

Zorg op maat tegen lagere kosten vraagt vernieuwing

Gemeenten kopen zorg in bij professionele zorginstellingen, en moeten (mede) via inkoop vernieuwing realiseren. Slechts een minderheid van gemeenten durft de inkoop echt in te zetten als hefboom voor innovatie, zo blijkt uit recent onderzoek.



de AWBZ bijna honderd verschillende producten al naar gelang de aard van de beperking, zwaarte van de beperking en eigenschappen van de zorgverlening. Voor al deze producten sloten de zorgkantoren met zorgaanbieders raamcontracten af, waarbij veelal een budget voor totaal te leveren zorg werd afgesproken. De zorgaanbieders factureerden dan het aantal uren of dagdelen geleverde zorg keer het afgesproken tarief. Dit systeem kent een perverse prikkel voor aanbieders om zo veel mogelijk zorg te leveren en daarmee hun omzet te vergroten. De systematiek gaat ook wezenlijke innovatie tegen: aanbieders die door slim te werken met minder uren zorg dezelfde resultaten bereiken worden hier financieel niet voor beloond, maar juist gestraft. Daarbovenop moeten zorgverleners de geleverde uren en handelingen administreren, waardoor tot 30 procent van de tijd van zorgverleners aan overheadprocessen verloren gaat.

Vernieuwing

Traditioneel kopen gemeenten opdrachten boven de aanbestedingsdrempel in via een openbare (Europese) aanbesteding, waarin een offerte-uitvraag met een programma van eisen wordt gepubliceerd. De opdracht wordt gegund op prijs en kwaliteitscriteria (EMVI). Veel gemeenten grepen echter bij de inkoop van de Wmo-diensten (Wet maatschappelijke ondersteuning) de inrichting van de inkoopprocedure aan als middel om de gewenste vernieuwing te realiseren. De gedachte was dat een onconven-

Auteurs



Jan Telgen
Functie: hoogleraar inkoopmanagement
Organisatie: voor de publieke sector aan de Universiteit Twente en betrokken bij het PPRC



Niels Uenk
Functie: onderzoeker
Organisatie: Public Procurement Research Centre

Vanaf 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de zorg voor kwetsbare mensen. De decentralisatie van deze taken is bedoeld om de zorg dichterbij de burger te organiseren, om zo lokaal maatwerk mogelijk te maken. Dit moet ten goede komen aan de kwaliteit én de kosten. De bezuinigingen lopen op van 11 procent in 2015 tot 25 procent in 2017.

Hefboom

Het gaat bij deze zorg om begeleiding bij het zelfstandig leven en het bieden van een zinvolle dagbesteding aan mensen met een lichamelijk (somaatische) beperking of een psychische of psychiatrische beperking (van licht verstandelijke beperking tot aan dementie en van anorexia tot ADHD). Die zorg moet de cliënten structuur in de dag geven en mogelijk maken dat ze deelnemen aan het maatschappelijk verkeer zoals het onderhouden van sociale contacten, het regelen van de financiën of het gebruik van het open-

baar vervoer. Gemeenten kopen deze zorg in bij professionele zorginstellingen, en moeten (mede) via inkoop de beoogde vernieuwing realiseren. Onderzoekers van het Public Procurement Research Centre (PPRC) en de Universiteit Twente onderzochten de inkoopdocumenten van 350 Nederlandse gemeenten om vast te stellen in hoeverre deze transformatie al in 2015 wordt gerealiseerd, en vooral: hoe. Wat blijkt? Slechts een minderheid van gemeenten durft de inkoop echt in te zetten als hefboom voor innovatie.

Overheadprocessen

Tot 2015 viel deze vorm van zorg onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Deze zorg werd ingekocht door regionaal opererende zorgkantoren. Veel speelruimte hadden deze zorgkantoren echter niet: er gold een centraal gestandaardiseerd systeem van 'producten' en bijbehorende maximumtarieven. Voor begeleiding en dagbesteding bestonden in

Door resultaten centraal te stellen, vermijden gemeenten perverse prikkels en tijdrovende administratie

tionele manier van inkopen leidt tot vernieuwing van de in te kopen sociale diensten. Bovendien biedt de Aanbestedingswet 2012 ook de mogelijkheid om van de standaardprocedure af te wijken: sociale diensten kwalificeren als zogenoemde 2B-diensten (daarop is niet de gehele Aanbestedingswet van toepassing). Naast de traditionele openbare aanbesteding – nog slechts door 15 procent van de gemeenten toegepast – zijn vier onconventionele inkoopprocedures toegepast:

Conventionele inkoopprocedure:

1. Openbaar (Europees) aanbesteden

Onconventionele inkoopprocedures – toegestaan voor 2B-diensten

1. Het 'Zeeuws model'
2. Bestuurlijk aanbesteden
3. Onderhandelen
4. Prestatie-inkoop (Best Value Procurement)

Inkoopprocedures

Bij inkopen volgens het Zeeuws model definieert de opdrachtgever zelf zowel de contractvoorwaarden als de prijs (in de vorm van standaardtarieven). Aanbidders moeten vervolgens alleen akkoord gaan met alle voorwaarden en enkele bewijsstukken van geschiktheid indienen, een offerte is niet nodig. Deze vorm van inkopen is in 2014 toegepast door 20 procent van de gemeenten. Meer dan 55 procent van de gemeenten koopt de diensten in op basis van de principes van bestuurlijk aanbesteden, waarbij de gemeenten samen met een groep leveranciers ge-

zamenlijk onderhandelt over de contractvoorwaarden.

Spelregels

Een bestuurlijke aanbesteding verloopt in twee fases. In de eerste fase worden de spelregels van de onderhandeling afgestemd en vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst. Vervolgens wordt in de tweede fase conform de vastgelegde spelregels plenair onderhandeld over de details van de opdracht. Ongeveer 5 procent van de gemeenten nodigt een selectie van leveranciers uit om een-op-een te gaan onderhandelen op basis van een programma van eisen en voorgestelde (maximum) tarieven.

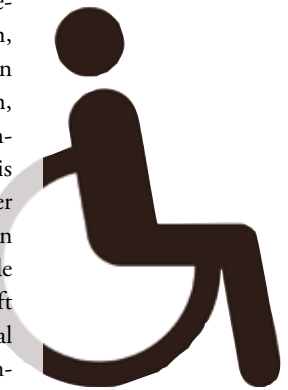
Best Value

Ten slotte zijn er enkele gemeenten (minder dan 5 procent) die de Wmo

hebben ingekocht met Prestatie-inkoop (Best Value Procurement). Hierbij beschrijft de gemeente de in te kopen diensten, maar laat het aan de inschrijvers over om in hun offerte te beschrijven welke risico's ze zien, hoe ze deze gaan beheersen, en op welke wijze hun prestaties gemeten en afge-rekend moeten worden.

Vrijheid om te innoveren

De aanname dat een onconventioneel inkoopproces ook tot vernieuwde zorgproducten leidt, blijkt niet op te gaan. Circa 85 procent van gemeenten hanteert een onconventionele inkoopprocedure, maar slechts 40 procent van de gemeenten koopt ook werkelijk vernieuwde diensten in. Om de perverse prikkel van productiegedreven zorgcontracten te vermijden, en aanbidders werkelijk te stimuleren en vrijheid te geven om te innoveren, moeten de juiste prikkels in de contracten worden ingebouwd. Toch is zo'n 60 procent van de gemeenten hier niet in geslaagd. Van deze gemeenten hanteert een derde nog exact dezelfde AWBZ-producten. Twee derde heeft wel drastisch gesneden in het aantal producten onder het mom van vereenvoudiging, door deze te clusteren in →



VOORDELEN EN NADELEN VAN RESULTAATCONTRACTEN VERSUS INPUTCONTRACTEN

Resultaatcontracten	
+	-
Geen administratie van geleverde uren nodig (besparing op overhead)	Opdrachtgever moet geleverde prestaties meten (extra lasten)
Stimuleert slim en innovatief werken	Resultaten beschrijven én objectief meten in het sociaal domein is een uitdaging
Beloont resultaten in plaats van inspanning	
Geen perverse prikkel tot (over)productie	

Bron: Niels Uenk, Jan Telgen, 2015



De aannname dat een onconventioneel inkoopproces ook tot vernieuwde zorgproducten leidt, gaat niet op

circa tien producten. Maar voor deze nieuwe producten hanteert men nog steeds productiegedreven contracten (uren x tarief). Deze vereenvoudiging heeft overigens een dubieuze keerzijde voor aanbieders: omdat iedere gemeente weer andere 'vereenvoudigde' producten heeft, is het voor aanbieders juist administratief lastiger geworden.

Werkelijk nieuwe prikkels

Gemeenten die erin zijn geslaagd om werkelijk nieuwe prikkels voor innovatie van de zorgverlening in de systematiek in te bouwen, doen dit door het toepassen van contracten waarin het resultaat centraal staat (resultaatcontracten of *performance-based contracts*) en functioneel specificeren van de zorg. Door het gewenste eindresultaat centraal te stellen – in plaats van de wijze waarop het tot stand komt – creëren deze gemeenten de omstandigheden waarin zorgaanbieders werkelijk de zorg kunnen vernieuwen.

Dienstentriade

Gemeenten die resultaatcontracten in het sociaal domein toepassen, staan voor diverse uitdagingen: zo is de 'ontvanger' van de dienstverlening niet dezelfde als de opdrachtgever. Dit fenomeen staat in de inkoopwetenschap bekend als de dienstentriade. In de triade moet de opdrachtgever dus bij cliënten monitoren of de beoogde resultaten zijn bereikt. Bovendien is het omschrijven van de resultaten én de wijze waarop gemeenten het behalen daarvan monitoren, niet simpel. Het kader op de vorige pagina geeft een overzicht van voordelen en uitdagingen. De 40 procent van de gemeenten die een vorm van resultaatcontracten toepast, past grofweg een van twee systemen toe: resultaatgerichte producten of populatiebepaling:

• Resultaatgerichte producten

Bij resultaatcontracten met resultaatgerichte producten lijkt de inkoopsys-

tematiek op hoofdlijnen op de oude systematiek. Echter, in plaats van afspraken over het aantal te leveren uren zorg per week – staan in het raamcontract nu afspraken over de te realiseren resultaten: bijvoorbeeld zorgen dat het huis van de cliënt schoon is, dat de cliënt zijn post leest en rekeningen betaalt. De aanbieder is in grote mate vrij om zelf te bepalen hoe deze resultaten worden bereikt: de gemeente monitort slechts het (eind)resultaat – bijvoorbeeld via cliënttevredenheid, meetinstrumenten of eigen waarneming. Bovendien hoeft de zorgverlener geen gedetailleerde urenadministratie meer bij te houden en kan deze tijd besteden aan het leveren van zorg.

• Populatiebepaling

Bij resultaatcontracten kan ook populatiebepaling worden gebruikt. Dit komt erop neer dat de zorg niet per individu wordt vergoed – maar dat een leverancier wordt gecontracteerd voor het leveren van alle benodigde zorg voor een groep mensen. Een gemeente contracteert dan per wijk of stadsdeel één aanbieder (of consortium) als hoofdaannemer voor alle zorg in die wijk. Deze hoofdaannemer krijgt een vast budget, en het is vervolgens de verantwoordelijkheid van de hoofdaannemer om verder alles te regelen. De hoofdaannemer zal iets moeten regelen voor de toeleiding (instroom nieuwe cliënten) en zal ook afspraken moeten maken met andere kleine en

grote zorgaanbieders als onderaannemer. De gemeente monitort het behalen van de resultaten op individueel niveau, en op populatieniveau, bijvoorbeeld het percentage 65-plussers dat nog zelfredzaam thuis woont.

Lokaal maatwerk

Om in de langdurige zorg lokaal maatwerk te kunnen leveren tegen lagere kosten, is vernieuwing onontbeerlijk. Echte vernieuwing van de inhoudelijke zorg moet uit het samenspel van cliënten en zorgaanbieders komen. Gemeenten bepalen de gelegenheid voor zorgaanbieders om met vernieuwingen te komen. Door resultaten centraal te stellen bij de inkoop van Wmo-diensten en jeugdzorg, vermijden gemeenten perverse prikkels en tijdrovende administratie die niets bijdraagt aan de uitkomsten van zorgverlening. Bovendien stimuleren resultaatcontracten aanbieders samen te werken op voorheen gescheiden domeinen: tussen Wmo en jeugd, jeugd en school, Wmo en schuldhulpverlening.

Slimme aanpak

Voor gemeenten die 2015 als overgangsjaar gebruiken voor Wmo en/of jeugdzorg is er nog voldoende tijd om dit voor 2016 nog te regelen. Uit onze eigen ervaring blijkt dat met een slimme aanpak resultaatcontracten binnen drie maanden kunnen worden gerealiseerd, maar dan is er wel echt werk aan de winkel. ◉

