Gemeenten moeten fundamentele keuzes maken bij de inkoop in het sociaal domein. Deze keuzes hangen met elkaar samen en de combinatie ervan leidt tot een model voor opdrachtgeverschap. In dit artikel de voor- en nadelen van de meest voorkomende modellen, vanuit vier perspectieven: van de cliënt, gemeente, grote zorgaanbieder en kleine zorgaanbieder.

DOOR Niels Uenk

Voor- en nadelen van veelvoorkomende modellen

De gemeente als opdrachtgever in het sociaal domein

Gemeenten hebben het eerste jaar als opdrachtgever in het sociaal domein voor de 'nieuwe taken' (Wmo-begeleiding, jeugdzorg en participatie) er op zitten. Voor veel gemeenten was 2015 een overgangsjaar waarin continuïteit van zorg en overgangsrecht centraal stonden. Vernieuwing kwam op de tweede plaats: er werd weliswaar zwaar ingezet op wijkteams en keukentafelgesprekken, maar tegelijk wordt vaak nog behoudend omgegaan met de wijze van inkoop van zorg en ondersteuning. De verschillende keuzes rondom inkoop en opdrachtgeverschap bepalen in hoeverre gemeenten transformeren in het sociaal domein.

Opdrachtgeverschap

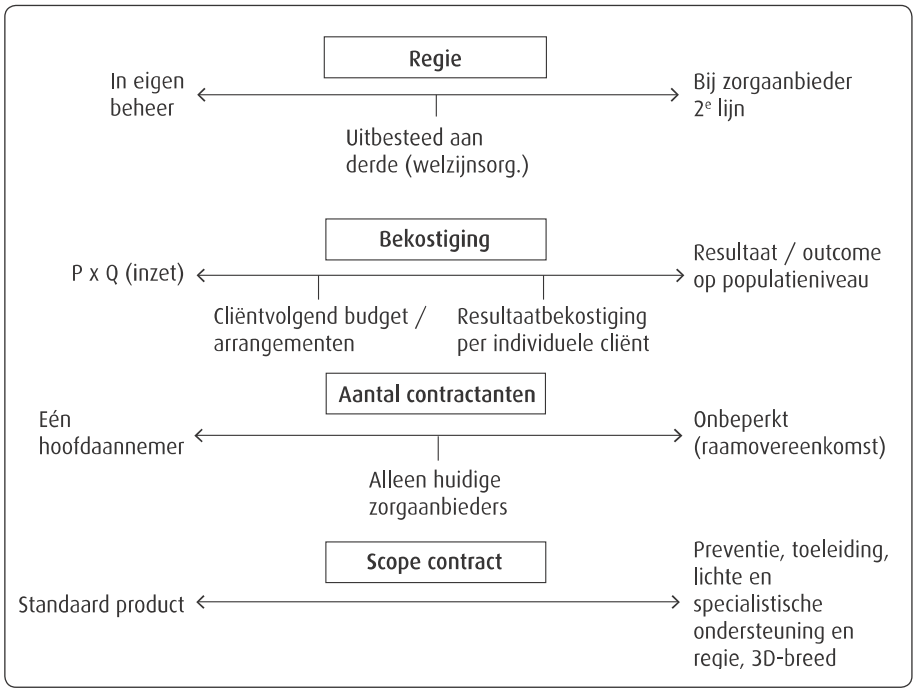
Een inwoner met ondersteuningsbehoefte ondergaat een aantal stappen; van signalering tot het ontvangen van een maatwerkvoorziening vanuit Wmo of Jeugdwet. De inwoner klopt aan bij gemeente of wijkteam, er vindt een onderzoek plaats naar ondersteuningsbehoefte en mogelijkheden in de omgeving van de cliënt, er wordt ondersteuning toegewezen (doorgaans in de vorm van een beschikking voor maatwerkvoorziening) en een ondersteuningsplan opgesteld. Na dit voortraject wordt dit ondersteuningsplan vervolgens uitgevoerd, waarbij zorgverleners in de tweede lijn de maatwerkvoorziening uitvoeren. Het gemeentelijk opdrachtgeverschap behelst zowel de eigen invulling van taken die ze zelf oppakt, als de wijze waarop de uitbesteding van (deel)taken wordt vormgegeven.

Keuzes

In de aanloop naar 2015 zijn verschillende invullingen van de rol als opdrachtgever ontstaan. Op basis van een analyse van de inkoopdocumenten voor Wmo-begeleiding van ruim 380 gemeenten en vele gesprekken met gemeenten zijn de verschillende inkoopbenaderingen terug te brengen tot een viertal fundamentele keuzes, zie figuur 1: (1) wie regisseert, (2) verantwoorden op inzet of op resultaat, (3) hoeveel zorgaanbieders worden rechtstreeks gecontracteerd, en hiermee verbonden (4) wat is de scope van een contract? Deze keuzes zijn in een raamwerk te plaatsen (figuur 2), waarbij elk punt correspondeert met een archetype benadering: een model van opdrachtgeverschap. Met de inzichten uit een sterkte-zwakte analyse van de meest voorkomende modellen kunnen gemeenten hun voordeel doen in de aanloop naar de aanstaande aanbestedingen.

Regie

Keuze 1 gaat over de regie. Iemand moet het voortraject (het keukentafelgesprek en toeleiding naar zorg) en de zorgverlening coördineren – en hier maken gemeenten verschillende keuzes. Aan de ene kant van het spectrum neemt een gemeente de regie zoveel mogelijk zelf in handen: mensen in dienst van de gemeente voeren het keukentafelgesprek, beschikken een maatwerkvoorziening en stellen een ondersteuningsplan op. Een gecontracteerde zorgverlener voert de ondersteuning (maatwerkvoorziening) uit, maar een regisseur vanuit de gemeente blijft betrokken en houdt zicht op de cliënt of het gezin. Aan de andere kant van het spectrum draagt de gemeente de rechtstreekse regie over dit proces volledig over aan een gecontracteerde zorgaanbieder: een zorgaanbieder voert het keukentafelgesprek en is verantwoordelijk voor de zorgverlening. De gemeente stuurt enkel op de management-informatie en gesprekken met deze zorgaanbieder.



Figuur 1. Vier fundamentele keuzes bij gemeentelijke inkoop

Verantwoording

Begeleiding vanuit de AWBZ werd toegewezen en afgerekend in uren of dagdelen zorg met vaste tarieven. De meerderheid van de gemeenten hanteert nog steeds deze vorm van 'input'-bekostiging: PxQ. Deze inputbekostiging staat aan het ene uiterste van het spectrum. Aan het andere uiterste staat populatiebekostiging: een zorgaanbieder krijgt een totaalbudget om bepaalde zorg voor een hele populatie te verzorgen. Er worden afspraken gemaakt over te behalen resultaten (evt. met bonus/malus) voor de populatie. Tussen deze twee vormen in zit bekostiging met een cliëntvolgend budget (zonder concrete resultaatafspraken) en resultaatbekostiging rond individuele cliënten.

Zorgaanbieders

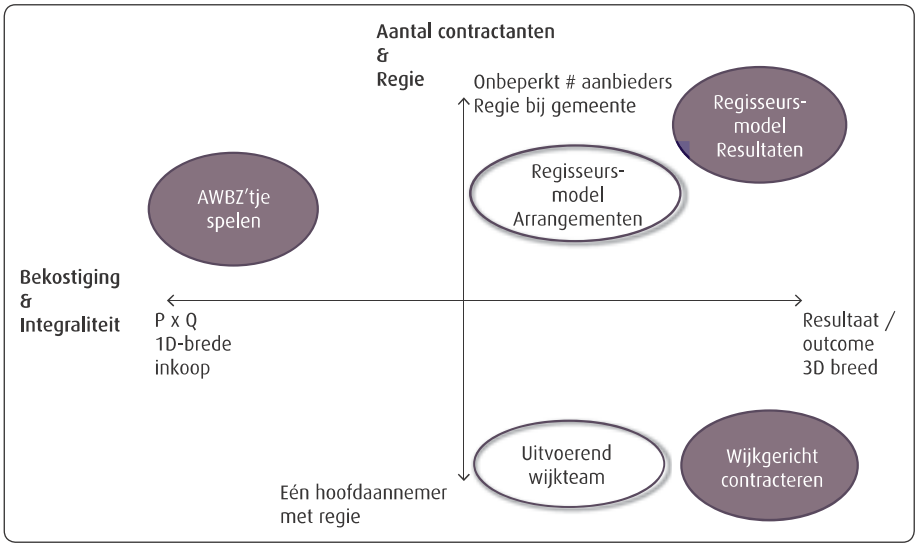
Aan de ene kant van het spectrum staan gemeenten die raamovereenkomsten afsluiten met elke geïnteresseerde zorgaanbieder die voldoet aan bepaalde kwalificatie-eisen. Deze raamovereenkomsten bieden geen garantie op omzet: cliënten kiezen zelf hun zorgaanbieder en in combinatie met hun beschikking bepaalt dit de omzet van zorgaanbieders. Er vindt dus nog concurrentie plaats tijdens de uitvoering van de zorgverlening – vooral als cliënten ook mogen overstappen naar een andere zorgaanbieder. Aan de andere kant van het spectrum staan gemeenten die één hoofdaannemer (of een consortium van verschillende partijen) contracteren voor alle Wmo-begeleiding voor de hele gemeente. De hoofdaannemer heeft veel vrijheid om de zorg zelf in te richten, en werkt met onderaannemers samen om voldoende capaciteit en expertise te kunnen leveren.

Scope

Keuze 4 ten slotte behelst de verschillen in de scope van een individueel contract tussen gemeente en zorgaanbieder. Hoewel dit aspect sterk samenhangt met de vorige drie aspecten, verheldert het uitwerken van dit spectrum de verschillende mogelijkheden die bestaan. Aan de ene kant van het spectrum staat een contract voor het leveren van 'smalle' producten: een uur individuele begeleiding in Wmo of jeugdzorg, zonder 'regie' functie over de cliënt. Aan het andere uiterste staat een contract zoals bij populatiebekostiging: de contractant is verantwoordelijk voor toeleiding, vraagverheldering, het maken van een ondersteuningsplan, regie houden en leveren van zorg op maat – en dit voor alle inwoners in een gemeente of wijk. Deze brede contracten kunnen de traditionele schotten zelfs overstijgen – en bijvoorbeeld zowel jeugdzorg als Wmo omvatten.

Samenhang

De hiervoor genoemde keuzes hangen met elkaar samen. De scope van een contract definieert bijvoorbeeld of regie voeren onderdeel is van de opdracht, en of er sprake is van populatiebekostiging. En populatiebekostiging is bijvoorbeeld niet te combineren met een onbeperkt aantal contractanten. Figuur 2 geeft deze samenhang grafisch weer. Op de horizontale as staat de bekostiging en integraliteit: van separate contracten voor Wmo en jeugdzorg voor uren begeleiding of dagbesteding uiterst links naar bekostiging van resultaten / outcome voor het gehele sociaal domein. Op de verticale as staat het aantal contractpartijen en waar de regiefunctie is belegd: een onbeperkt aantal contractpartijen en regie bij de gemeente (uiterst hoog) of één hoofdaannemer voor regie en uitvoering (uiterst laag). Hoewel elke positie op het schema in figuur 2 in principe mogelijk is, zijn er in 2014 en 2015 sterke concentraties ontstaan rond



Figuur 2. Modellen van opdrachtgeverschap

AWBZ'tje	
Cliënten: + Geen verandering, dus prima	**Gemeenten:** + Snel klaar met invoering + Makkelijk; nog even aankijken en leren van (de fouten van) andere gemeenten - Financieel (zeker op lange termijn) niet haalbaar in verband met de bezuiniging - Hanteren van dit model leidt tot een achterstand in kennis en ervaring
Grote zorgaanbieders: + Financieel blijft zekerheid via budgetten - In inhoudelijk opzicht een gemiste kans	**Kleine zorgaanbieders:** - In inhoudelijk opzicht een gemiste kans

een aantal modellen. Hierna de meest voorkomende modellen op een rij, met een overzicht van voor- en nadelen, vanuit het perspectief van de vier betrokken partijen.

AWBZ'tje

Veel gemeenten (zo'n 60%) hebben de werkwijze vanuit de AWBZ voor 2015 grotendeels overgenomen. Er worden uren of dagdelen zorg ingekocht, waarbij de gemeente vasthoudt aan de productcodes uit de AWBZ, al dan niet stevig gereduceerd om de administratie overzichtelijk te houden. De gemeente sluit contracten af met de huidige leveranciers van inwonende cliënten zodat niemand van zorgaanbieder hoeft te veranderen, maar er is geen of zeer beperkte ruimte voor nieuwe zorgaanbieders. De gemeente indiceert inwoners op dezelfde wijze als het CIZ dat deed, en de zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de regie en uitvoering van beschikte ondersteuning. Een deel van de gemeenten hanteert bovendien contracten die budgetzekerheid bieden voor de zorgaanbieders. Hoewel dit model niet de beoogde vernieuwing brengt ten opzichte van de AWBZ, kiezen veel gemeenten toch voor deze benadering om zorgcontinuïteit voor inwoners te garanderen en eerst kennis en ervaring op te doen voordat een hele nieuwe benadering wordt gekozen.

Wijkgericht

In het wijkgericht contracteren wordt de gemeente in een aantal wijken (of dorpen) verdeeld, en per wijk sluit de gemeente een contract met één zorgaanbieder. Deze zorgaanbieder krijgt een bepaald budget om alle zorg in die wijk te organiseren. De zorgaanbieder wordt afgerekend op resultaat- of uitkomstindicatoren en heeft veel vrijheid om de zorg te organiseren. De hoofdaannemer is typisch een grote zorgaanbieder en soms een consortium van zorgaanbieders. Enige schaalgrootte is nodig om een breed aanbod te kunnen leveren en daarnaast ook de coördinatie en administratie te kunnen dragen. De hoofdaannemer werkt met onderaannemers voor voldoende schaalgrootte en expertise.

Regisseursmodel

In het regisseursmodel voert een regisseur (in opdracht) van de gemeente het keukentafelgesprek met de cliënt om de ondersteuningsbehoefte in kaart te brengen, en te bepalen welke mogelijkheden er zijn voor informele ondersteuning vanuit het sociale netwerk of voorliggende voorzieningen. Er wordt een ondersteuningsplan opgesteld waarbij eventueel standaard maatwerkvoorzieningen worden toegewezen. Voor deze maatwerkvoorzieningen heeft de regisseur beschikking over een catalogus met meerdere 'interventies' waarvoor de gemeente raamovereenkomsten afsluit met meerdere zorgaanbieders. De cliënt heeft vrije keuze uit de gecontracteerde zorgaanbieders. De regisseur blijft betrokken bij de cliënt of en het gezin: hij houdt de regie en houdt zicht op de dienstverlening door de tweedelijns zorgaanbieder in relatie met voorliggende voorzieningen.

De wijze waarop de maatwerkvoorzieningen worden ingekocht bepaalt de exacte positie van het regisseursmodel op het schema. Enkele gemeenten hebben in 2015 de stap gezet om resultaatgerichte maatwerkvoorzieningen in te kopen: deze beschrijven de te behalen resultaten, bijvoorbeeld in termen van zelfredzaamheid, zonder inzet voor te schrijven. Andere gemeenten sluiten contracten over arrangementen of cliëntvolgende budgetten rondom standaard cliënttypologieën. Deze arrangementen bieden extra flexibiliteit voor zorgaanbieders ten opzichte van PxQ-bekostiging, maar blijven verantwoording van de inzet van zorg vereisen.

Van belang in het regisseursmodel is de onafhankelijkheid van de regisseur ten opzichte van de uitvoering van de maatwerkvoorzieningen: als de regisseur in dienst zou zijn bij de organisatie die ook maatwerkvoorzieningen levert, dan bestaat een verkeerde prikkel om teveel zorg toe te wijzen. Het regisseursmodel sluit goed aan bij resultaatgerichte contracten – waarbij de regisseur een monitorende rol kan spelen. Wederom is het dan van belang dat de regisseur onafhankelijk is van de leverende zorgaanbieder.

Varianten

Er zijn vele varianten op de beschreven modellen van opdrachtgeverschap: vaak tussenposities tussen de beschreven archetypes. Daarnaast zijn er nog enkele

Wijkgericht	
Cliënten: - Prikkel voor hoofdaannemer om inzet te beperken - Keuzevrijheid onder druk	**Gemeenten:** + De gemeente is snel klaar - Weinig controle en invloed op de uitvoering - Risico op afwentelgedrag
Grote zorgaanbieders: + Als hoofdaannemer veel invloed op de uitvoering en geldstroom + Maximale ruimte voor professional	**Kleine zorgaanbieders:** - Als onderaannemer afhankelijk van keuzes van hoofdaannemer. Risico dat ze onevenredig gekort worden door hoofdaannemer - Als onderaannemerschap niet mogelijk is, volledig afhankelijk van pgb's

Regisseursmodel	
Cliënten: + Betrokken bij opstellen plan + Keuzevrijheid in selectie zorgaanbieder	**Gemeenten:** + Veel invloed op de uitvoering via de regisseurs + Integrale aanpak met andere zorgdomeinen mogelijk - Kwaliteit regisseurs?
Grote zorgaanbieders: - Raamovereenkomsten bieden geen zekerheid voor omzet - Afhankelijk van regisseur	**Kleine zorgaanbieders:** + Kans om zich op kwaliteit te onderscheiden - Afhankelijk van regisseur

'exotische' modellen die maar weinig voorkomen. Bijvoorbeeld het veilingmodel (of dynamisch toewijzingsmodel) waarbij gekwalificeerde zorgaanbieders moeten onderbieden op de tarieven om cliënten te begeleiden.
Ook worden bepaalde fenomenen onterecht als model van opdrachtgeverschap gezien. Allereerst is er het werken met sociale wijkteams. De sociale wijkteams en wijkgerichte aanpak zijn verworden tot brede containerbegrippen: sociale wijkteams komen voor in combinatie met elk van de drie beschreven modellen. Er is veel variatie in de werkzaamheden van wijkteams (een combinatie van signaleren, indiceren, beschikken, laagdrempelige ondersteuning uitvoeren, specialistische ondersteuning uitvoeren, regisseren en monitoren). Tevens is de samenstelling verschillend: wijkteamleden zijn in dienst van de gemeente, van een gesubsidieerde derde partij (vaak cliëntondersteuners en welzijnswerkers) of van de organisaties die ook tweedelijnsondersteuning leveren.

Kortom: wijkteams zijn te vinden in elke hoek van het schema.

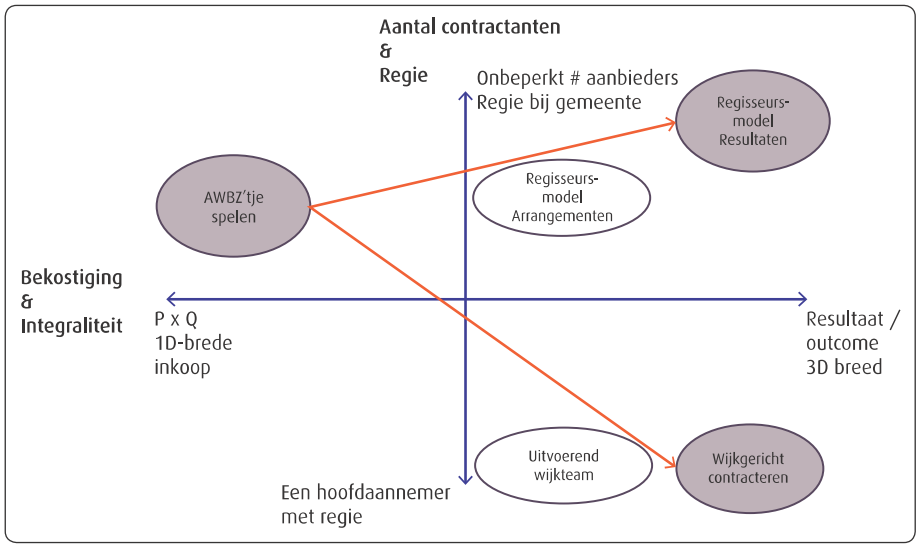
Uithoeken

Naast sociale wijkteams worden soms ook inkoopprocedures als bestuurlijk aanbesteden en het Zeeuws model verward met modellen van opdrachtgeverschap. Ze verschillen echter principieel van elkaar. Bestuurlijk aanbesteden en het Zeeuws model zijn inkoopprocedures: manieren om tot een contract te komen. Ze zeggen niets over de inhoudelijke keuzes zoals hierboven geschetst. Sterker: met beide procedures kun je in diverse uithoeken van het geschetste spectrum uitkomen. Wel zijn er combinaties van een model van opdrachtgeverschap en de inrichting van de inkoopprocedure die elkaar uitsluiten of juist goed bij elkaar aansluiten. Bestuurlijk aanbesteden en het Zeeuws model zijn inkoopprocedures die typisch leiden tot (raam)overeenkomsten met meerdere zorgaanbieders. Er vindt geen rangschikking en selectie van de beste zorgaanbieders plaats: iedere (uitgenodigde) zorgaanbieder die akkoord gaat met de voorwaarden wordt toegelaten in de overeenkomst. Deze inkoopprocedures passen vooral bij de modellen in de 'bovenste helft' van het schema. Inkoopprocedures waarin wel concurrentie wordt gesteld (de beste offerte wint) passen beter bij modellen in de onderste helft van het schema – waar de gemeente met één of enkele zorgaanbieders contracten afsluit. Duidelijk is dat niet elke inkoopprocedure geschikt is voor elk model. Opvallende waarneming uit de praktijk: gemeenten kiezen soms eerst de procedure en gaan daarna pas over de invulling van het opdrachtgeverschap nadenken, niet beseffend dat ze dan al 'voorgesorteerd' hebben.

Trends

De wens van veel gemeenten is om vanuit het kwadrant linksboven naar rechts op te schuiven (meer resultaatgericht contracteren) en tevens een beweging in verticale richting te maken: dus nog steviger de regie in handen te nemen. Andere gemeenten overwegen juist om méér taken en verantwoordelijkheden te beleggen bij een beperkt aantal zorgaanbieders. Beide bewegingen gaan van links naar rechts in figuur 2: een zoektocht naar manieren om de te bereiken resultaten in het sociaal domein centraal te stellen. ■

Niels Uenk is onderzoeker bij de Universiteit Twente en de Universiteit Utrecht, en werkt voor het Public Procurement Research Centre, een gezamenlijk onderzoekscentrum van deze universiteiten op het gebied van inkoop en aanbesteding in de publieke sector. niels.uenk@pprc.eu



Figuur 3. Zoektocht naar manieren om de te bereiken resultaten in het sociaal domein centraal te stellen

Voor zijn lopende promotieonderzoek aan de Universiteit Twente analyseerde Niels Uenk de inkoopdocumenten van 380 gemeenten (90 samenwerkingsverbanden) voor de inkoop van nieuwe Wmo-taken (individuele begeleiding, dagbesteding en kortdurend verblijf). Dit onderzoek brengt zowel procedurele als inhoudelijke aspecten van de gemeentelijke inkoopbenadering uitgebreid in kaart. Zie www.pprc.eu voor de gepubliceerde deelresultaten van het promotieonderzoek.