepaalde taak, zoals het verbeteren van de gezondheid of het verzorgen van huishoudelijke hulp voor inwoners in een wijk.



Dit zien we bijvoorbeeld terug in populatiebekostiging, waarbij de zorgaanbieder een vast bedrag krijgt voor de zorg voor een specifieke doelgroep. Binnen de gestelde kaders heeft de zorgaanbieder vrijheid om de taak naar eigen inzicht uit te voeren. Meestal contracteren gemeenten enkele hoofdaannemers bij populatiebekostiging (zie 'Hoofd- en onderaannemerschap', pagina 53). Deze hoofdaannemers zijn bijvoor-

GOOD PRACTICE

Om tot werkbare eisen en afspraken te komen, kan het helpen om in elkaars schoenen te staan. Gemeentemedewerkers kunnen meelopen met zorgaanbieders, en omgekeerd. Dit werd succesvol uitgetoetst tijdens de wisselstage georganiseerd door i-Sociaal Domein. De ervaringen waren positief. Deelnemers leerden elkaar beter kennen en kregen inzicht in elkaars processen. Ze werden zich bewust van elkaar uitdagingen, zoals administratieve lasten of politieke processen. Dit leidde tot meer begrip en benadrukte het belang van samenwerking bij het maken van beslissingen en het opstellen van eisen.

Verder lezen?

<https://i-sociaaldomein.nl/page/view/4f1604f1-ae25-4ba7-bb35-656ad7f573a1/wisselstage>

beeld verantwoordelijk voor de zorg in een deel van de gemeente, terwijl andere zorgaanbieders als onderaannemer worden gecontracteerd om de zorg uit te voeren. De hoofdaanbieder handelt de administratie af van de contracten.

Bij **outputgerichte bekostiging** krijgt de zorg-aanbieder betaald voor het behalen van een doel of resultaat. Er zijn afspraken over de prijs en wat er bereikt moet worden. Bijvoorbeeld, de zorgaanbieder ontvangt een vergoeding voor 'een verbeterde gezondheid' of 'een schoon huis' van zijn of haar cliënten.

Een gemeente kan ervoor kiezen om verschillende bekostigingsvormen te gebruiken voor verschillende soorten zorg. Bijvoorbeeld inspanningsgerichte bekostiging voor vervoer en taakgerichte bekostiging voor individuele begeleiding. In 2022 werd ongeveer tweederde (64%) van de zorg binnen de Wmo betaald op basis van inspanningsgerichte bekostiging. Taakgerichte bekostiging en outputgerichte bekostiging kwam respectievelijk bij ongeveer 9% en 27% van de zorgvormen voor.²¹

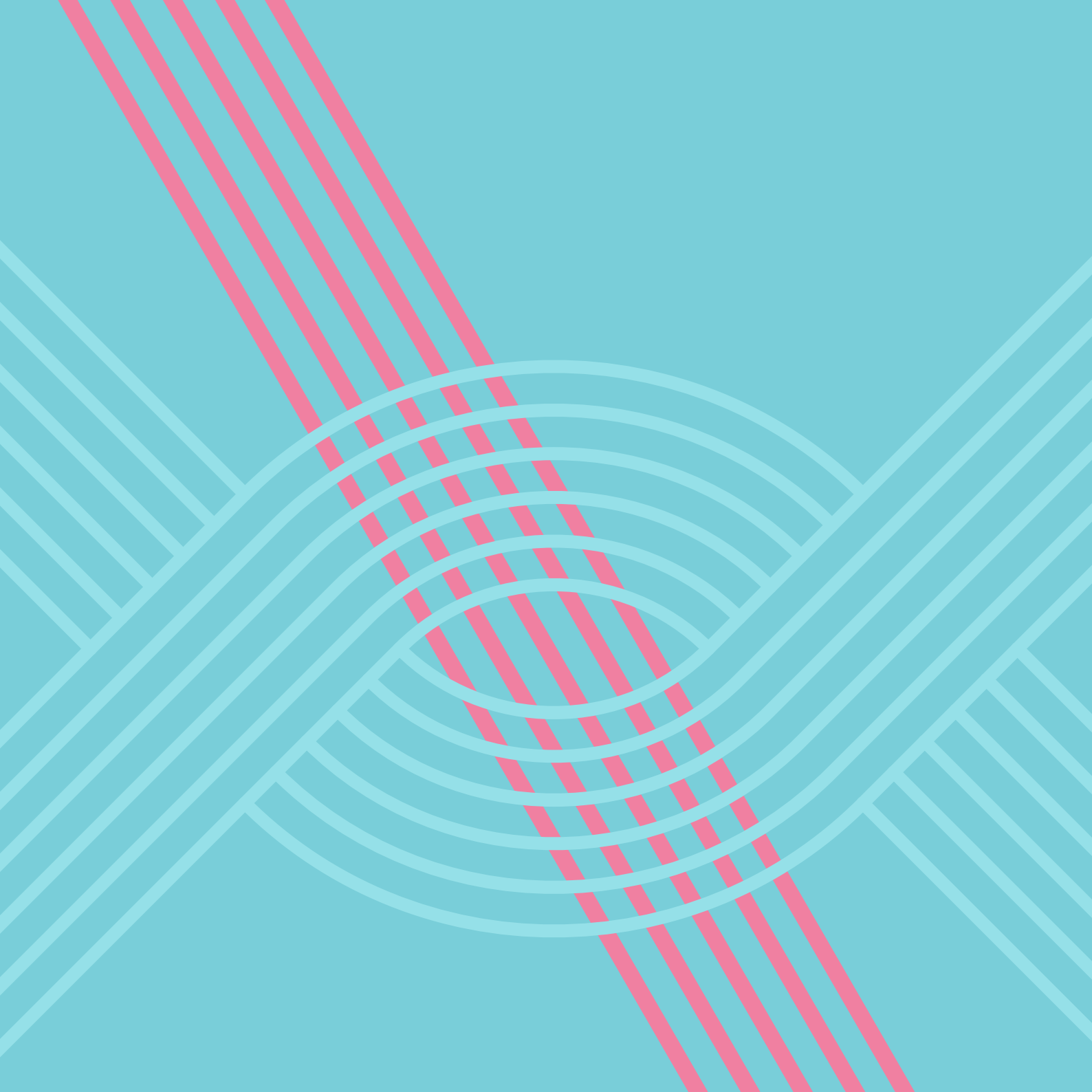


Verder lezen?

- <https://verruimdehorizon.files.wordpress.com/2021/05/handreiking-uitvoeringsvarianten-iwmo-en-ijw.pdf>
- <https://i-sociaaldomein.nl/file/download/e661a8c8-108d-4b9e-bacc-f60b39e5c388/15929111467.%20trajectfinanciering%20met%20bekostiging%20op%20resultaat.pdf>
- <https://i-sociaaldomein.nl/attachment/entity/72fb33c8-dfb6-4fb9-b7ea-79176a3a3a4c>

	Inspanningsgericht	Taakgericht	Outputgericht
Uitleg	Beloning voor geleverde inspanning	Beloning op basis van de voltooiing van specifieke taken of diensten	Beloning op basis van het behalen van een bepaald doel of resultaat
Voorbeeld	Facturatie op basis van geleverde uren zorg oftewel P*Q	Trajectfinanciering of populatiebekostiging	Financiering op basis van resultaten zoals verbeterde gezondheid of een schoon huis
Focus bekostiging	Aantal cliënten in combinatie met aantal uren/dagen	Aantal cliënten (in-, door- en uitstroom) in combinatie met resultaten	Aantal cliënten in combinatie met resultaten
Voordelen	<ul style="list-style-type: none"> • Meer inzicht voor gemeente waar uren aan zijn besteed • Duidelijke afspraken • Gelijke toegang: geen prikkel om complexe cliënten te weren • Prikkel om goede resultaten te boeken: levert meer werk op 	<ul style="list-style-type: none"> • Regelruimte en verantwoordelijkheid voor zorgaanbieder; mogelijk meer motivatie • Biedt ruimte voor vernieuwing en verbetering • Minder administratie gemeente • Past goed bij zorg op maat 	<ul style="list-style-type: none"> • Regelruimte en verantwoordelijkheid voor zorgaanbieder; mogelijk meer motivatie • Prikkel om effectief en efficiënt te werken • Biedt ruimte voor vernieuwing en verbetering van kwaliteit • Kan cliëntgerichtheid bevorderen door nadruk op zorgdoelen
Valkuilen	<ul style="list-style-type: none"> • Prikkel om veel zorg te leveren • Veel administratie • Minder autonomie voor zorgaanbieder; mogelijk minder motivatie • Geen prikkel om te vernieuwen of kwaliteit te verbeteren als hier geen expliciete afspraken over zijn gemaakt • Onzekerheid voor gemeente over toereikendheid budget 	<ul style="list-style-type: none"> • Prikkel om weinig zorg te leveren • Risico dat 'complexe' cliënten worden geweerd of snel naar Wlz worden overgeplaatst • Gemeente heeft minder zicht op waar het geld naartoe gaat • Weinig sturing op vernieuwing en kwaliteitsverbeteringen • Risico dat zorgaanbieder bij veel complexe cliënten niet uitkomt met budget 	<ul style="list-style-type: none"> • Risico dat 'complexe' cliënten worden geweerd of snel naar Wlz worden overgeplaatst • Lastig om resultaten goed in woorden en indicatoren te vatten: juridisch lastig te verantwoorden • Resultaatgericht indiceren is omstreden • Risico dat zorgaanbieder te sterke focus op afgesproken (korte termijn) doelen ontwikkelt en daardoor het algehele welzijn van de cliënt (op lange termijn) uit het oog verliest

*NB: de valkuilen zijn te ondervangen wanneer er vanuit de leidende principes wordt gewerkt.



Monitoring en verantwoording

Monitoring en verantwoording gaan over het controleren van de geleverde zorg. Gemeenten gebruiken dit om te zien of zorgaanbieders voldoen aan de afgesproken eisen en afspraken (zie 'Werkbare eisen en afspraken opstellen' pagina 60). Bij monitoren hebben we het over het verzamelen van gegevens om de prestaties van zorgverleners in kaart te brengen. Meestal wordt geprobeerd om de voorwaarden, processen en uitkomsten van zorg in indicatoren te vangen, zoals Key Performance Indicators (KPI's). In de Wmo bestaat dit bijvoorbeeld uit het aandragen van gegevens over keurmerken of certificeringen, de hoeveelheid geleverde zorg, het aantal nieuwe cliënten en de kwaliteit van de geleverde zorg. Verantwoording betekent dat we inzicht geven 'in het eigen doen en laten, openstaan voor feedback en iets doen met de verkregen inzichten.²²

Monitoring gaat dus om het meten van prestaties, processen en uitkomsten van zorg, terwijl verantwoording gaat over het achteraf afleggen van rekenschap over deze zaken. Hoewel monitoring vaak input geeft voor

verantwoording, kan verantwoording ook gaan over zaken die buiten de monitoringsinformatie vallen, zoals zaken in de beroepscode. Verantwoording kan schriftelijk worden gedaan of in een gesprek, bijvoorbeeld tussen contract-managers of toezichthouders en zorgaanbieders over de Wmo-doelen. Omdat monitoring en verantwoording vaak samen gaan, behandelen we beide in dit hoofdstuk. In Juridisch kader 6 staat beschreven wat de Wmo hierover zegt.

Juridisch kader 6

De Wmo 2015 geeft geen expliciete regels ten aanzien van de monitoring en verantwoording. In het algemeen stelt de Wmo 2015 gemeenten verantwoordelijk voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg (art.2.1.1. Lid 2) De gemeente kan zelf bepalen hoe ze dit proces inricht. Wel geeft de Wmo een aantal verplichtingen aan gemeenten. Deze staan beschreven in Juridisch kader 1 en 5.



Waarom is monitoren zo belangrijk?

Monitoring en verantwoording zijn belangrijk voor zowel zorgverleners als beleidsmakers. Ze geven inzicht in de kwaliteit van zorg en waar publieke gelden naartoe gaan. Ook helpen zij in het afleggen van verantwoording aan de maatschappij en in het voorkomen van fraude. De quotes op de pagina hiernaast verduidelijken dit.

Zinvolle en motiverende monitorings- en verantwoordingsinformatie opstellen

De Wmo 2015 legt een aantal vereisten vast voor de kwaliteit van de zorg, zoals in Juridisch kader 5 valt te lezen. Er zijn daarmee ook een aantal onderwerpen vastgelegd in de Wmo 2015 waarop logischerwijs monitoring en verantwoording plaatsvindt. Daardoor staan gemeenten en zorgaanbieders voor een uitdaging. Het vertalen van kwaliteit naar meetbare gegevens (KPI's) of woorden is

“Wij zien Wmo als een belangrijk hulpmiddel. Wij moeten daar natuurlijk allerlei dingen voor doen om dat proces ook aan de gemeenschap transparant te maken en te verantwoorden.”

Bestuurder lokale zorginstelling



“Wij willen als opdrachtgever ook zicht houden op de ondersteuning. Wij moeten, en het college ook, daar over kunnen rapporteren richting de gemeenteraad. Die moet iets kunnen zeggen over de kwaliteit van de dienstverlening.”

***Beleidsmedewerker
middelgrote gemeente***



namelijk niet simpel. De Wmo omvat verschillende typen zorg en de gewenste uitkomsten kunnen per cliënt variëren. Kwaliteit van zorg heeft ook diverse dimensies, zoals efficiëntie, cliëntgerichtheid, effectiviteit en veiligheid, en kan betrekking hebben op verschillende aspecten, zoals de randvoorwaarden voor het bieden van zorg, het verloop van bepaalde processen of de behaalde uitkomsten.²³ Daarnaast zijn subjectieve ervaringen, zoals tevredenheid over de communicatie met zorgverleners, net zo belangrijk als 'objectieve' zorguitkomsten, zoals behaalde zorgdoelen. Het opstellen van monitorings- en verantwoordingsinformatie is een uitdaging doordat de zorg nooit af is. Er vinden continu ontwikkelingen plaats in de zorg, waardoor evalueren en meten ook continu in verandering (zouden moeten) zijn.

Voor zorgverleners is het bijhouden van monitorings- en verantwoordingsinformatie vaak onderdeel van hun takenpakket. Maar omdat gemeenten zelf mogen bepalen hoe zij dit proces inrichten, ervaren zorgaanbieders grote verschillen in de informatieuitvragen van verschillende gemeenten. Ook kunnen zorgaanbieders te maken krijgen met cliënten die zorg ontvangen op basis van andere wetten dan de Wmo, zoals de Jeugdwet of de Wlz. Dit betekent dat zorgaanbieders met

cliënten uit meerdere gemeenten of verschillende wetten, te maken krijgen met vergelijkbare maar verschillende informatieuitvragen, wat leidt tot administratieve lasten en druk op de motivatie van zorgverleners.²⁴ Onderzoeken naar administratie in de zorg tonen aan dat het voor zorgverleners vaak onduidelijk is waarom bepaalde informatie wordt uitgevraagd en wat ermee wordt gedaan. Dit kan demotiverend zijn, omdat zorgverleners graag willen verbeteren en leren van de informatie. Vooral het gebrek aan ervaren zinvolheid van de monitorings- en verantwoordingsinformatie kan de motivatie, het werkplezier en het welzijn van zorgverleners verlagen, naast de grote hoeveelheid administratieve taken die hierbij komen kijken.²⁵ Als gevolg hiervan kiezen steeds meer zorgverleners voor een baan buiten de zorg.²⁶

Gelukkig biedt het beknopte kader voor de kwaliteit van zorg gemeenten de ruimte om zinvolle monitorings- en verantwoordingsmethoden te ontwikkelen die de motivatie van zorgaanbieders ondersteunen én de administratieve lasten minimaliseren. Het is belangrijk dat gemeentemedewerkers en zorgaanbieders samen optrekken.

Tips voor zinvolle monitoring en verantwoording die de motivatie van zorgverleners ondersteunen



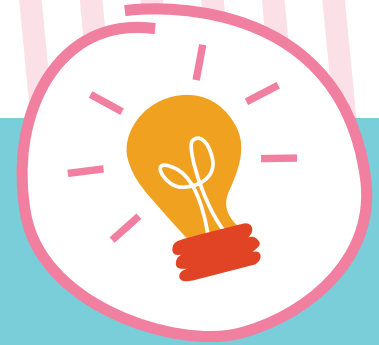
- Denk vroegtijdig na over monitoring en verantwoording, bij voorkeur in de fase van visie- en beleidsvorming en op zijn laatst bij het opstellen van de eisen.
- Sluit aan bij wat zorgverleners belangrijk vinden. Zorg ervoor dat de informatie voor hen zinvol is, zoals de reflectie op voortgang van zorgdoelen, en dat ze deze kunnen gebruiken voor kwaliteitsverbetering. Dit vereist samenwerking tussen gemeenten en zorgaanbieders om te bepalen welke aspecten van zorg of indicatoren aan bod komen in de monitoring en verantwoording.
- Formuleer samen heldere doelen voor monitoring en verantwoording:
 - Over welk aspect van de zorg moet het gaan?
 - Wie gebruikt de informatie?
 - Waarvoor wordt de informatie gebruikt? (zie pagina 74)
- Gebruik een compacte basisset van cijfermatige informatie. Stel een duidelijke regel in om te waarborgen dat de basisset beknopt blijft: bijvoorbeeld, 'één erbij = één eraf'.
 - Ga vroeg in het inkoopproces in gesprek over monitoring en verantwoording.
 - Start dit gesprek met een dialoog over waarden. Praat bijvoorbeeld over wat belangrijk is in de Wmo-zorg. Vraag waar je trots op bent en wat zijn de minimale aspecten waarop gemonitord en verantwoord zou moeten worden?
 - Geef iedere partij (gemeente en zorgaanbieders) de kans om 1 of 2 indicatoren die voor hen belangrijk zijn toe te voegen.

- Combineer de basisset met de vrijheid voor zorgverleners om op een voor hen passende wijze inzicht te geven in de kwaliteit van zorg die zij leveren. Dit kan o.a. betrekking hebben op specifieke kortdurende thema's.
- Kom samen tot een gezamenlijke basisset van indicatoren met partijen die soortgelijke zorg afnemen bij Wmo-zorgaanbieders, bijvoorbeeld de zorgkantoren (Wlz), omliggende gemeenten en zorgverzekeraars. Als dit niet haalbaar is, probeer dan aan te sluiten op de informatieuitvragen van deze partijen.
- Verzamel kwantitatieve én kwalitatieve informatie, bijvoorbeeld gesprekken, verhalen, beelden of mee te kijken in de praktijk. Kwalitatieve methoden kunnen ook gebruikt worden om algemene voorzieningen in kaart te brengen.
- Meet meerdere aspecten van zorg, zoals het behalen van zorgdoelen, cliënttevredenheid en veiligheid, waarbij zowel randvoorwaarden, processen als uitkomsten worden meegenomen. Houd de informatie kort en bondig om overmatige administratieve lasten te voorkomen.
- Zorg ervoor dat financiële verantwoording aansluit op de bekostigingsvorm: bij inspanningsgerichte bekostiging gaat het om uren, terwijl bij taakgerichte en outputgerichte bekostiging monitoring en verantwoording gaat over cliënten en behaalde resultaten.
- Beoordeel de validiteit (meet ik wat ik denk dat ik meet?) en betrouwbaarheid (consistentie meting) van de kwaliteitsinformatie. Schrap informatie die niet betrouwbaar en/of valide is, want dit verhoogt de ervaren administratieve last van zorgverleners.

Gebruik van monitorings- en verantwoordingsinformatie

- Voorkom dubbel werk door slim gebruik te maken van reeds beschikbare informatie. Controleer bijvoorbeeld geen criteria voor keurmerken of certificeringen en vraag geen urenverantwoording op over uren die al vanuit het gemeentesysteem zijn betaald.
- Gebruik technologie op een slimme manier, zodat zorgverleners informatie slechts één keer hoeven in te voeren en met zo min mogelijk systemen hoeven te werken, zelfs als ze in meerdere gemeenten werken. De iStandaarden voor het berichtenverkeer voor Wmo (en Jeugdwet) zijn een stap in de goede richting, maar er wordt nog veel buiten dit systeem om gedaan.

De effectiviteit en het motiverend potentieel van monitorings- en verantwoordingsinformatie hangt af van hoe deze informatie wordt gebruikt. Het kan gebruikt worden om transparantie richting cliënten en burgers te vergroten, voor financiële verantwoording en om de kwaliteit en veiligheid van zorg te verbeteren.²⁷ Om zinvolle verantwoording en gewenste kwaliteitsverbeteringen te realiseren, is het noodzakelijk dat er feedback wordt gegeven op de monitorings- en verantwoordingsinformatie.²⁸ Uit ons onderzoek blijkt dat er weinig terugkoppeling plaatsvindt, terwijl het ontvangen van feedback juist erg motiverend kan werken en kwaliteitsverbetering kan stimuleren.



Tips voor het gebruik van gegevens voor verantwoording en monitoring die de motivatie van zorgverleners ondersteunen

- Bepaal samen waarvoor de gegevens worden gebruikt. Het is belangrijk om transparant te zijn over waar de informatie voor wordt gebruikt: leren, verbeteren of afrekenen (zie 'Faciliteer een open cultuur', pagina 77). Een focus op leren en verbeteren ondersteunt de motivatie van zorgverleners en een open cultuur binnen de samenwerking.
- Wanneer de informatie wordt gebruikt om te sturen op bepaalde doelen, maak dan samen afspraken over hoe dit er in de praktijk uit ziet op de verschillende niveaus. Bijvoorbeeld: één van de bestuurlijke doelstellingen kan het afbouwen van zorg zijn. Dit kan worden gemonitord door het aantal cliënten waarbij de zorg is afgebouwd te rapporteren. Vragen die kunnen helpen uit te denken hoe het sturen op doelen zich vertaald naar de verschillende niveaus zijn:
 - Wat zijn de risico's van sturen op bepaalde KPIs?
 - Hoe wordt er gestuurd op het afbouwen van zorg?
 - Wat is de impact op lopende of toekomstige contracten?
 - Welke veranderingen zijn er nodig in de zorg aan cliënten?
 - Hoe vertaalt zich dit naar zorgdoelen?

- Zorg voor betekenisvolle terugkoppeling op de verstrekte informatie. Dit begint met het verzamelen van zinvolle informatie (zie 'Zinvolle en motiverende monitorings- en verantwoordingsinformatie opstellen, pagina 69). Maak afspraken over hoe de terugkoppeling zal plaatsvinden. Stel daarbij de volgende vragen:

- Op welke informatie zal terugkoppeling plaatsvinden?
- Aan wie wordt deze informatie teruggekoppeld?
- Wat is de frequentie van de terugkoppeling?
- Op welke manier vindt de terugkoppeling plaats (gesprek, brief, kwantitatief overzicht, benchmarking)?
 - › Gesprekken zijn een prettige vorm voor zowel gemeentemedewerkers als zorgverleners. Dit biedt

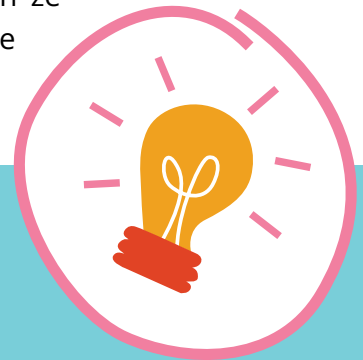
verdiepend inzicht in de zorgverlening en mogelijke knelpunten, wat kan leiden tot verbeteringen. Zorgverleners ervaren het als motiverend om het verhaal achter de cijfers toe te lichten, en gesprekken dragen bij aan het opbouwen van een goede relatie en onderling vertrouwen tussen gemeenten en zorgaanbieders.

- Als geen terugkoppeling plaatsvindt, kan de zorgverlener er dan vanuit gaan dat de aangedragen informatie akkoord is?
 - Het kan helpen deze afspraken te verduidelijken, bijvoorbeeld: binnen 3 weken geen bericht = goed bericht.

Faciliteer een open cultuur

Het bevorderen van een open cultuur is belangrijk voor het zinvol gebruiken van monitorings- en verantwoordingsinformatie. Een open cultuur richt zich op leren en draagt bij aan continue kwaliteitsverbetering, betere afstemming van beleids- en zorgdoelen en transparantie door het delen van problemen. In een open cultuur is er open en trans-

parante communicatie op alle niveaus, van bestuurlijk tot cliënt-hulpverlener.²⁹ Dit bevordert samenwerking en faciliteert het (kritische) gesprek over regeldruk en administratieve lasten, wat bijdraagt aan de vermindering hiervan. De motivatie van medewerkers komt in een open cultuur tot bloei omdat er ontwikkelingsmogelijkheden zijn. Daarnaast voelen ze zich veilig om zich te



Tips om een open cultuur rondom monitoring en verantwoording te faciliteren

- Faciliteer het samen leren en verbeteren. Organiseer vaste ontmoetingsplekken waar gemeentemedewerkers en zorgaanbieders van elkaar kunnen leren en kunnen bespreken waar zij tegenaan lopen in de uitvoering van de Wmo en het bereiken van de gestelde doelen.
- Overweeg het vormen van intervisiegroepen met gemeentemedewerkers en zorgaanbieder(s). Als er veel zorgaanbieders zijn, kunnen kleinere groepen worden gevormd om toch het inhoudelijke gesprek tussen gemeente en zorgaanbieders over de aangeleverde informatie op gang te brengen. Zorg voor een ervaren gespreksleider om een veilige setting te creëren waar openheid mogelijk is.

uiten, wat de betrouwbaarheid van de monitorings- en verantwoordingsinformatie ten goede komt.³⁰ Bovendien maakt een open cultuur het gemakkelijker om elkaar aan te spreken op fouten of onprofessioneel gedrag.

Aan de andere kant, in een afrekencultuur (een blame-and-shame culture) ervaren medewerkers veel stress en angst voor represailles en is er een gebrek aan

vertrouwen, wat verbetering en ontwikkeling bemoeilijkt. Een afrekencultuur wordt versterkt in een bureaucratische omgeving waarin er excessief wordt geregistreerd en de nadruk ligt op regels en het naleven hiervan.³¹ Om constructieve monitoring en verantwoording te realiseren is het belangrijk om een open cultuur in de samenwerking tussen gemeenten en zorgaanbieders te faciliteren.

- Faciliteer reflectie op de uitvoering van de Wmo op alle niveaus (bestuurlijk, contractueel, zorgverlener-cliënt) waarop wordt samengewerkt. Zorg voor uitwisseling tussen deze verschillende niveaus.
- Geef feedback op dingen die goed gaan en zaken die beter kunnen en vier successen.
- Waardeer geleerde lessen en reflecteer op wat goed gaat. Bij incidenten of minder goed verlopen gebeurtenissen is het belangrijk te onderzoeken wat er

misging in de processen en waarom, in plaats van op zoek te gaan naar schuldigen. (zie 'Tips constructief toezicht op incidenten en calamiteiten' pagina 83)

- Bekijk mislukkingen soms vanuit een ander perspectief. Paul Iske geeft hier voorbeelden van in zijn video over briljante mislukkingen: <https://www.youtube.com/watch?v=wOoHQgtbLNY>

Toezicht

Gemeenten moeten toezicht houden op de uitvoering van de Wmo 2015, naast monitoring en verantwoording in het kader van het contractmanagement. Monitoring en verantwoording zijn gericht op contractuele afspraken tussen gemeenten en zorgaanbieders, terwijl toezicht zich richt op de naleving van de Wmo 2015. Binnen de Wmo wordt er onderscheid gemaakt tussen kwaliteits- en rechtmatigheidstoezicht. Hoewel deze beide vormen van toezicht niet los van elkaar staan - zoals een toezichthouder opmerkte: "Wat wij vaak merken, als de kwaliteit niet op orde is, dan moet je ook goed naar die rechtmatigheid kijken of dat wel helemaal klopt" - stellen gemeenten vaak verschillende toezichthouders aan voor deze beide vormen van toezicht. Kwaliteitstoezicht controleert of de zorg voldoet aan de wettelijke vereisten en de gemeentelijke normen, terwijl rechtmatigheid zich richt op het rechtmatig verkrijgen van een voorziening en het juist declareren door de zorgaanbieder.³² Rechtmatigheidstoezicht was geen focus van het onderzoek van de Hanzehogeschool en daarom gaan we hier in deze handreiking verder niet op in.

Kwaliteitstoezicht

Juridisch kader 7 beschrijft dat gemeenten verplicht zijn een toezichthouder aan te wijzen die toeziet op de kwaliteitscriteria zoals opgesteld in de Wmo 2015. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om calamiteiten binnen instellingen, ook wel reactief toezicht genoemd. Calamiteiten zijn onverwachte gebeurtenissen waarbij de cliënt ernstige lichamelijke of psychische schade heeft opgelopen als gevolg van dat er iets misgaat in de zorg. Daarentegen zijn incidenten situaties waarin er potentieel schade had kunnen optreden, maar dit uiteindelijk niet gebeurde³³, bijvoorbeeld door tijdig ingrijpen van een zorgverlener. Calamiteiten moeten gemeld worden bij de toezichthouder, incidenten worden binnen de instelling afgehandeld.

Naast reactief toezicht kunnen toezichthouders proactief toezicht uitvoeren. Dit houdt in dat zij zorgaanbieders bevragen over hun beleid op een bepaald thema, zoals vrijheidsbeperking of medicatieveiligheid.

Gemeenten hebben verschillende opties om toezichthouders aan te stellen: zelf in dienst te nemen, samenwerken met andere gemeenten, of het toezicht uitbesteden bij een externe partij zoals de GGD of een extern bureau. In 2022 hadden de meeste gemeenten (60%) het toezicht uitbesteed bij de GGD. Ongeveer een kwart van de gemeenten (27%) had in samenwerking met andere gemeenten één of meerdere toezicht-

houders in dienst en in 7% van de gemeenten was de toezichthouder(s) bij de gemeente zelf in dienst. Externe bureaus verzorgden voor 4% van de gemeenten het toezicht.³⁴



Juridisch kader 7

Artikel 6.1 van de Wmo 2015 bepaalt dat het college van burgemeester en wethouders een toezichthouder aanwijst die toeziet op de naleving van wat in de Wmo is bepaald. De ambtenaren van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kunnen de toezichthouders desgevraagd adviseren over de toezicht en handhaving van hetgeen in de Wmo is bepaald (artikel 6.2 lid 1 Wmo 2015). Jaarlijks rapporteren de ambtenaren van de IGJ aan de minister van VWS over het toezicht dat de ambtenaren houden en het effect daarvan op het niveau van de maatschappelijke ondersteuning (artikel 6.2 lid 2 Wmo 2015).

Het college van burgemeester en wethouders moet jaarlijks in kaart brengen hoe de cliënten de kwaliteit van de ondersteuning ervaren en moet dat jaarlijks voor 1 juli publiceren (artikel 2.5.1 lid 1 Wmo 2015). Deze gegevens moet de gemeente jaarlijks voor 1 juli aan de minister verstrekken (artikel 2.5.1 lid 2 Wmo 2015). De minister maakt een rapportage waarin de gegevens van alle gemeenten wordt vergeleken.

In Juridisch kader 5 is beschreven aan welke kwaliteitscriteria een aanbieder moet zorgen dat een voorziening voldoet.

Uit het onderzoek van de Hanzehogeschool blijkt dat zorgverleners over het algemeen het contact met de toezichthouder als prettig ervaren. Dit vindt meestal plaats na een melding van een incident of calamiteit. Een constructieve houding van toezichthouders, gericht op leren, helpt om de kwaliteit van zorg tot verbeteren. Toezichthouders laten de verantwoordelijkheid voor de analyse van calamiteiten zoveel mogelijk bij de zorgverleners. Beide partijen ervaren het als een zwaar middel wanneer de toezichthouder de analyse overneemt. Toch geven zorgverleners aan dat ze soms een sparringpartner missen bij het analyseren van calamiteiten en het opstellen van verbeterplannen. Ze zouden het fijn vinden als de toezichthouder meedenkt over hoe toekomstige incidenten en calamiteiten kunnen worden voorkomen. Toezichthouders zien hierin het risico dat zij niet onafhankelijk genoeg blijven en uiteindelijk toezicht houden op hoe zorgverleners hun eigen adviezen opvolgen. De tips uit het kader kunnen helpen om constructief toezicht te houden op calamiteiten en incidenten, zonder dat de situatie ontstaat dat de toezichthouder 'als een slager zijn eigen vlees keurt'.³⁵

In het onderzoek van de Hanzehogeschool en in andere onderzoeken²⁴ geven toezicht-

houders aan dat zij onvoldoende middelen hebben voor proactief toezicht. Dit zou de kwaliteit in het werkveld kunnen verbeteren. Zorgverleners merken dan ook weinig van het proactieve toezicht. Omdat proactief toezicht ten tijde van ons onderzoek nog niet veel voorkwam, gaan we hier niet verder op in.

Momenteel zijn er wijzigingen in voorbereiding voor de wettelijke kaders van het Wmo-toezicht. Onderzoek van Significant (in opdracht van het ministerie van VWS) laat zien dat het toezicht voldoet aan de wettelijke eisen, maar dat deze eisen eigenlijk tekortschieten voor structureel en voldoende georganiseerd toezicht op de kwaliteit van de Wmo-ondersteuning. Problemen zijn onder andere de onafhankelijkheid van de toezichthouder ten opzichte van de gemeenteraad, het gebrek aan werkprogramma's voor proactief toezicht, beschikbare capaciteit, werkwijze van de GGD of gemeente, kennisniveau van de toezichthouder en de mate van structureel kwaliteitstoezicht of calamiteitentoezicht. Ook is het onduidelijk of er voldoende rechtmatigheidstoezicht wordt uitgevoerd.³⁶

Naar aanleiding van het onderzoek van Significant bracht het ministerie van VWS in februari 2023 een nieuw beleidskader voor

het Wmo kwaliteitstoezicht uit. Dit beleidskader stelt dat wetswijzigingen nodig zijn om het toezicht te verstevigen. Deze wijzigingen gaan over de onafhankelijke positie van de toezichthouder, inzicht in beleidskeuzes over toezicht en handhaving, verslaglegging door de toezichthouder, werkprogramma's voor toezicht en (mogelijk) handhavingsbevoegdheden voor het college van burgemeester en wethouders. Daarnaast zijn er adviezen gegeven, zoals het opnemen van criteria voor de PGB-ondersteuning in de verordening en het verbeteren van de samenwerking tussen verschillende toezichthoudende partijen. De verbeteringen worden ingevoerd via een implementatieprogramma.³⁷

Tips voor constructief toezicht op incidenten en calamiteiten

Voor toezichthouders en zorgaanbieders

- Versimpel het proces van melden. Zorgverleners vinden het melden van incidenten en calamiteiten een arbeidsintensief proces is, waarbij er veel moet worden ingevuld. Dit ontmoedigt hen om te melden.
 - Zorg voor een goed te vinden meldpunt
 - Bied de mogelijkheid om telefonisch te melden
 - Maak het meldformulier kort en simpel
 - Geef duidelijkheid over het verdere proces (wanneer kan zorgverlener reactie verwachten?)

- Verduidelijk wederzijdse verwachtingen: stem af hoe zorgverleners en toezichhouders betrokken zijn bij de analyse van incidenten en calamiteiten.
- Focus in de analyse van incidenten en calamiteiten op de oorzaken van het incident en niet op het aanwijzen van schuldigen. Krijg inzicht in de normale dagelijkse praktijk. De vraag 'wat er is gebeurd?' is belangrijker dan wie het heeft gedaan. Betrokkenen moeten met elkaar in gesprek om verbetermaatregelen te bedenken. Zo voorkom je de risicoregelreflex (zie 'Voorkom de risicoregelreflex', pagina 18). De volgende vragen kunnen hierbij helpen:
 - Wat is er gebeurd?
 - Wat heeft eraan bijgedragen dat dit is gebeurd?
 - Hoe verloopt het proces normaal gesproken in de dagelijkse praktijk? Wat vinden we hiervan?
 - Hoe verloopt het proces op papier? Wat vinden we hiervan?
 - Hoe verhoudt de dagelijkse praktijk zich tot de voorgeschreven procedure?
 - Wat zorgt ervoor dat het proces normaliter wel goed verloopt?
 - Hoe kun je het ontstaan van het incident verklaren aan de hand van hoe het proces normaal gesproken verloopt?
 - Welke les kunnen we hieruit trekken en hoe kunnen we verbeteren?



Dankwoord

Zoals in de introductie aangegeven is deze handreiking één van de resultaten van een langlopend onderzoek naar vermindering van de bureaucratie tijdens de inkoop van Wmo zorg door gemeenten. We willen op deze plek graag een aantal mensen bedanken die dit onderzoek mogelijk maakten.

Ten eerste een woord van dank aan alle partijen die ons tijdens het onderzoek hebben ontvangen en hun verhaal wilden vertellen. De gesprekken die we met gemeenten, zorgaanbieders, toezicht-houders, juristen, en mede-onderzoekers hebben gevoerd hebben een belangrijke impuls gegeven aan het continu aanscherpen van onze inzichten. In het bijzonder noemen we onze consortium partners Bart de Bruin (Stichting Physis), Frank van der Linden (Humanitas DMH), en Dennis Bouwman (gemeente Midden-Drenthe).

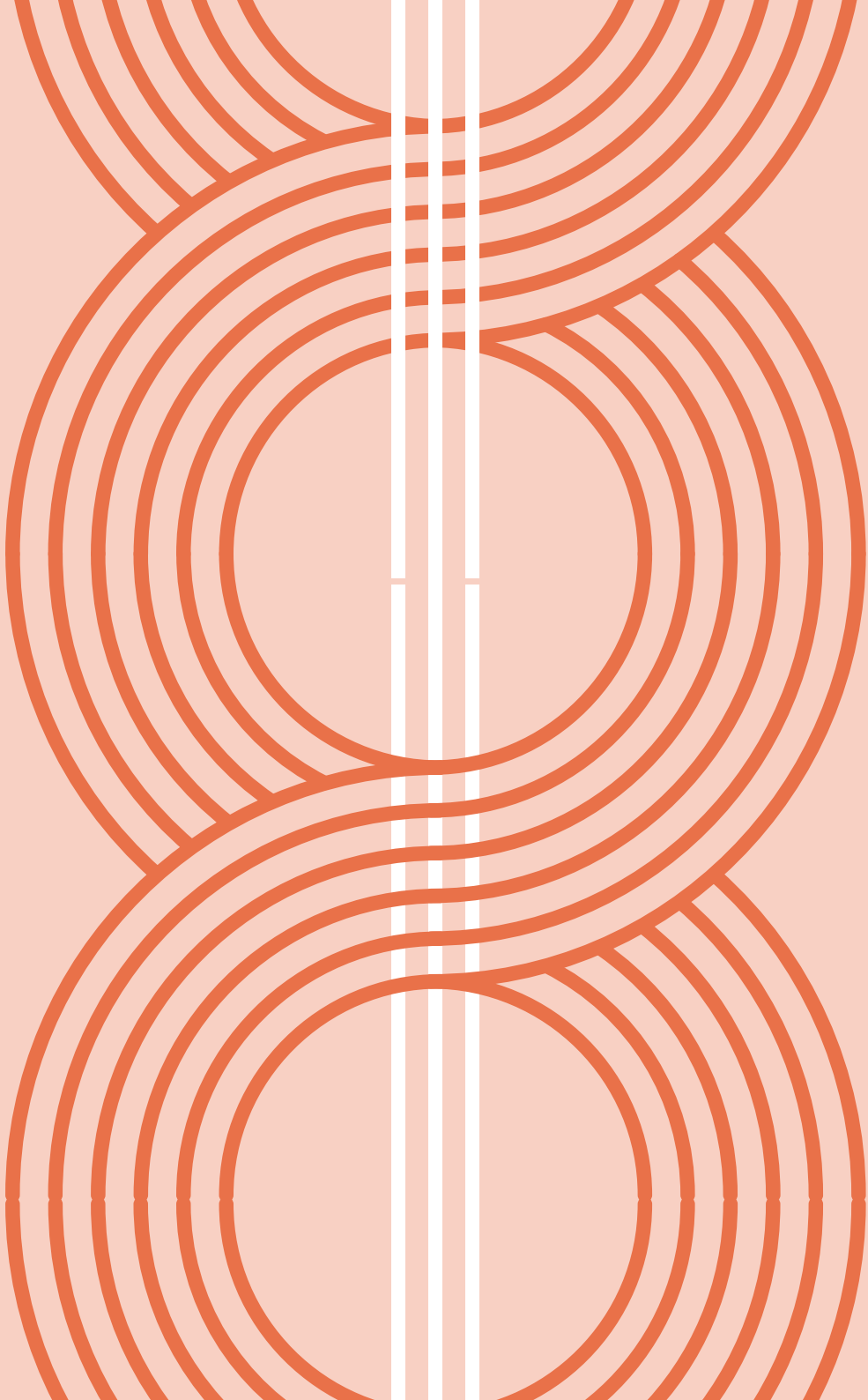
Dat geldt ook voor een aantal mensen in de schil om ons project heen. We bedanken met name hier de inkoopadviseurs van het Inkoopplatform Noord-Nederland (IPNN), die

ons hebben geholpen om onze inzichten zo goed als mogelijk te laten aansluiten bij de praktijk.

Ook een speciaal woord van dank aan Ron Genders en John Mulder van de gemeente Peel en Maas en andere betrokkenen uit hun pilot, waarmee wij op 'toerke' zijn geweest, zowel in Limburg als in Noord-Nederland. Jullie gedrevenheid en enthousiasme om de inkoop zo 'hendig' mogelijk te organiseren was een goede inspiratiebron voor ons.

SIA RAAK bedanken we voor het vertrouwen in ons om met subsidie dit mooie project mogelijk te maken.

Groningen, oktober 2024



Bronnenlijst

1. Berenschot. 2019. Administratieve belasting langdurige zorg 2019 Value Care. 2023. Monitor administratieve lastendruk. Juni 2023: Cunningham L, Kennedy J, Nwolisa F, Callard L, Wike C. Patients not paperwork-bureaucracy affecting nurses in the NHS. London: NHS Institute for Innovation and Improvement; 2012. Ontregel de zorg. <https://www.ordz.nl/>. RVS. (2023). Is dit wel verantwoord? Hoe de zorg betekenisvol rekenschap kan afleggen in tijden van transitie. <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2023/10/10/is-dit-wel-verantwoord>
2. Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg. (2022). <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
3. Naast deze handreiking verscheen ook: A. Scholing, G. Veenstra & P. Oden (2024) Zorgaanbieders en de uitvoeringslast bij Wmo-aanbestedingen. NJB 2024/558, afl. 10, p. 676 – 681.
4. Bijlsma-Frankema, K., & Costa, A. C. (2005). Understanding the trust-control nexus. *International Sociology*, 20(3), 259-282.
5. Stoopendaal, A., & Bouwman, R. (2018). Ruimte voor vertrouwen. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/ruimte-voor-vertrouwen-de-dynamiek-van-vertrouwen-het-toezicht-op-zorg>
6. RVS. (2019). Blijk van vertrouwen. https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2019/05/14/advies-blijk-van-vertrouwen---anders-verantwoorden-voor-goede-zorg/RVS_advies_Blijk+van+vertrouwen_webversie.pdf
7. Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg. (2022). <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
8. Veenstra, G.L. (2022). Clinical governance and healthcare professionals' motivation to provide care: a balancing act. [Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen]. <https://research.rug.nl/nl/publications/clinical-governance-and-healthcare-professionals-motivation-to-pr>
9. Bijlsma-Frankema, K., & Costa, A. C. (2005). Understanding the trust-control nexus. *International Sociology*, 20(3), 259-282. Stoopendaal, A., & Bouwman, R. (2018). Ruimte voor vertrouwen. <https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/2073260/179308.pdf>
10. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(1), 14–23
11. VvAA. 2023. [Ont]regelmonitor 2023. <https://media.umbraco.io/vvaa/zzipy3ay/resultaten-ontregelmonitor-2023.pdf> Heuer AJ. More Evidence That the Healthcare Administrative Burden Is Real, Widespread and Has Serious Consequences Comment on "Perceived Burden Due to Registrations for Quality Monitoring and Improvement in Hospitals: A Mixed Methods Study". *Int J Health Policy Manag.* 2022 Apr 1;11(4):536-538.

12. Berenschot. 2019. Administratieve belasting langdurige zorg 2019 Value Care. 2023. Monitor administratieve lastendruk. Juni 2023: https://valuecare-43735.hp.xls.nl-ams1.upcloudobjects.com/uploads/ValueCare-Monitor-Administratieve-Lasten-2023_Blue.pdf
13. <https://www.ordz.nl/>
14. <https://i-sociaaldomein.nl/groups/view/7d4d196b-48a6-482e-a79a-7cee1b536141/data-value/blog/view/a9b3f527-efd0-4fda-bcab-c859e09b8dcd/monitor-gemeentelijke-inkoop-sociaal-domein-2022-beschikbaar>
15. Op de website van PIANOo staan de drempelbedragen voor 2024 en 2025.
16. Bijlage XIV van richtlijn 2014/24/EU bevat een lijst van de diensten die als SAS-diensten worden aangemerkt.
17. De informatie over de verschillende aanbestedingsprocedures komt van <https://www.pianoo.nl/nl/inkoopproces/aanbestedingsprocedures>
18. <https://i-sociaaldomein.nl/file/download/576bc589-b1a0-4b84-bb11-1bc4a63197dc/handreiking-sas-zonder-emvi-versie-1.pdf>
19. De informatie is afkomstig van: <https://www.pianoo.nl/nl/sectoren/sociaal-domein/checklist-inkoop/aanbesteden-inbesteden-subsidie-open-house/open-house-als>
20. <https://vng.nl/sites/default/files/publicaties/2017/20170807-handreiking-amvb-reele-kostprijs-wmo.pdf>
21. <https://www.pianoo.nl/nl/monitor-gemeentelijke-inkoop-sociaal-domein-2022>
22. RVS. (2019). Blijk van vertrouwen. https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2019/05/14/advies-blijk-van-vertrouwen---anders-verantwoorden-voor-goede-zorg/RVS_advies_Blijk+van+vertrouwen_webversie.pdf RVS. (2023). Is dit wel verantwoord? Hoe de zorg betekenisvol rekenschap kan afleggen in tijden van transitie. <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2023/10/10/is-dit-wel-verantwoord>
23. World Health Organization. (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Donabedian, A. (1988). "The quality of care: How can it be assessed?". JAMA. 260 (12): 1743-8.
24. Cunningham, L., Kennedy, J., Nwolisa, F., Callard, L., & Wike, C. (2012). Patients not Paperwork - Bureaucracy affecting nurses in the NHS. VWS (2020). Discussienota Zorg voor de Toekomst.
25. <https://www.socialevraagstukken.nl/verantwoording-in-de-zorg-kan-meer-op-basis-van-vertrouwen/> <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2019/05/14/advies-blijk-van-vertrouwen---anders-verantwoorden-voor-goede-zorg>. Zegers, M., Veenstra, G. L., Gerritsen, G., Verhage, R., Van Der Hoeven, H. J., & Welker, G. A. (2022). Perceived burdens due to registrations for quality monitoring and improvement in hospitals: a mixed methods study. International Journal of Health Policy and Management, 11(2), 183-196

26. Rao, S. K., Kimball, A. B., Lehrhoff, S. R., Hidrue, M. K., Colton, D. G., Ferris, T. G., & Torchiana, D. F. (2017). The impact of administrative burden on academic physicians: Results of a hospital-wide physician survey. *Academic Medicine*, 92(2), 237–243. Hanekamp, M., et al., *Administratieve belasting langdurige zorg 2019. Uitkomsten onderzoek Berenschot. 2019, Berenschot: Utrecht.* <https://www.izz.nl/minder-regels-beter-je-vel>.
27. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980.
28. Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine*. 2008;148(2):111-123.
29. Malik RF, BuljacSamardžić M, Amajjar I, et al. Open organisational culture: what does it entail? Healthcare stakeholders reaching consensus by means of a Delphi technique. *BMJ Open* 2021;11:e045515.
30. Zegers, M., Veenstra, G. L., Gerritsen, G., Verhage, R., Van Der Hoeven, H. J., & Welker, G. A. (2022). Perceived burden due to registrations for quality monitoring and improvement in hospitals: a mixed methods study. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(2), 183-196.
31. Khatri N, Brown GD, Hicks LL. From a blame culture to a just culture in health care. *Health Care Management Review*. 2009;34(4):312-322.
32. <https://vng.nl/sites/default/files/2022-07/Wettelijke-kaders-toezicht-wmo2015-en-jeugdwet.pdf>
33. <https://www.igj.nl/onderwerpen/calamiteiten/melding-doen-van-een-calamiteit>
34. <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2024/01/17/rapport-wmo-toezicht-2022>
35. De vos, M.S., den Dijker, L., Hamming, J.F. Hoe we beter en veilig kunnen leren van calamiteiten. Vertaling van 'Just culture' en 'Safety-II' naar de klinische praktijk. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 2017;161: D1090
36. Significant Public. (2022). Investerings en opbrengsten van Wmo toezicht. Een verkenning naar vier cases. <https://vng.nl/sites/default/files/2022-03/Rapportage-investerings-en-opbrengsten-van-Wmo-toezicht.pdf>
37. VWS (2023) Beleidskader Wmo toezicht – kwaliteitstoezicht. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-ea34c6a409bc34f4561b3ee89a807fdbae784dbb/pdf>





Titel

Van Bureaucrazy naar Carehappy

Subtitel

Handreiking voor het Wmo-inkoopproces

Auteurs

Anneloes Scholing en Gepke Veenstra (redactie),
Margreet Boersma, Petra Oden en Linda Rutkens-Oudman

Uitgever

Centre of Expertise Ondernemen
Hanze 2024

ISBN

9789053031643

Vormgeving

Yibin

Druk

1e druk 50 exemplaren