

tijdschrift voor werk, inkomen en zorg

Extra whitepaper

sociaal**bestek**



Whitepaper van Sociaal Bestek

Inkopen in het sociaal domein

Over de auteurs:



mr. drs. Tim H.G. Robbe is advocaat en bestuurskundige bij Boukir & Robbe advocaten | robbe@ar-advocaten.nl



Ir. Niels Uenk is onderzoeker bij Universiteit Twente en Universiteit Utrecht, bij het Public Procurement Research Centre | niels.uenk@pprc.eu



Prof. dr. Jan Telgen is hoogleraar inkoopmanagement in de publieke sector aan de Universiteit Twente, bij het Public Procurement Research Centre | j.telgen@utwente.nl

Inkopen in het sociaal domein

Gezondheidszorg staat altijd in de top drie van problemen die ons bezig houden. Nederlanders maken zich ook zorgen over de decentralisaties: 55 procent ziet het als een bezuiniging en 48 procent ziet meer nadelen dan voordelen.

Gemeente zij zich bewust van hoe bepaalde rollen de toegang tot zorg, ondersteuning, participatie en welbevinden van burgers. Die rollen sluiten ook welk spel met zorgverleiders, professionals en cliënten, burgers. Hoe beter zij dat spel spelen, des te eerder burgers de resultaten ervaren en het vertrouwen hervinden.

Sociaal contract

In deze whitepaper geven Niels Uenk, Tim Robbe en Jan Telgen bouwstenen voor het nieuwe sociaal contract. Ze openen met de nieuwe spelregels voor contractering wat die betekenen voor de praktijk. Vervolgens gaan ze met elkaar in discussie over resultaatgericht inkopen: is dat wel of niet een goed idee? Ze werken elk hun eigen visie uit en geven voorbeelden uit de praktijk. Of u beleidsmaker bent bij een gemeente of iemand die stichting of andere betrokken partij; na het lezen van deze whitepaper kunt het spel van het contractproces nog beter spelen.

Na het lezen van deze whitepaper speelt u het samenspel van het contractproces nog beter.

colofn

Deze whitepaper van Sociaal Bestek is een uitgave van Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media B.V. juni 2016

Redactie

Marike Vroom, hoofdredacteur
Tea Keijl, eindredacteur
Yvette Bommeljé, voorzitter

Redactiesecretariaat

Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246
3990 G Houten
Redactieassistent
Nicoline Kramer
T 030 - 638 37 78
E nicoline.kramer@bsl.nl

Coördinatie

Tea Keijl, Tekstbureau Zonder H
E sociaalbestek@zonderh.nl

Voorwaarden

Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit deze whitepaper

is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden voor tijdschriften zijn in te zien op www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd. www.bsl.nl
© 2016, Bohn Stafleu van Loghum

sociaalbestek



Bohn
Stafleu
van Loghum

Aanbesteden van sociale diensten: nieuwe spelregels

DOOR Niels Uenk, Jan Telgen, Tim Robbe

Per 18 april 2016 zijn bepalingen uit de nieuwe Europese richtlijn van kracht. Het aanbestedingsregime voor sociale diensten is daarmee veranderd. Wat was ook al weer de achtergrond bij de oude wet- en regelgeving? Hoe ziet de nieuwe richtlijn eruit en wat zijn de consequenties voor de inkooppraktijk in het sociaal domein?

Overheidsopdrachten boven een bepaalde drempelwaarde moeten Europees worden aanbesteed. Voor onder andere sociale dienstverlening (diensten in het kader van de Wmo 2015, Jeugdwet, Participatiewet en Passend Onderwijs) mochten gemeenten tot 18 april 2016 op basis van de Europese en Nederlandse aanbestedingswetgeving een bijzondere procedure voeren (procedure voor 2B diensten). Binnen de overkoepelende beginselen van het aanbestedingsrecht hadden gemeenten grote vrijheid om naar eigen inzicht deze inkoopprocedure vorm te geven.

Oude regime

Centrale en decentrale overheden moesten zich voor het plaatsen van overheidsopdrachten houden aan Europese en nationale regels. Kort samengevat heeft wetgeving gebaseerd op deze regels tot doel om een gezamenlijke Europese markt te creëren, waarbij alle ondernemers uit EU-lidstaten gelijke kansen krijgen om overheidsopdrachten uit te voeren binnen de hele Europese Unie. Overheden moeten hiertoe opdrachten vanaf een bepaalde waarde centraal

publiceren en via een aanbestedingsprocedure gunnen aan de geschikte ondernemer die de beste offerte aanbiedt. Bij een aanbestedingsprocedure moet de overheid altijd transparant, proportioneel en non-discriminatoir handelen en alle deelnemende ondernemers gelijk behandelen.

Sommige overheidsopdrachten zijn echter zo specifiek een lokale aangelegenheid dat de Europese wetgever niet van lidstaten verlangt dat ze voor ondernemers uit de hele EU worden opengesteld. Het zijn opdrachten waarbij een zogenaamd 'duidelijk grensoverschrijdend belang' ontbreekt: de Europese wetgever gaat er vanuit dat deze opdrachten doorgaans niet interessant zijn voor ondernemers uit andere lidstaten.

Bijlagen

De oude Europese richtlijn voor overheidsopdrachten (2004/18/EU) bevatte een lijst met diensten – op bijlage 2 – waarop de hele richtlijn van toepassing was: bijvoorbeeld schoonmaakdiensten, ICT-dienstverlening en vervoersdiensten. Tevens bevatte de oude richtlijn een lijst diensten – op bijlage 2B – die uitgezonderd waren van de concrete bepalingen

uit de richtlijn, bijvoorbeeld ten aanzien van publicatieplicht, procedures en termijnen. Sociale zorg en ondersteuning vielen in de oude richtlijn onder 'sociale diensten' en waren opgenomen op bijlage 2B. Aanbestedende diensten waren bij het inkopen van dergelijke diensten verplicht zich te houden aan de algemene beginselen van aanbestedingsrecht (transparantie, gelijkheid, non-discriminatie, proportionaliteit) en regels voor het stellen van technische specificaties, maar mochten verder geheel zelf bepalen hoe ze een inkoopprocedure voor dergelijke diensten inrichtten. Enkel publicatie achteraf van de gunningsbeslissing was verplicht. Deze verplichting om de gunning te publiceren heeft de Europese wetgever overigens ingevoerd om opdrachtverlening van dergelijke 2B diensten wel te kunnen volgen, om in een later stadium mogelijk de werking van de richtlijn ook op 2B diensten toe te passen.

De Europese richtlijn 2004/18/EU is in Nederland omgezet in de Nederlandse aanbestedingswet 2012, waarbij Nederland ten aanzien van het onderscheid tussen 2 en 2B-diensten en het beperkte regime voor 2B diensten niet van de Eu-



Fotolia

Voor een aantal bijzondere diensten, waaronder sociale diensten, is een aparte set regels opgesteld.

ropese richtlijn is afgeweken. De vrijheid van het 2B-regime heeft in Nederland bijgedragen aan een grote verscheidenheid in inkoopprocedures voor diensten in het sociaal domein.

Nieuwe richtlijn

De Europese wetgever heeft bij het introduceren van de (oude) richtlijn 2004/18/EU al duidelijk gemaakt dat ook de '2B-diensten' ooit mogelijk onder de volledige werking van aanbestedingsregels komen te vallen. In de nieuwe richtlijn is het onderscheid tussen 2 - en 2B-diensten afgeschaft. Dit betekent dat op alle diensten de hele aanbestedingsrichtlijn van kracht is geworden. Echter,

voor een aantal 'bijzondere' diensten, waaronder sociale diensten is een aparte set regels opgesteld. Voor die diensten introduceert de richtlijn een nieuw drempelbedrag van 750.000 euro. Opdrachten voor sociale diensten met een waarde boven deze drempel moeten ook vooraf openbaar gepubliceerd worden, zoals dat bij andere diensten al moet bij een drempelbedrag van 209.000 euro. De Europese richtlijn verplicht de lidstaat vervolgens om voor die sociale diensten een te volgen inkoopprocedure vast te stellen, maar laat het verder aan de lidstaten zelf om invulling te geven aan die procedure. De Nederlandse regering kiest er op dit moment voor om zelf

geen nadere procedure uit te werken in de nieuwe Nederlandse aanbestedingswet. Zij stelt dat de oude procedure voor de 2B diensten nog steeds van toepassing is. Op het eerste gezicht lijkt er dus niet veel te veranderen: enkel de toevoeging van het publiceren vooraf.

Consequentie

Nederland is te laat met het implementeren van de Europese richtlijn in de Nederlandse aanbestedingswet: dit had op 18 april moeten gebeuren. Er is nu gekozen om de conceptwet die in de Tweede Kamer is behandeld – en die naar verwachting nog voor de zomer van 2016 door de Eerste Kamer zal worden aangenomen – met 'terugwerkende kracht' vanaf 18 april 2016 geldig te verklaren voor de inkoop van 'bijzondere diensten' zoals in het sociaal domein. Dit betekent dat vanaf 18 april een gemeente opdrachten in het sociaal domein met een totale contractwaarde boven de 750.000 euro openbaar moet publiceren op het daartoe bij wet aange-

Gemeenten moeten sinds 18 april opdrachten in het sociaal domein met een totale contractwaarde boven de 750.000 euro openbaar publiceren.

wezen platform (TenderNed). Omdat de waarde van de opdracht gedurende de looptijd van het contract in zijn geheel moet worden berekend, zal zelfs een kleine zelfstandig inkopende gemeente diensten onder de Wmo 2015, Jeugdwet en Participatiewet moeten publiceren. Hoewel de richtlijn geen verdere procedurele verplichtingen stelt, gaat er door de publicatieplicht vooraf impliciet een aantal verplichtingen gelden. Na de aankondiging, waarin de gemeenten duidelijk moeten maken hoe zij de procedure gaan insteken, hoe zij gaan gunnen en hoe zij ondernemers daarvoor uitnodigen, moeten alle ondernemers de mogelijkheid krijgen hun interesse kenbaar te maken. Gemeenten moeten vervolgens de procedure en gunning zoals gemotiveerd uitvoeren.

Verplichtingen

Zelfs onder experts op het gebied van aanbestedingsrecht en inkoop in het sociaal domein is er discussie over de mogelijkheden om de huidige inkooppraktijken voort te zetten onder de nieuwe richtlijn. Hieronder geven wij een opsomming van nieuwe plichten. Voor de volledigheid geven we ook een overzicht van praktijken die ook onder de nieuwe richtlijn nog steeds mogelijk zijn.

Nieuwe plicht:

- gemeenten *moete* opdrachten in het sociaal domein boven de 750.000 euro op TenderNed publiceren.

Hierdoor is niet langer toegestaan:

- opdrachten boven deze drempel één-op-één uit de hand te gunnen;
- alleen huidige zorgaanbieders uit te nodigen voor een inkoopprocedure;
- een opdracht wezenlijk te wijzigen zonder opnieuw de opdracht te publiceren.

De publicatieplicht heeft dus consequenties voor enkele praktijken die in 2014 bij de inkoop van de Wmo en jeugdzorg nog door veel gemeenten werden toegepast.

Wat mag nog?

Wat naar onze mening nog steeds kan:

- in een marktconsultatie (marktdialog) met zorgaanbieders informatie ophalen over de vormgeving van de opdracht (zowel voorafgaand, tijdens als na de inkoopprocedure), zolang alle partijen gelijk worden behandeld

en de marktconsultatie niet leidt tot een kennisvoorsprong bij bepaalde partijen. Om een kennisvoorsprong te vermijden bij een marktconsultatie kan de gemeente bijvoorbeeld de resultaten van de marktconsultatie openbaar publiceren.

- een raamovereenkomst met meerdere partijen afsluiten die geen omzetgarantie biedt, maar waarin standaard-

gevolg van de verschillende procedures en contractvoorwaarden waarmee ze te maken hebben.

Richtlijn

Zeker is dat zowel de Nederlandse als Europese wetgever niet beogen om onduidelijkheid en administratieve lasten te vergroten: noch in de Wmo, noch in de Jeugdwet, noch in de Participatiewet,

De wetgever had er in onze ogen goed aan gedaan een duidelijk richtsnoer mee te geven bij de implementatie van de nieuwe aanbestedingswet.

voorwaarden en standaardtarieven voor dienstverlening vastliggen.

De individuele cliënt zelf kiest zijn zorgaanbieder naar keuze, en geeft daarbij invulling aan EMVI / BPKV¹ (gunningscriterium kwaliteit).

Inkooppraktijk

De Nederlandse wetgever heeft bij de implementatie van de Europese richtlijn ervoor gekozen géén nadere procedure voor sociale diensten uit te werken. Daardoor ontstaat nu onduidelijkheid over de plichten: in hoeverre worden andere procedurele aspecten verplicht nu een gemeente de opdracht vooraf moet aankondigen?

Maar wellicht nog belangrijker zijn de gevolgen voor de aanbieders. Doordat er geen procedurele aspecten worden voorgeschreven, kunnen gemeenten allerlei procedures bedenken binnen de basisprincipes van het Europees aanbestedingsrecht. Dat betekent dat iedere gemeente voor ieder in te kopen product (begeleiding, huishoudelijke hulp, dagbesteding, alle jeugdzorgproducten, etc.) een andere procedure mag hanteren. En dat veelal ook zullen doen, zoals is gebleken bij de recente aanbestedingen. Je zult maar als aanbieder met tientallen, zo niet honderden verschillende procedures met verschillende eisen geconfronteerd worden! Ook nu al zijn er signalen dat de administratieve lasten bij de aanbidders enorm zijn toegenomen als

noch in de Europese Richtlijn, noch in de aanbestedingswet 2016.

De wetgever had er in onze ogen goed aan gedaan om juist wél een duidelijke richting of duidelijk richtsnoer mee te geven bij de implementatie van de nieuwe Nederlandse aanbestedingswet. Juist om extra administratieve lasten te voorkomen en het geld te kunnen besteden aan de zorg zelf, is een meer sturende uitwerking van de verplichting van de lidstaat om een procedure voor het inkopen van sociale diensten vast te stellen, zinvol. Gemeenten krijgen daardoor meer duidelijkheid en de grote diversiteit die op zorgaanbidders afkomt valt beter binnen de perken te houden. ■

Noot

1. In een aanbesteding op basis van Economisch Meest Voordelige Inschrijving of Beste Prijs-Kwaliteit Verhouding worden prijs en kwaliteitsaspecten afgewogen om de beste leverancier(s) te selecteren, in tegenstelling tot aanbestedingen op laagste prijs, waarbij alleen de aangeboden prijs doorslaggevend is.

Wel of niet resultaatgericht inkopen: twee visies

DOOR Tim Robbe, Jan Telgen, Niels Uenk

Wel of niet resultaatgericht inkopen: voor beide valt veel te zeggen. Na een korte definitie en uitleg van resultaatgericht inkopen geven Niels Uenk en Jan Telgen de argumenten vóór resultaatgericht inkopen. Tim Robbe geeft de tegenargumenten.

De decentralisatie van zorgtaken in het kader van de Wmo 2015, Jeugdwet en Participatiewet heeft als doel om in deze zorg meer op de individuele cliënt toegesneden maatwerk te bieden. Gemeenten kunnen dat doel onder andere bereiken door hun relatie (als opdrachtgever) met aanbieders van deze zorg op een bepaalde manier vorm te geven in de contracten. Dit noemen wij 'opdrachtgeverschap'. Momenteel kopen gemeenten zorg vooral in op basis van uren zorg van een bepaald niveau. Een opkomend alternatief is het inkopen op basis van resultaat.

Wat is het?

Wat verstaan we onder resultaatgerichte inkoop? Gemeenten gebruiken in het sociale domein verschillende termen voor inkoopbenaderingen van zorg die zich richten op een te bereiken resultaat: prestatiecontracten, resultaatbekostiging, resultaatgerichte inkoop, et cetera. Wij gebruiken de term resultaatgerichte inkoop of resultaatbekostiging voor contracten waarin de te bereiken resultaten centraal staan. Deze contracten laten de wijze waarop zorgorganisaties de resultaten bereiken vrij voor invulling door die zorgorganisaties. Bij resultaatbekostiging kan de vergoeding (tenminste voor een deel) afhankelijk zijn van de mate waarin het resultaat is bereikt via een bonus-malus regeling. Resultaatgerichte

inkoop in deze strikte vorm komt in het sociaal domein niet of nauwelijks voor. Veel meer zien we contracten die het te bereiken resultaat definiëren, en hier een vaste vergoeding tegenover stellen.

De voorstanders

Niels Uenk en Jan Telgen over hun argumenten voor resultaatgerichte inkoop: 'Een eerste argument vóór resultaatgerichte inkoop is bijna filosofisch van aard. De zorg en ondersteuning draait uiteindelijk niet om de inzet van zorgaanbieders, maar om wat het oplevert.

Is je je huis laat verven, ben je ook niet geïnteresseerd in de hoeveelheid

allemaal om draait: zelfredzaamheid en participatie. Is resultaten centraal staan komt men los van discussies over uren zorg – een systeemwereld – en komt men dichterbij de werkelijkheid: de leefwereld van burgers.'

Prikkel

'Een economisch argument om resultaten in te kopen in plaats van uren, is dat het zorgaanbieders prikkelt en faciliteert om op slimme wijze – mogelijk met nieuwe zorgconcepten en nieuwe technologieën – de resultaten te bereiken. Dit in tegenstelling tot een bekostiging die productie-draaien belooft, waarin

' Is je je huis laat verven, ben je ook niet geïnteresseerd in de hoeveelheid uren die schilders besteden: je wilt een huis dat weer netjes in de verf zit.'

uren die schilders besteden: je wilt een huis dat weer netjes in de verf zit, even los van de doorlooptijd van het project. In het sociaal domein draait het om zelfredzaamheid, zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, sociale contacten, enzovoorts. Inkopen van resultaten stelt datgene centraal waar het uiteindelijk

innovatie eerder afgestraft wordt dan gestimuleerd. Een simpel voorbeeld: een zorgaanbieder die per uur betaald wordt en drie uur individuele begeleiding per week mag leveren heeft geen enkele aanleiding om dat te vervangen door dagelijks tien minuten beeldbellen met de cliënt, zelfs als dit net zo effectief is.



Fotolia

Een zorgaanbieder hoeft bij een resultaatgerichte systematiek geen tijd meer te besteden aan het bijhouden en verantwoorden van geleverde uren: een activiteit die geen waarde toevoegt aan het zorgproces.

Hij zou alleen maar omzet gaan mislopen. Voor een zorgaanbieder die een vast bedrag betaald krijgt om een resultaat te bereiken ligt dat anders: iedere innovatie die effectief is zal hij inzetten om een betere zorg te kunnen leveren en een betere bedrijfsvoering te realiseren.'

Vrijheid

'Naast het economische argument is er ook nog een inhoudelijk argument: resultaatgerichte inkoop geeft optimale vrijheid voor zorgaanbieders om samen

met de cliënt te bepalen hoe zorgverlening het beste kan worden ingericht: doen wat nodig is, wanneer het nodig is, meer niet. Tegelijk houdt de gemeente grip op het "wat": per cliënt wordt een goede afweging gemaakt van de resultaatgebieden waar ondersteuning nodig is, en de gemeente houdt zicht op de resultaten. Bovendien hoeft een zorgaanbieder bij een resultaatgerichte systematiek geen tijd meer te besteden aan het bijhouden en aan gemeenten verantwoorden van geleverde uren: een

activiteit die geen waarde toevoegt aan het zorgproces.'

Verantwoordelijkheid

'Tenslotte is er een meer dan subtiel verschil in de verantwoordelijkheden: bij inkoop van uren moet de gemeente of het wijkteam bij de toegang goed kunnen bepalen hoeveel uren nodig zijn. Zij gaan dus eigenlijk op de stoel van de zorgaanbieder zitten en de zorgaanbieder wordt gedegradeerd tot uitvoerder. Bij resultaatgerichte inkoop wordt bij de

toegang alleen het te bereiken resultaat gedefinieerd en wordt het aan de professionals, de zorgaanbieder dus, overgelaten hoe dit resultaat het beste bereikt kan worden.'

Causaal

'Wij horen vaak als tegenargument: de causale relatie tussen dienstverlening en resultaat is in het sociaal domein doorgaans niet aangetoond. Dit zou bekostigen van resultaten niet mogelijk maken. Wij betogen het omgekeerde: als het verband tussen dienstverlening en resultaat onzeker is, dan moet je *juist gee ure* dienstverlening inkopen, want dan heb je geen zekerheid over het resultaat. Dan moet je *juist resultate* inkopen. fspraken over de resultaten leveren de cliënt méér zekerheid op, zolang de resultaten te meten/observeren/ervaren/ waar te nemen zijn.'

De tegenstander

Tim Robbe over de argumenten tegen resultaatgerichte inkoop: 'Uiteraard draait

vraag moet passen in de bij de inkoop afgesproken hokjes. Dat moet eigenlijk andersom als je echt wilt aansluiten op die leefwereld.'

Overleven

'Voor wat betreft het economische argument: de praktijk laat niet zien dat het inkopen van resultaten in het sociale domein leidt tot innovaties. Tot op heden zien wij bij gemeenten die bijvoorbeeld een "schoon en leefbaar huis" inkopen, dat dit vooral leidt tot minder uren zorg en de inzet van steeds lager ingeschaald en geschoold personeel. De reden hiervoor is dat het bedrag dat een aanbieder krijgt voor het bereiken van het resultaat teruggerekend wordt naar uren inzet en dan vaak leidt tot een te lage kostprijs per uur om personeel te betalen. Innovatie met minder geld slaat door naar overleven. Voor werkelijke innovatie is niet per se bekostiging per uur nodig, maar wel bekostiging voor de innovatie an sich. Je zou bijvoorbeeld een prijs kunnen afspreken voor zowel

het alleen al om aan arbeidsrechtelijke verplichtingen te voldoen. Of om in de Wmo 2015 goed mee te kunnen werken aan een eigen bijdrage regeling.'

Waardering

'Met voldoende deskundigheid bij de gemeentelijke toegang, kan deze op individueel niveau een resultaat formuleren dat past bij de betreffende hulpvrager. De gemeente gaat dan samen met de hulpvrager "shoppen" bij zorgorganisaties die dit resultaat denken te kunnen leveren. De zorgorganisatie is in dat scenario geen "uitvoerder", maar expert die aangeeft hoe hij denkt het resultaat te bereiken. De inkoop hoeft daarvoor juist niet op resultaten plaats te vinden. Veeleer is de waardering en bekostiging van die deskundigheid nodig.'

Grillig

'Tot slot is het juist nodig wat anders in te kopen dan resultaten als ik het causaal verband tussen resultaten en interventies niet kan aantonen. Het behalen van resultaten is namelijk per definitie onzeker in het sociale domein. De hulpvrager heeft bij een deskundige inzet de meeste kans dat de zorgverlener de gewenste resultaten bereikt. Hoe hoger die deskundigheid, hoe beter deze om kan gaan met het grillige verloop van een hulpverleningstraject. Het is dus zaak juist die deskundigheid in te kopen en het formuleren en bereiken van resultaten over te laten aan de individuele casuïstiek.'

Juridisch

Ter afsluiting nog de vraag of het juridisch toegestaan is om resultaatgericht in te kopen. Sinds 2014 zijn verschillende gemeenten die een resultaatgerichte systematiek gebruiken in hun indicatiestelling, op de vingers getikt door bestuursrechters. Het ging daarbij vooral om huishoudelijke hulp met resultaatgebieden als een 'schoon en leefbaar huis'. Deze uitspraken gaan over de relatie hulpvrager en gemeente (de beschikking) en niet over de relatie zorgverlener en gemeente (het contract). Tussen zorgverlener en gemeente is het inkopen van resultaten juridisch zeker mogelijk. Of het verstandig is, is afhankelijk van de vraag welke argumenten je als lezer doorslaggevend vindt, gezien de in dit artikel uiteengezette standpunten. ■

'Door al bij de inkoop over resultaten te spreken, vindt per definitie een versimpeling plaats van de werkelijkheid.'

zorg en ondersteuning om de individuele hulpvrager en zijn gewenste resultaten. Dat staat buiten kijf. De vergelijking met de schilder gaat echter mank. Het resultaat 'een huis dat netjes in de verf zit' is makkelijk te meten. En ook is het verband tussen de werkzaamheden van de schilder en dat resultaat makkelijk vast te stellen. Dat is voor wat betreft de inzet van hulpverleners en de verbeterde zelfredzaamheid of participatie van hulpvragers heel anders. De resultaten van de hulpvrager moeten dus wel centraal staan, maar op het juiste niveau: bij die hulpvrager. De inkoop gebeurt tussen gemeenten en zorgorganisaties en niet op het niveau van de hulpvrager. Inkoop is juist onderdeel van de systeemwereld. Door daar al over resultaten te spreken voor individuele hulpvragen vindt per definitie een versimpeling plaats van de werkelijkheid. Uiteindelijk gaat dan de inkoop de leefwereld van burgers in de weg zitten: de hulp-

een uur begeleiding als een uur beeldbellen.'

Relatie

'Het is de wettelijke verantwoordelijkheid van de gemeente om vast te stellen wat de hulpvrager nodig heeft. Het is helemaal niet wenselijk dat de zorgorganisatie, al dan niet samen met de hulpvrager, besluit hoe de zorg het beste in te richten. Er is sprake van een afhankelijkheidsrelatie en waarschijnlijk een kennisachterstand. De gemeenten hebben dan ook de taak de hulpvrager te beschermen. Bijvoorbeeld door rechten en plichten aan zowel de zorgorganisatie als hulpvrager toe te kennen. Om dit goed te kunnen is wel meer deskundigheid nodig aan de zijde van de gemeente. Dat die er nog niet is, betekent niet dat we dan maar zorgorganisaties vrij spel moeten geven. Feitelijk gezien zullen zorgorganisaties bovendien uren blijven registreren, al is

Drie geslaagde praktijkvoorbeelden

Resultaatgericht inkopen – hoe kan het?

DOOR Niels Uenk & Jan Telgen

Voor veel gemeenten is het inkopen van resultaten in het sociaal domein een wens. Maar vaak worstelen ze met de concrete uitwerking. Tytsjerksteradiel & chtkarspelen, Rotterdam en Ommen-Hardenberg zijn drie voorbeelden van gemeenten die de uitdaging zijn aangegaan.

De benaderingen van deze gemeenten zijn op hoofdlijnen hetzelfde. We beschrijven de belangrijkste onderdelen van deze resultaatgerichte systematiek, en nemen Tytsjerksteradiel & chtkarspelen (T&) als concreet voorbeeld.

Resultaatgebieden

De voorbeeldgemeenten werken allemaal met contracten waarin de producten, bijvoorbeeld 'individuele begeleiding' zijn vervangen door resultaatgebieden: bijvoorbeeld 'zelfredzaamheid bereiken op het gebied van financiën en administratie.' Elk resultaatgebied kan als zelfstandige maatwerkvoorziening aan een cliënt worden toegewezen. De zorgaanbieder die deze ondersteuning levert wordt niet langer voorgeschreven hoeveel uren ondersteuning hij moet leveren, maar is verantwoordelijk voor het realiseren van de concrete subresultaten die horen bij het resultaatgebied. De hele systematiek van het toewijzen, bekostigen, verantwoorden en monitoren van maatwerkvoorzieningen draait om deze resultaten.

Gemeenten die overstappen van PxQ-producten naar resultaatgebieden lopen tegen drie uitdagingen aan: het definiëren van resultaten, het inrichten van monitoring en verantwoording, en het vaststellen van een structuur voor vergoedingen en tarieven. We behandelen elke uitdaging kort, en laten zien hoe de voorbeeldgemeenten deze vraagstukken hebben opgepakt.

eren van resultaten, het inrichten van monitoring en verantwoording, en het vaststellen van een structuur voor vergoedingen en tarieven. We behandelen elke uitdaging kort, en laten zien hoe de voorbeeldgemeenten deze vraagstukken hebben opgepakt.

Definiëren

Het logische startpunt voor het definiëren van resultaten is de wet. De Wmo heeft ten doel de zelfredzaamheid en

participatie te bevorderen. Deze doelstellingen moeten in concrete resultaten worden vertaald. In T& is hiertoe gebruik gemaakt van resultaten van een marktconsultatie onder meer dan tweehonderd zorgaanbieders. Aan deze zorgaanbieders is gevraagd de concrete resultaten te rapporteren waaraan zij bij cliënten werken. De lijst met concrete resultaten is gegroepeerd in resultaatgebieden die in voldoende mate op zichzelf staan. Deze indeling is vervolgens

Tabel 1: Resultaatgebieden T& en Ommen-Hardenberg

Resultaatgebieden Tytsjerksteradiel & chtkarspelen	Resultaatgebieden Ommen-Hardenberg
1. Administratie en financiën	1. Administratie en financiën
2. Sociale redzaamheid in contact met anderen	2. Sociaal en persoonlijk functioneren
3. Zelf-oplossend vermogen en dagstructuur	3. Regelvermogen en dagstructuur
4. Werknemersvaardigheden	4. Regie bij het huishouden
5. Onderhouden van een sociaal netwerk	5. Dagbesteding (al dan niet arbeidsmatig)
6. Huishoudelijke hulp	6. Zelfzorg en gezondheid
7. Zinnvolle dagbesteding	7. Draagkracht mantelzorg
8. Zinnvolle arbeidsmatige dagbesteding	8. Gezin / huishouden
9. Zinnvolle educatieve dagbesteding	



Fotolia

Bij resultaatafspraken monitort de gemeente géén uren inzet, maar de te bereiken resultaten. Het monitoren is een samenspel tussen de cliënt zelf (en zijn naasten) en de gemeente.

nogmaals met zorgaanbieders besproken en bij onafhankelijke ervarings-experts getoetst. Uitgangspunt is dat een resultaatgebied zelfstandig als maatwerkvoorziening aan een cliënt kan worden toegewezen.

De resultaatgebieden in T& vervangen de 'oude' functies individuele begeleiding, dagbesteding en huishoudelijke hulp. Om te laten zien dat ook andere indelingen goed mogelijk zijn hebben we ook de resultaatgebieden voor Ommen-Hardenberg opgenomen. Deze gemeenten hebben ook resultaatgebieden voor persoonlijke verzorging en respijtzorg ontwikkeld.

Elk resultaatgebied wordt uitgewerkt in diverse concrete subresultaten. Zo valt bijvoorbeeld het resultaatgebied administratie en Financiën van T& verder uiteen in de volgende subresultaten:

- De cliënt opent, leest, begrijpt en beantwoordt zijn post.
- De administratie van de cliënt is op orde.

- De cliënt maakt de juiste financiële keuzes: de cliënt beheert zijn (huishoud)geld en kan betalen, pinnen en/of overmaken.
- De cliënt maakt gebruik van regelingen, uitkeringen en toeslagen waar hij voor in aanmerking komt.
- De cliënt heeft inzicht in zijn administratie en financiën.

Per cliënt wordt op maat vastgesteld in hoeverre ondersteuning nodig is om elk subresultaat te bereiken. Dit hangt enerzijds samen met de aard en ernst van de beperking. Anderzijds is van belang in hoeverre de cliënt ondersteund wordt via voorliggende voorzieningen, mantelzorgers en zijn netwerk. T& hanteren een indeling in drie 'complexiteiten': licht, midden en zwaar. Licht voor cliënten met lichte beperking en/of redelijke informele ondersteuning, en midden of zwaar voor mensen met grotere ondersteuningsbehoefte (complexere beperkingen en/of minder informele steun). Deze afweging wordt per resultaatgebied gemaakt: het kan immers zijn dat een

cliënt voor financiën en administratie wél ondersteuning uit zijn netwerk krijgt, maar voor 'sociale zelfredzaamheid in contact met anderen' niet. Het totaal van de toegewezen maatwerkvoorzieningen wordt vastgelegd in een ondersteuningsplan.

Monitoren

Bij resultaatafspraken monitort de gemeente géén uren inzet: men monitort de te bereiken resultaten. Het monitoren is een samenspel tussen de cliënt zelf (en zijn naasten) en de gemeente. Voor zover de beperkingen van een cliënt dit toestaan geeft hij zelf aan in hoeverre de afgesproken resultaten worden bereikt. Ook de mantelzorger kan hierbij ondersteunen.

Samen met de cliënt monitort ook de gemeente het bereiken van resultaten op cliëntniveau. De gemeente heeft regisseurs of case managers die ook ná het keukentafelgesprek betrokken blijven bij de cliënt. Deze regisseurs houden de vinger aan de pols en toetsen periodiek of de afgesproken resultaten daadwerkelijk

bereikt worden. Sommige gemeenten hanteren hierbij een instrument zoals de ZRM (zelfredzaamheidsmatrix). T& hanteren de resultaatgebieden en concrete subresultaten als basis: de subresultaten per resultaatgebied worden één voor één langsgelopen. De frequentie van meten is maatwerk en wordt afgestemd op bijvoorbeeld de kwetsbaarheid van de cliënt. Duidelijk is dat het meten voor een belangrijk deel kwalitatief is: zelfredzaamheid is niet (volledig) in cijfermatige scores uitgewerkt.

Consequenties

Een mogelijke vorm van resultaatbepaling koppelt (een deel van) de vergoeding voor diensten aan de mate waarin gepresteerd is: bijvoorbeeld een bonus/

Bekostiging

Het koppelen van een tariefstructuur aan resultaatgebieden is lastig omdat men niet kan terugvallen op de oude systematiek van uurtarieven. T& en Rotterdam hanteren een cliëntvolgend tarief per periode (bijvoorbeeld vier weken): bedragen per resultaatgebied per complexiteit (bouwstenen). Om voor elke bouwsteen een goed tarief te bepalen is aan de gezamenlijke zorgaanbieders zelf gevraagd de *verdeelsleutel* te bepalen. Zorgaanbieders hebben gezamenlijk een verdeelsleutel gemaakt van de tijdsbesteding voor huidige cliënten aan de verschillende resultaatgebieden, met onderscheid van cliënten die typisch als 'licht', 'midden' of 'zwaar' te kwalificeren

oordeel zowel bij beschikking als bij verantwoording.

Ervaringen

De eerst ervaringen met de systematiek zijn positief. Sommige aanbieders hebben wel moeite om te wennen, na jaren werken in een PxQ systeem, maar eenmaal gewend gaan zij ook goed om met het systeem en leveren positieve feedback. Ook voor cliënten en dorpen-teams (de sociale teams in betreffende gemeenten) is het wennen, maar daaruit zijn eigenlijk nauwelijks vragen en bezwaren gekomen. En toe is er discussie tussen een zorgaanbieder en dorpen-team over indeling van een cliënt in de 'licht / midden / zwaar' categorie. Omdat het aantal gecontracteerde aanbieders is gestegen van 40 naar 84 en het C K nog niet ingesteld is op deze systematiek, lijken de administratieve lasten nog niet af te nemen. ■

De gemeente hanteert een high-trust-high-penalty benadering: veel vertrouwen voor de dienstverlener. Daartegenover staat dat de dienstverlener de gemeente vertrouwt in het beoordelen.

malusregeling op basis van cijfermatige prestatie-indicatoren. Wij menen dat dit slecht past in het sociaal domein bij moeilijk cijfermatig uit te drukken resultaten. T& hanteren een high-trust-high-penalty benadering: de gemeente geeft veel vertrouwen aan de dienstverlener om zijn eigen werkwijze te hanteren, waar tegenover staat dat de dienstverlener de gemeente (en de cliënt) moet vertrouwen in het beoordelen van de resultaten. Bij signalen van onderpresteren vormen de gecontracteerde resultaten het startpunt van een gesprek. Is er ondermaats gepresteerd wordt en er is geen sprake van verbetering, kan de cliënt zelf op elk moment overstappen naar een andere dienstverlener: 'stemmen met de voeten'. Daarbovenop heeft de gemeente de mogelijkheid om een cliëntenstop toe te passen, huidige cliënten over te plaatsen naar een andere zorgaanbieder en uiteindelijk het contract te ontbinden.

zijn. Deze verdeelsleutel is vervolgens door de gemeenten gebruikt om het totaal beschikbare gemeentelijke budget te verdelen over de tarieven voor de bouwstenen. Het totaalbudget per vier weken voor een cliënt is dan de optelsom van de toegewezen resultaatgebieden en hun complexiteit.

Randvoorwaarden

Het toepassen van resultaatgerichte maatwerkvoorzieningen is geen inkoop-formaliteit: het vergt een consequente en consistente benadering van het sociaal domein, van het keukentafelgesprek tot en met de inrichting van monitoring en verantwoording. Minder nadruk op uren inzet (input) betekent automatisch een grotere nadruk op de beoordeling van de resultaten. Dit vergt consulenten of regisseurs met een stevig inhoudelijk profiel: mensen die de doelgroepen en de problematiek kennen. Veel hangt namelijk af van hun

Wilt u nog meer praktijkvoorbeelden bekijken? Lees ook het artikel dat Niels Uenk schreef in Sociaal Bestek nr 1 van 2016: De gemeente als opdrachtgever in het sociaal domein.

Ileen een deskundig zorgverlener verhoogt de kans op resultaat

DOOR Tim Robbe

Veel gemeenten zijn sinds de transitie vooral bezig met resultaatssturing. De gemeente Rhenen besloot tegen deze stroom in te gaan. Zij concludeerde dat het leveren van maatwerk en het sturen op resultaten bij individuele cliënten juist vraagt om het inkopen van een deskundige zorgverlener. Want alleen die weet om te gaan met een grillig zorgverleningsproces.

Bij resultaatssturing verwarren veel gemeenten sturen op resultaten bij cliënten (microniveau) met het inkopen van resultaten door de gemeente zelf (macroniveau). Zij zitten midden in die verwarring en on-

derzoeken hoe ze resultaten in kunnen kopen: met of zonder zorgprofielen, met of zonder trajectfinanciering. De vraag die ik in deze bijdrage beantwoord is dan ook waarom en hoe de gemeente Rhenen deskundigheid voor

de Wmo 2015 diensten inkocht. Ik licht dat toe met een beschrijving van het doorlopen proces en de belangrijkste elementen daarvan. Ik sluit af met de voordelen en een belangrijke kritische succesfactor.



Fotolia

Veel gemeenten verwarren sturen op resultaten bij cliënten (microniveau) met het inkopen van resultaten door de gemeente zelf (macroniveau).

Conceptovereenkomst

De aanbesteding in deze gemeente begon, zoals altijd, met het instellen van een projectgroep. Deze bestond uit het afdelingshoofd Wmo, het hoofd van de wijkteams (onmisbaar), een financieel specialist, een contract- en aanbestedingsspecialist en een secretaris. De projectgroep kwam voorafgaand aan de aanbesteding in twee maanden drie keer bijeen. In deze bijeenkomsten bespraken zij eerst de inrichting van de conceptovereenkomst. Deze moest passen bij de beleidsuitgangspunten van de gemeente. Bij het uitwerken van de conceptovereenkomst hield de groep rekening met ruimte voor concessies in de onderhandelingen met zorgorganisaties. Met de wethouder is uiteindelijk een zogenaamd 'streef- en breekscenario' afgesproken. Het streefscenario bestond uit punten waarop de projectgroep zou gaan inzetten: *ice to have*. Het breekscenario bestond uit minimumeisen: *eed to have*. Beide scenario's bevatten zowel inhoudelijke als financiële uitgangspunten. Inhoudelijke uitgangspunten betroffen de kwaliteit van zorg, de toeleiding van inwoners door het wijkteam, de wijze van verantwoorden, et cetera. Financiële uitgangspunten betroffen het totaal in te zetten budget, gewenste inschaling van personeel en reserves voor innovatie. Ook formuleerde de projectgroep met de wethouder een plan B. Dan zou de wethouder actief gaan deelnemen aan het proces.

Deskundigheid

In de voorbereidingen brainstormde de projectgroep eerst over de vraag hoe van producten (output) naar resultaten

(outcome) te komen in de inkoop. De leden kwamen er niet uit. Doorbraak in de voorbereidingen van de projectgroep was vervolgens de uitspraak van het hoofd wijkteams dat zij vooral deskundige mensen wil zien in de uitvoering van zorg. De ervaring was namelijk dat in vrijwel alle inkooptrajecten, door bezuinigingen, zorgorganisaties ook noodgedwongen op deskundigheid bezuinigen. De conclusie was vervolgens dat de gemeente in de overeenkomsten geen producten moest opnemen en ook geen resultaten. In plaats daarvan moest zij, om het genoemde risico van verschraving tegen te gaan, de gewenste deskundigheid benoemen. Chterliggende gedachte is dat vooral deskundige mensen bij zorgorganisaties in de uitvoering voor maatwerk zorgen en gewenste individuele resultaten weten te behalen bij een cliënt. Het wijkteam kan samen met de cliënt, zijn sociale netwerk en de zorgorganisatie bepalen welke deskundigheid nodig lijkt en in welke intensiteit. Daarmee is maatwerk per individuele cliënt mogelijk.

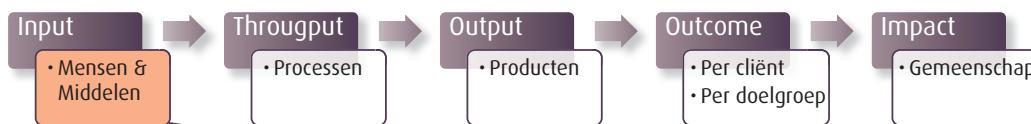
Niveaus

Vervolgens ontwikkelde de financieel specialist op basis van de Code verantwoord marktgedrag¹ en de cao's VVT, GHZ, GGZ en Maatschappelijk werk een financiële module in Excel om generieke deskundigheidsniveaus te bepalen en kostprijzen daarvoor te berekenen. Op basis van deze module berekende de specialist ook de maximale tarieven die de gemeente kon betalen en de minimale, realistische tarieven. Uiteindelijk formuleerde de projectgroep de volgende deskundigheidsniveaus.

- Functieniveau 1 (VMBO):
Zorghulp bij huishoudelijke ondersteuning
- Functieniveau 2 (VMBO):
Ondersteunende functies (helpende in de thuiszorg / gehandicapten / groepsondersteuning)
- Functieniveau 3 (MBO):
Zelfstandige functie basis (groepsleider, begeleider dagbesteding, SPW, één op één begeleiding)
- Functieniveau 4 (MBO):
Zelfstandige functie gespecialiseerd (verpleegkundige, pedagogische werker, SMD)
- Functieniveau 5 (HBO):
HBO-V, SPH, Maatschappelijk werk, SPV

Onderhandelen

Op basis van de dan beschikbare informatie over geleverde Wmo dienstverlening in 2015, bepaalde de projectgroep welke zorgorganisaties zij uitnodigde voor de 'adviesgroep'. In andere gemeenten noemt men dat ook wel 'de fysieke overlegtafel'. Daarbij is gezorgd voor een afspiegeling van het totale zorglandschap. De gemeente nodigde uiteindelijk zorgorganisaties uit met verschillende achtergronden en van verschillende grootte. Iedere andere bekende zorgorganisaties kregen de oproep om via een website actief deel te nemen aan de procedure. Tot slot is de start van de procedure nog gepubliceerd op de website van de gemeente en stond deze open voor alle geïnteresseerde zorgorganisaties. De gemeente nodigde ook nog een vertegenwoordiger uit van cliëntenorganisaties om de stem van de cliënt te laten horen in de gesprekken tussen gemeente en zorgorganisaties.



Gemeente koopt deskundigheid in, geen producten of resultaten. Vijf deskundigheidsniveaus gerelateerd aan de cao's met dezelfde tarieven voor alle zorgorganisaties. Deskundigheidsniveaus en tarieven vastgesteld samen met zorgorganisaties en cliëntvertegenwoordiging.

Voorbeeld 1. Gemeente koopt deskundigheid in.



Istock

Een belangrijk voordeel voor de cliënt en het wijkteam is dat zij de cliënt niet meer hoeven in te passen in een profiel of resultaats-hokje om te kunnen voldoen aan de voorwaarden voor financiering in de inkoopcontracten.

Kostprijsberekening

Deze adviesgroep kwam in twee maanden vier keer bij elkaar. In de eerste sessie is het inkoopproces toegelicht en presenteerde de gemeente de concept overeenkomst. Vervolgens is in de volgende sessie met de zorgorganisaties consensus gezocht op de voor de inkoop belangrijkste onderdelen van de overeenkomst: het bekostigen van deskundigheidsniveaus, welke deskundigheidsniveaus dit dan zijn, de rol van het wijkteam bij het gezamenlijk met cliënt, sociaal netwerk en zorgorganisatie bepalen van intensiteit van benodigde zorg en de wijze van facturatie.

Tussen de tweede en derde sessie is zorgorganisaties gevraagd financiële gegevens te overleggen, zoals loonkosten, overheadpercentage en productiviteitspercentages. Dit is ook gevraagd aan de organisaties die meededen via de website en dus niet aan tafel zaten. In sessie drie presenteerde de gemeente de opbrengst. Per deskundigheidsniveau is per onderdeel in de kostprijsberekening het minimale cijfer, het maximale cijfer en het gemiddelde cijfer gepresenteerd. Daarbij is niet bekend gemaakt wie deze cijfers indienden. Op deze wijze kregen ook de zorgorganisaties zicht op de grote verschillen in loonkosten, overhead en productiviteit.

Tussen de derde en vierde sessie is op basis van deze bijeenkomst nogmaals door zorgorganisaties financiële informatie overgelegd. In de vierde sessie is vervolgens plenair onderhandeld over de onderdelen van de kostprijsberekening om tot acceptabele, generieke tarieven per deskundigheidsniveau te komen. Tot slot heeft de gemeente een schriftelijk aanbod aan alle partijen gedaan, ook die meededen via de website, om de definitieve overeenkomst inclusief tarieven te aanvaarden. Alle zorgorganisaties gingen akkoord.

Slot

Voordeel van deze wijze van inkopen is dat partijen het traject snel kunnen doorlopen. Hier duurde het vier maanden, inclusief voorbereiding. Voor zowel gemeente als zorgorganisaties was ook goed te definiëren wat zij nu eigenlijk overeenkwamen: de levering van deskundigheid, te herleiden tot inschaling in van toepassing zijnde cao's. Een belangrijk voordeel voor de cliënt en het wijkteam is dat zij de cliënt niet meer hoeven in te passen in een profiel of resultaats-hokje om te kunnen voldoen aan de voorwaarden voor financiering in de inkoopcontracten. In plaats daarvan

faciliteren de inkoopcontracten nu cliënt en wijkteam in het op individueel niveau formuleren van maatwerk resultaten, waarbij zij samen met de zorgorganisatie bepalen welke deskundigheid in welke intensiteit nodig lijkt te zijn. In de uitvoering is daarbij flexibiliteit van inzet behouden. Op- en afschalen van deskundigheid en intensiteit blijft mogelijk. Kritische succesfactor van het model is wel dat het wijkteam zelf deskundig genoeg is om inzet en intensiteit te bepalen. Bij een versimpelde inkoop blijven er echter meer financiële middelen over om die deskundigheid te financieren. ■

Noot

1. De Code verantwoord marktgedrag thuisondersteuning ligt inmiddels voor als algemene maatregel van bestuur. Deze mvb stelt enkele elementen in de inkoop van Wmo diensten later dit jaar verplicht, zoals een wijze van kostprijsberekening. De gemeente liep hier dus zonder dat zij het wist op vooruit.

Wilt u nog meer praktijkvoorbeelden bekijken? Lees ook het artikel dat Tim Robbe schreef in Sociaal Bestek nr 2 van 2016: Resultaten inkopen en sturen op resultaat; twee verschillende dingen!