

ESSAY

# GEMEENTEN ALS OPDRACHT- GEVER

*Straks zijn gemeenten verantwoordelijk voor een groot deel van de zorg en het welzijn van haar inwoners. Zij moeten dan diensten voor begeleiding, dagbesteding en jeugdzorg inkopen bij zorgaanbieders.*

*Hoe gaan ze dat doen?*

---

**Tekst Jan Telgen, Niels Uenk en Wouter Lohmann**

D

e decentralisaties in het sociaal domein zijn niet zomaar een extra taak of project voor gemeenten. In totaal is er met huishoudelijke hulp, begeleiding, jeugdzorg en participatiewet zo'n € 15 miljard per jaar gemoeid. Per inwoner is dat ongeveer € 1000. Bezie dat eens in perspectief van de totale inkopen van een gemeente nu. Dat is bij elkaar ook ongeveer € 1000 per inwoner per jaar. De decentralisaties zorgen dus grofweg voor een verdubbeling. En als we bedenken dat in de oorspronkelijke € 1000 ook al uitgaven met betrekking tot het sociaal domein zaten (schuldhulp, trapliften etc.) en bovendien overdrachtsuitgaven als de Bijstand tot het sociaal domein te rekenen zijn, dan is al snel duidelijk dat de hoofdtaak van

de gemeente vanaf nu het sociaal domein is: een ware aardverschuiving.

Voor zorgaanbieders zijn de decentralisaties een enorme bedreiging. Niet alleen door de budgetkorting die uiteindelijk in verlies aan omzet (en werkgelegenheid) zullen neerslaan, maar ook door hun nieuwe positie in de markt: van verzekerd zijn van omzet, tot mogelijk moeten concurreren om die omzet. De verantwoordelijkheid voor een goede uitvoering van de gedecentraliseerde taken ligt bij de gemeenten. En de invulling daarvan wordt in grote mate bepaald door de manier waarop de gemeente haar rol als opdrachtgever invult.

Hieronder schetsen we 5 modellen die we in de praktijk tegenkomen voor de invulling van dat opdrachtgeverschap. Deze verschillen met name in de mate waarin de gemeente zelf de regie naar individuele cliënten in handen wil houden en in hoeverre zij daarvoor aanbieders inschakelt.

#### MODEL 1: AWBZ'TJE SPELEN

In dit model (ook wel *beleidsarm invoeren* genoemd) neemt de gemeente de huidige rol van het zorgkantoor over en voert ze inhoudelijk niet of nauwelijks veranderingen door. De gemeente werkt met dezelfde producten, wijze van indiceren en bekostigen als in de AWBZ. Gemeenten die de decentralisaties op deze wijze aanpakken hebben er relatief weinig werk aan, omdat ze van reeds bestaande structuren gebruik kunnen maken.

##### Cliënten:

+ Geen verandering, dus prima

##### Gemeenten:

- + Snel klaar met invoering
- + Makkelijk; leren van (de fouten van) anderen
- Financieel (zeker op lange termijn) niet haalbaar ivm de bezuiniging
- Leidt tot achterstand in kennis en ervaring

##### Grote zorgaanbieders:

- + Financiële zekerheid via budgetten
- Inhoudelijk gezien een gemiste kans

##### Kleine zorgaanbieders:

- Inhoudelijk gezien een gemiste kans

MODEL 2: VEILINGMODEL

In het veilingmodel voert de gemeente een keukentafelgesprek met de cliënt met een ondersteuningsvraag en beschrijft de probleemsituatie. De geanonimiseerde probleemsituatie wordt op een besloten website (marktplaats) geplaatst, waar gekwalificeerde zorgaanbieders mogen 'bieden' met een zorgplan en bijbehorende prijs. De gemeente kiest vervolgens samen met de cliënt welk plan het beste aansluit bij de wensen, en dus welke aanbieder de veiling wint.

<p><u>Cliënten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Cliënt krijgt een zorgplan op maat</li> <li>+ Cliënt wordt betrokken in de keuze en selecteert mede de aanbieder</li> <li>- Niet betrokken bij opstellen plan</li> </ul>	<p><u>Gemeenten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Veilingmechanisme zorgt voor een goede prijs-kwaliteitsverhouding</li> <li>+ Administratief goed geregeld</li> <li>- Wat als aanbieders tijdens de uitvoering veranderingen voorstellen?</li> </ul>
<p><u>Grote zorgaanbieders:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Ruimte voor professional</li> <li>- Per cliënt een veiling: veel werk</li> <li>- Aanbieder moet plan maken zonder cliënt te hebben gezien</li> </ul>	<p><u>Kleine zorgaanbieders:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Ruimte voor professional</li> <li>+ Mogelijkheid tot 'cherry-picken'; bieden op die cliënten waar je je op specialiseert</li> <li>- Aanbieder moet plan maken zonder cliënt te hebben gezien</li> </ul>

MODEL 3: POPULATIEGEBONDEN BEKOSTIGING

Bij populatiegebonden bekostiging wordt een gemeente in een aantal wijken of dorpen verdeeld. Per wijk selecteert de gemeente één of meer aanbieders die het hele budget voor die wijk krijgen en dan verder 'alles daar moeten regelen'. Als hoofdaannemer wordt typisch een grote zorgaanbieder gekozen, omdat deze een breed aanbod aan zorg kan leveren en goed in staat is de samenwerking met kleinere aanbieders te coördineren.

<p><u>Cliënten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prikkel voor hoofdaannemer om inzet te beperken</li> <li>- keuzevrijheid onder druk</li> </ul>	<p><u>Gemeenten:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ De gemeente is snel klaar</li> <li>- Hoe hard is het budget?</li> <li>- Weinig controle/invloed op uitvoering</li> </ul>
<p><u>Grote zorgaanbieders:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Als hoofdaannemer veel invloed op uitvoering en geldstroom</li> <li>+ Maximale ruimte voor professional</li> </ul>	<p><u>Kleine zorgaanbieders:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- als onderaannemer afhankelijk van keuzes van hoofdaannemer. Risico onevenredig gekort worden</li> </ul>

#### MODEL 4: REGISSEURSMODEL

In het regisseursmodel voert een *regisseur* namens de gemeente het keukentafelgesprek met de cliënt om de zorgbehoefte en situatie van de cliënt in kaart te brengen. De regisseur stelt samen met de cliënt een ondersteuningsplan op, waarin zoveel mogelijk gebruik gemaakt wordt van eigen kracht, het sociale netwerk en algemene voorzieningen. Voor inzet van professionele ondersteuning beschikt de regisseur over een catalogus met een groot aantal standaard 'interventies' - bouwblokken waarmee het ondersteuningsplan wordt opgebouwd. Per interventie heeft de gemeente raamcontracten met aanbieders. De cliënt kan kiezen uit de beschikbare zorgaanbieders. Tijdens de uitvoering van de zorg blijft de regisseur betrokken en behoudt overzicht.

<u>Cliënten:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Betrokken bij opstellen plan</li><li>+ Keuzevrijheid in selectie aanbieder</li></ul>	<u>Gemeenten:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Veel invloed via regisseurs ter bewaking van kwaliteit, budget en overconsumptie</li><li>+ Integrale aanpak met andere zorgdomeinen mogelijk</li><li>- Wie controleert de regisseurs?</li></ul>
<u>Grote zorgaanbieders:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Raamovereenkomsten bieden geen zekerheid voor omzet</li><li>- Afhankelijk van regisseur</li></ul>	<u>Kleine zorgaanbieders:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Kans om zich op kwaliteit te onderscheiden</li><li>- Afhankelijk van regisseur</li></ul>

#### MODEL 5: WIJKTEAMS

Gemeenten richten multidisciplinaire teams op met medewerkers van de gemeente en van aanbieders van algemene voorzieningen (welzijnswerk, sociaal en maatschappelijk werk etc.). Het wijkteam voert de keukentafelgesprekken en stelt ondersteuningsplannen op. Bovendien voert het wijkteam zoveel mogelijk zelf uit. Waar professionele ondersteuning nodig is, verwijst het team cliënten door naar zorgaanbieders.

Er is veel variatie in hoe gemeenten met dit model bezig zijn: wel of geen medewerkers van zorgaanbieders in de wijkteams bijvoorbeeld. En hoe worden cliënten toegeleid naar tweedelijns zorg: met een catalogus van interventies (als in het regisseursmodel), of via onderhandeling per cliënt.

<u>Cliënten:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Herkenbaar aanspreekpunt dichtbij</li></ul>	<u>Gemeenten:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>+ Veel invloed op de uitvoering van de ondersteuning via de wijkteams</li><li>- Wie controleert de wijkteams?</li><li>- Zijn de wijkteams in staat de juiste diagnose te stellen?</li></ul>
<u>Grote zorgaanbieders:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Afhankelijk van expertise wijkteam</li></ul>	<u>Kleine zorgaanbieders:</u> <ul style="list-style-type: none"><li>- Afhankelijk van expertise wijkteam</li></ul>

De modellen hierboven zijn archetypen: allerlei varianten op de beschreven vormen zijn mogelijk en ook tussenvormen komen voor. In de praktijk zien we met name tussen model 4 en 5 en tussen model 1 en 5 tussenvormen ontstaan. Daarnaast wordt model 1 door veel gemeenten ook nog gebruikt als een tijdelijke oplossing om in 2015 een definitieve vorm te kiezen. Daardoorheen speelt een nieuwe ontwikkeling:

## RESULTAATGERICHT CONTRACTEREN

In de (oude) AWBZ-systematiek werden rechten gedefinieerd en afspraken op cliëntniveau gemaakt in termen van te leveren uren ondersteuning in een bepaalde categorie. Deze systematiek bevat prikkels voor de aanbieders om meer uren te mogen leveren. Daarnaast ontbreken prikkels tot efficiëntere werkwijze of innovatie.

Daarom wordt met interesse gekeken naar contracten waarin niet op *input* (te leveren uren), maar op *output* (gestructureerde dagindeling) of *outcome* (deelname aan het sociaal verkeer) wordt gecontracteerd. Als alleen het resultaat vaststaat, is het aan de aanbieders om te bepalen hoe dat resultaat wordt bereikt. Dan is het voor hen wel degelijk interessant om te innoveren en te proberen het op meer efficiënte wijze te bereiken. De gemeente bemoeit zich niet meer met wat geleverd wordt, maar is uitsluitend geïnteresseerd in de vraag of het afgesproken resultaat wordt bereikt.

Groot voordeel hiervan is dat de hoeveelheid administratie sterk wordt beperkt. Wetend dat in de zorg nu tot 30% van de tijd aan administratie wordt besteed, kan dit een enorme kwaliteitsimpuls geven.

Probleem is vaak de technische uitwerking. Een resultaat is vaak niet heel concreet te definiëren. Dat betekent dat gemeenten geen harde maatstaf hebben hoe het resultaat eruit gaat zien. Andersom hebben de aanbieders geen harde maatstaf wanneer ze het goed hebben gedaan. Dat vergt wederzijds vertrouwen: de gemeente moet vertrouwen dat de aanbieder het resultaat zal bereiken en de aanbieder dat de gemeente het resultaat fair zal beoordelen. Echt resultaatgericht contracteren komt naar onze schatting in minder dan 10% van de gemeenten voor.

## CONCLUSIE

In de praktijk zien we alle archetypen terugkomen: ruwweg ieder 20%. Dit is anders geweest: een jaar geleden koerste vrijwel geen gemeente op model 1, maar nu wordt dat toch relatief vaak als tijdelijke oplossing gezien. Andersom ging het met model 3, dat onder druk van grote aanbieders zeer populair was en waarvan de populariteit duidelijk is afgenomen.

Het is belangrijk om te beseffen dat de vijf modellen echt verschillend zijn. Dat wordt het makkelijkst duidelijk door te kijken naar wat er nu eigenlijk gecontracteerd wordt. In model 1 zijn het budgetten waarover afspraken worden gemaakt; in model 2 gaat het om een ondersteuningsplan; in model 3 om een wijk of dorp; in model 4 om interventies en in model 5 worden óf interventies óf individuele plannen gecontracteerd. Het onderwerp van het contract is dus echt verschillend. Alleen al daarom kunnen gemeenten die een ander model kiezen niet onderling samenwerken in dit proces.

Een bewuste keuze maken voor een model is absoluut noodzakelijk. Die keuze zou eigenlijk al lang gemaakt moeten zijn. In de praktijk is dat lang niet overal het geval en hebben gemeenten de echte keuze een jaar uitgesteld. Die keuze is echter cruciaal, omdat ze de hele inrichting van de opdrachtgever-opdrachtnemer-relatie bepaalt. Zonder kan men eigenlijk niet verder. ♦

**Jan Telgen** is Hoogleraar Inkoopmanagement voor de publieke sector aan de Universiteit Twente

Niels Uenk is onderzoeker en adviseur bij STiPPT

Wouter Lohmann is onderzoeker en adviseur bij STiPPT

Allen zijn verbonden aan het Public Procurement Research Centre (PPRC); een samenwerkingsverband tussen de Universiteit Twente en de Universiteit Utrecht inzake inkopen en aanbesteden in de publieke sector, [www.pprc.eu](http://www.pprc.eu)