



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Van rol naar bekostiging in 3D

Bart van de Gevel

Achtergrondnotitie bij het advies Gemeentezorg

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding	5
2. Wat zijn de doelen van de decentralisatie ?	6
3. Vier verschillende rollen	8
3.1 Inleiding	8
3.2 Manager	8
3.3 Opdrachtgever	8
3.4 Marktmeester	10
3.5 Partner	11
4. Wat zijn de voor- en nadelen van verschillende bekostigingsmodellen?	12
4.1 Mate van bundeling	12
4.2 Mate van prestatie-afrekening	13
4.3 Prijsbepaling	15
4.4 Open einde of gesloten bekostiging	15
4.5 Wat voor bekostigingssystemen passen bij verschillende rollen?	16
5. Wat voor strategieën kiezen gemeenten nu, en welke contracteer- en bekostigingsvormen passen hierbij?	19
5.1 Vier verschillende strategieën ¹⁹	
5.2 Conclusie	23
6. Belangrijke randvoorwaarden	24
6.1 Gepaste beleidsvrijheid	24
6.2 Een goed monitor- en benchmarksysteem	24
6.3 Burgerinvloed	24
6.4 Een goede samenwerking met de zorgverzekeraar	25
Geconsulteerde personen	27
Referenties	28

Samenvatting

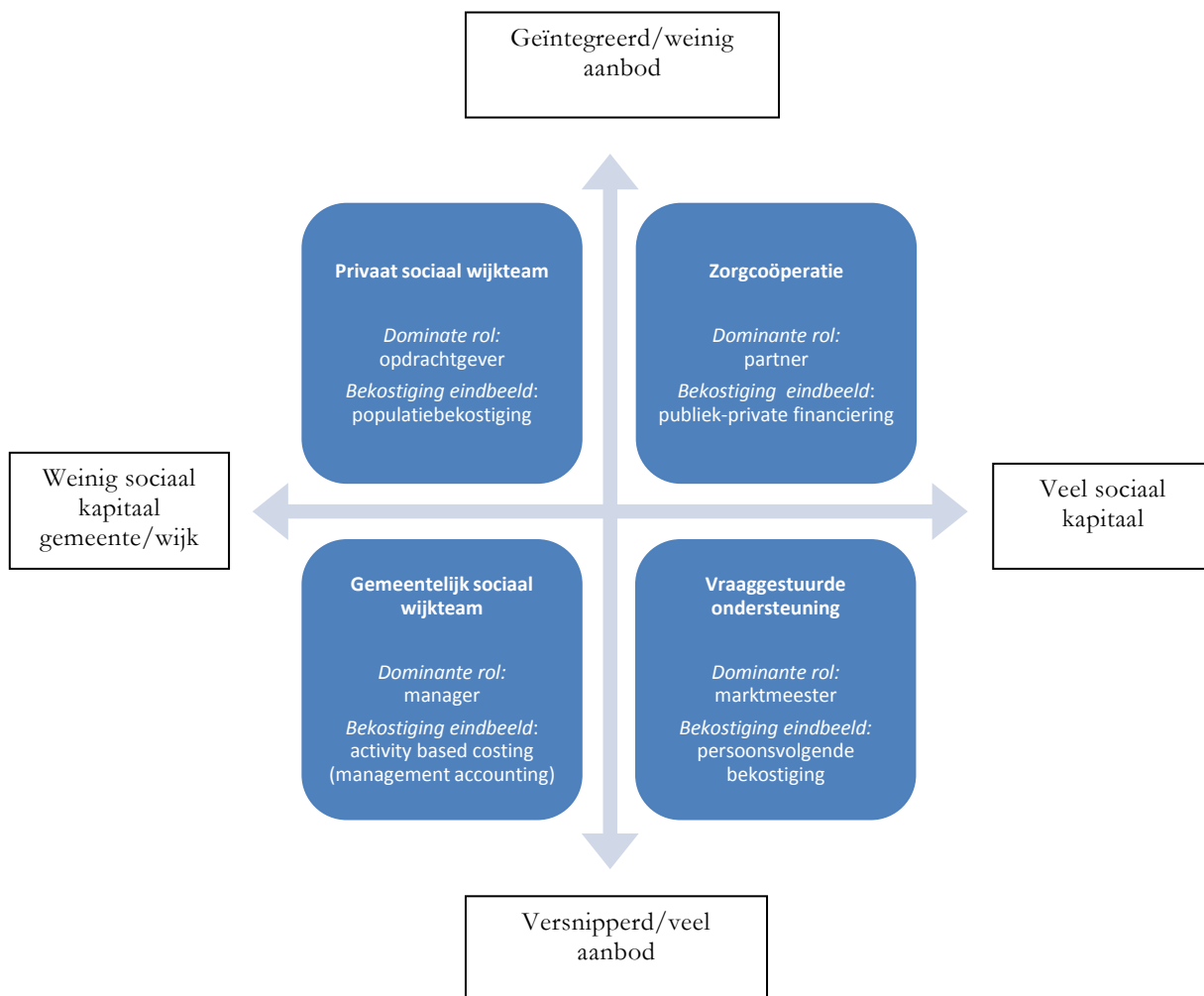
Gemeenten kunnen verschillende rollen op zich nemen om de decentralisatie succesvol in te vullen. In deze notitie worden er vier onderscheiden, die van manager, opdrachtgever, marktmeester en partner. Bij elk van deze rollen past een ander manier van bekostigen. Welke combinatie van rol en bekostiging optimaal is hangt voor een belangrijk deel af van:

- het aanwezige sociale kapitaal in een wijk of gemeente
- het aanwezige zorg- en welzijnsaanbod

Wanneer deze twee kenmerken worden gecombineerd in een assenstelsel kunnen er vier kwadranten onderscheiden worden. Vervolgens kan aan elk van deze kwadranten een dominante rol en bekostigingsmodel gekoppeld worden. Dit leidt tot vier mogelijke strategieën:

- In een wijk/gemeente met relatief weinig sociaal kapitaal en een geïntegreerd aanbod kan een gemeente zorg en welzijn via opdrachtgeverschap overlaten aan private partijen. Wat betreft de bekostiging zou hier in het eindbeeld een model van populatiebekostiging passen.
- In een wijk/gemeente met relatief weinig sociaal kapitaal en een versnipperd aanbod kan een gemeente zorg en welzijn - in elk geval wat betreft het sociaal wijkteam en het loket - zelf een grotere rol op zich nemen als manager. Sturing vindt dan vooral plaats via de hiërarchische relatie in plaats van het bekostigingsmodel. Wel zou de gemeente gebruik kunnen maken van management accountingmethodes, zoals *activity based costing*.
- In een wijk/gemeente met relatief veel sociaal kapitaal en weinig aanbod zullen burgers vaker zelf het heft in handen nemen. De gemeente kan hier de rol van partner van het privaat initiatief op zich nemen. Wat betreft de bekostiging past hier een combinatie van publiek-private financiering.
- In een wijk/gemeente met relatief veel sociaal kapitaal en veel aanbod kan een gemeente meer ruimte geven aan keuzevrijheid, door de rol van marktmeester op zich te nemen. Hierbij past in eindbeeld een model van persoonsvolgende bekostiging.

Er is dus niet één optimale strategie, maar er zijn er meerdere. De vier hier gepresenteerde strategieën zijn niet uitputtend en er zijn allerlei combinaties mogelijk. Daarnaast kan een gemeente ook een strategie juist bewust inzetten om de integratie van het aanbod te vergroten of het sociaal kapitaal te versterken. Uit onderzoek zal moeten blijken welke strategie uiteindelijk in welke situatie tot het gewenste resultaat leidt.



1. Inleiding

Vanuit het Rijk vinden er drie decentralisaties plaats naar gemeenten: de participatiewet, de jeugdzorg en de overheveling van AWBZ-verantwoordelijkheden naar de WMO. Dit wordt in het veld ook wel afgekort als 3D. Voor het succes van deze operatie is het van belang hoe gemeenten hun rol oppakken en de bekostiging wordt vormgegeven. Centrale vraag in deze notitie is:

- *Hoe kunnen bekostigingsstrategieën ingezet worden om de doelstellingen van de decentralisatie te realiseren, en welke randvoorwaarden zijn bepalend voor het succes.*

Om deze vragen te beantwoorden worden een aantal deelvragen beantwoord:

- *Wat zijn de belangrijkste doelen van de decentralisatie, en in het bijzonder die van AWBZ-verantwoordelijkheden, naar de WMO? (hoofdstuk 2)*
- *Wat voor verschillende rollen kan een gemeente op zich nemen (hoofdstuk 3)?*
- *Wat voor bekostigingselementen passen bij de verschillende rollen, en wat zijn de voor- en nadelen hiervan? (hoofdstuk 5)*
- *Wat voor strategieën ten aanzien van de rolinvulling en de bekostiging zien we in de praktijk, en wat voor dilemma's en overwegingen spelen hierbij? (hoofdstuk 6)*
- *Aan welke randvoorwaarden moet voldaan zijn, willen verschillende strategieën leiden tot het realiseren van de gestelde doelstellingen in het kader van de decentralisatie? (hoofdstuk 7)*

Binnen deze notitie ligt de nadruk op de decentralisatie van AWBZ-verantwoordelijkheden naar de WMO. Deze decentralisatie wordt in samenhang gezien met de andere twee decentralisaties, en is het kader breed toepasbaar. Volgens het regeerakkoord zou het gaan om de AWBZ-taken persoonlijke verzorging en begeleiding. Uiteindelijk heeft het Kabinet besloten om de verantwoordelijkheid voor persoonlijke verzorging niet over te dragen naar gemeenten, maar naar zorgverzekeraars.

2. Wat zijn de doelen van de decentralisatie ?

Voordat ingegaan wordt op verschillende strategieën is het goed om eerst voor ogen te hebben wat de doelen zijn van de decentralisatie. Het Kabinet wil met de decentralisatie van AWBZ- verantwoordelijkheden naar gemeenten verschillende doelstellingen bereiken die op verschillende niveaus liggen. In de brief hervorming langdurige zorg is te lezen dat het stelsel van langdurige zorg uiteindelijk tot doel heeft om het welbevinden van burgers te vergroten (Ministerie van VWS 2013: 2). Tevens wordt er door het Kabinet flink bezuinigd op zorg en welzijn (Ministerie van AZ, 2012). Je zou deze twee doelstellingen als volgt kunnen samenvatten: het Kabinet wil op de collectieve uitgaven bezuinigen, waarbij dit zo min mogelijk ten koste gaat van het welbevinden van burgers, of dit welbevinden zelfs versterkt wordt. Bij de functie extramurale begeleiding gaat het met name om twee specifieke aspecten van welzijn, namelijk participatie en zelfredzaamheid (zie box 1 voor definities en meetinstrumenten).

Box 1: Definities en meetinstrumenten participatie en zelfredzaamheid

Participatie:

Bij participatie gaat het erom in hoeverre burgers meedoen in de samenleving. Een veel gebruikt meetinstrument is de participatieladder (zie www.participatieladder.nl). De ladder bestaat uit zes treden die het participatieniveau aangeven.

Participatieladder

1. Betaald werk
2. Betaald werk met ondersteuning
3. Onbetaald werk
4. Deelname georganiseerde activiteiten
5. Sociale contacten buitenhuis
6. Geïsoleerd

Zelfredzaamheid:

Onder zelfredzaamheid verstaan we het met zo min mogelijk overheidssteun kunnen meedoen aan de samenleving. Een veel gebruikt instrument is de zelfredzaamheidsmatrix (zie <http://www.zelfredzaamheidsmatrix.nl/>). Bij deze matrix worden op elf domeinen (financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, activiteiten dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie, en justitie) burgers beoordeeld hoe zij scoren op zelfredzaamheid.

Het Kabinet geeft in de brief hervorming langdurige zorg ook aanwijzingen over hoe doelstellingen als meer zelfredzaamheid en participatie te realiseren zijn. Zo moet er ten eerste veel meer gekeken worden naar wat mensen zelf of via hun netwerk kunnen regelen, voordat er aanspraak gedaan kan worden op collectieve voorzieningen (Ministerie van VWS 2013: 4). Het gaat om financieel als niet financiële aspecten. In deze zin wordt het collectieve stelsel meer een vangnet voor de mensen die het ook het meeste nodig hebben. Dit betekent geen rechten meer op zorgaanpakken, maar slechts een plicht voor gemeenten om te compenseren.

Mochten burgers toch ondersteuning nodig hebben, dan kan deze doelmatiger ingericht worden. Hier wordt gewezen op een aantal mogelijkheden. Ten eerste verwacht het Kabinet dat er dwarsverbanden te leggen zijn op het lokaal niveau, omdat de gemeenten straks integraal verantwoordelijk worden voor de WMO, de jeugdwet en de participatiewet (Ministerie van VWS 2013: 5). Dit zou synergievoordelen kunnen opleveren. Dit past bij de slogan uit het Regeerakkoord: één gezin, één plan, één

regisseur. Ten tweede kunnen schaalvoordelen benut worden door meer collectieve voorzieningen i.p.v. individuele voorzieningen aan te bieden (Ministerie van VWS 2013: 7). Ten derde verwacht het Kabinet dat samenwerken belangrijk is. Samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars, maar ook samenwerking tussen gemeenten en zorgaanbieders, en zorgaanbieders onderling (Ministerie van VWS 2013: 17). Ten slotte is er ook de mogelijkheid om bestaande zorg en welzijn op een efficiëntere manier aan te bieden. Bijvoorbeeld door de overhead te verminderen, in het management te snijden of te werken met taakherschikking.

Samenvattend zijn de belangrijkste doelstellingen van het Kabinet het versterken van zelfredzaamheid en participatie, door:

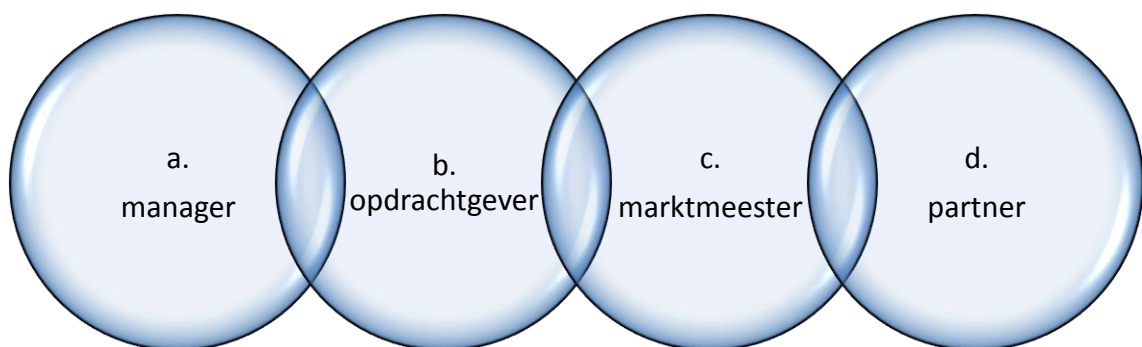
- Het versterken van redzaamheid van burgers (georganiseerde burgerij)
- doelmatige ondersteuning voor wie deze het meeste nodig heeft:
 - synergie tussen verschillende beleidsterreinen (integraal beleid)
 - substitutie van individuele naar collectieve voorzieningen
 - samenwerking tussen verzekeraars, zorgverleners en professionals vergroten
 - de organisatie stimuleren om doelmatiger te werken

3. Vier verschillende rollen

3.1 Inleiding

Om deze doelstellingen te realiseren krijgen gemeenten vanuit het gemeentefonds op basis van een verdeelmodel middelen. Vervolgens staan gemeenten voor de vraag hoe ze deze doelstellingen -gegeven deze middelen- kunnen realiseren. Gemeenten kunnen hierbij vier verschillende rollen op zich nemen: (a) manager, (b) opdrachtgever, (c) marktmeester, en (d) partner. Gemeenten hoeven overigens niet altijd dezelfde rol aan te nemen. Rollen kunnen verschillen per type verantwoordelijkheid (denk aan preventie, generalistische en specialistische zorg), maar ook op per type wijk of gemeente (bijvoorbeeld op basis van het aanwezige sociaal kapitaal).

Figuur 1: Vier verschillende rollen



3.2 Manager

Ten eerste kan een gemeente nadrukkelijk zelf de organisatie van maatschappelijke ondersteuning op zich nemen. Dit betekent overigens niet dat een gemeenteambtenaar zelf voor zorgverlener gaat spelen, zoals de Telegraaf suggereerde in het artikel “Ambtenaar wordt Jeugdpsychiater”. (Kuitert 2013). Wel zou de gemeente professionals in dienst kunnen nemen of kunnen aansturen. Je zou dit kunnen zien als een vorm van verticale integratie. Het voordeel hiervan is dat verschillende belangen gelijkgeschakeld worden, en onderhandelingskosten beperkt blijven. Deze kosten zullen met name hoog zijn, wanneer er sprake is van onzekerheid en complexiteit (Williamson 1985). De gemeente kan als manager integratie en samenwerking tot stand brengen.

Dat de gemeente zelf de rol als manager op zich neemt heeft mogelijk als nadeel dat er minder prikkels zijn voor doelmatigheid en innovatie dan binnen een opdrachtgevers- of marktmeestermodel. Economen spreken bij overheden vaak over *soft budget constraints*, als het er echt op aankomt kunnen deze niet failliet gaan en worden ze gecompenseerd (Maskin 1996). In een markt gelden normaliter *hard budget constraints*; wanprestaties kunnen tot een faillissement leiden. Een ander nadeel kan zijn dat professionals in dienst van de gemeente minder autonoom kunnen opereren, en zij uiteindelijk gedreven worden door belangen van de gemeente, zoals het beheersen van de kosten.

3.3 Opdrachtgever

Ten tweede kan een gemeente de opdracht aan één of meerdere externe partijen geven. Het voordeel van opdrachtgeverschap ten opzichte van het

zelf doen is dat dit kan leiden tot een grotere doelmatigheid en meer innovatie. Aan dit opdrachtgeverschap kan op verschillende manieren invulling gegeven worden. Dit heeft met name te maken met de procedure, en het type contract of het subsidiebesluit die hier uit voortvloeit (zie ook box 2). Een belangrijk verschil is bijvoorbeeld of dit gaat via een klassieke aanbesteding of via een relationele aanbesteding.

Box 2: Contracteren of subsidiëren?

Gemeenten staan voor het vraagstuk of ze aanbieders moeten subsidiëren of contracteren. Zelf zijn ze gewend om welzijnswerk vaak te subsidiëren, terwijl in de AWBZ contracten gebruikelijk waren. Over het algemeen stellen contracten gemeenten in staat om meer regie te nemen, en hebben bij subsidies zorgverleners meer vrijheid. Echter in de praktijk is dit onderscheid minder duidelijk en kan met beide vormen vaak hetzelfde bereikt worden.

Bij marktgericht aanbesteden maken gemeenten gebruik van het concurrentiemechanisme. Het gaat hier om concurrentie “om” de markt. Bij concurrentie om de markt vindt er competitie plaats om een bepaalde dienst te mogen aanbieden. Gebruikers kunnen vervolgens alleen van deze aanbieder of groep aanbieders gebruik maken. Er vindt bij het klassiek aanbesteden in principe geen onderhandeling plaats over de contracten, en ze mogen gedurende hun looptijd niet aangepast worden. Wel kan er een marktconsultatie plaatsvinden voorafgaand aan de aanbesteding.

Er wordt een opdracht uitgezet in een open aanbesteding. De gemeente geeft in een bestek aan wat deze wenst en zorgverleners offeren wat zij kunnen bieden. Op basis van een afweging van prijs en kwaliteit wordt uiteindelijk de aanbesteding gegund. De winnende partij mag de dienst voor een bepaalde periode leveren. Omdat zorgverleners elkaar willen aftroeven om de opdracht te krijgen, krijgt de gemeente in theorie uiteindelijk de dienstverlening voor de beste prijs-kwaliteitverhouding. Bij klassiek aanbesteden worden er afspraken gemaakt over zowel de prijs als de hoeveelheid. Het gaat hier dus om omzetcontracten. Dit lijkt op eerste gezicht een heel effectief instrument. Een belangrijk nadeel is dat het in de praktijk vaak moeilijk is om alle relevante aspecten in een contract op te nemen. Vooral kwaliteit kent niet contracteerbare aspecten. Hierdoor is het voor gemeenten moeilijk om een goede afweging tussen prijs en kwaliteit te maken.

Wanneer een opdrachtgever niet over deze informatie beschikt en deze heeft te maken met onzekerheid, kan het meer voor de hand liggen om relationele contracten aan te gaan. Binnen deze contracten is er continue ruimte voor onderhandeling, en kan gaandeweg het contract nog aangepast worden. Een vorm van relationeel aanbesteden is bijvoorbeeld het bestuurlijk aanbesteden (Robbe 2011) of het convenantenmodel (IBMN 2013). Bij relationeel aanbesteden worden er convenanten afgesloten tussen de gemeente en zorg- en welzijnsaanbieders. Op basis van een basisdocument wordt er tussen partijen overlegd. Opdrachtgever en opdrachtnemer onderhandelen met elkaar over selectie- en gunningcriteria, prestaties, monitoring en prijsvorming. Uiteindelijk is het de opdrachtgever die bepaalt wat er gebeurt (zie site Pianoo ¹).

Het voordeel van relationeel aanbesteden is dat de opdrachtgever en de opdrachtnemer van elkaars kennis en kunde gebruik kunnen maken. Ook

1

http://www.pianoo.nl/sites/default/files/documents/documents/bestuurlijk_aanbestede_n.pdf

kan beter omgegaan worden met onzekere gebeurtenissen, doordat er meer flexibiliteit is. Een nadeel van deze manier van contracteren is dat het tot strategisch gedrag kan leiden van partijen en kan leiden tot veel onderhandelingskosten (het continue om tafel zitten). Daarnaast kan dit innovatie remmen indien er vooral contracten worden gesloten met de zittende partijen. Zowel klassiek aanbesteden als relationeel aanbesteden hebben als nadeel dat ze de keuzevrijheid op de markt voor de burger beperken.

3.4 Marktmeester

Als derde kan een gemeente er ook voor kiezen om het marktmechanisme in te zetten, en burgers te laten kiezen tussen verschillende aanbieders. De rol van de marktmeester is die van spelontwerper en scheidsrechter (Van Damme 2000). De gemeente kan op basis hiervan veel of weinig ruimte over laten aan burgers om te kiezen. Bij een raamcontract is deze relatief beperkt, terwijl bij een persoonsgebonden budget deze relatief groot is.

Een voorbeeld van een raamcontract is het zogenaamde Zeeuwse model (zou je ook persoonsvolgende bekostiging kunnen noemen). Bij het Zeeuwse model ligt de prijs vast en gelden er minimale kwaliteitseisen. Vervolgens mag elke aanbieder, die het voor deze prijs en kwaliteit kan leveren, de zorg aanbieden. In tegenstelling tot het klassiek aanbesteden is er dus concurrentie *op* de markt. Deze concurrentie kan niet plaatsvinden op prijs -die ligt immers vast-, maar wel op de kwaliteit boven een bepaald geëist minimumniveau.

Ook bij een persoonsgebonden budget (pgb) neemt de overheid de rol in van marktmeester. Hier geeft hij meer ruimte aan burgers dan bij raamcontracten. Bij een pgb krijgt een cliënt een bepaald bedrag waarmee deze zelf zorg kan inkopen. Een gemeente stelt een aantal voorwaarden, waarbinnen de inkoop plaats moet vinden. Bijvoorbeeld waarvoor het gebruikt mag worden, en of er vouchers met trekkingsrecht gelden in plaats van een geldbedrag op de bank.

Het voordeel van deze modellen is dat er keuzevrijheid op de markt behouden blijft. Vooral wanneer kwaliteit samenhangt met de preferenties van cliënten zijn dit sterke modellen. Bij individuele begeleiding zal dit relatief vaak het geval zijn. De klik die een cliënt met een begeleider heeft zal een belangrijke factor zijn voor de effectiviteit van begeleiding (zie bijvoorbeeld het overzicht van Schreuder en Heuder 2012). Een ander voordeel van deze modellen is dat er veel ruimte is voor nieuwe toetreders, innovatie en ZZP'ers. Doordat cliënten stemmen met de voeten hebben aanbieders prikkels om cliënten tevreden te houden en dit kan leiden tot hogere kwaliteit van zorg en welzijn.

De rol van marktmeester kent echter ook een aantal nadelen. Ten eerste heeft de gemeente om een markt goed te kunnen reguleren informatie nodig. Zo is er bij het Zeeuwse model veel informatie nodig over de prijs. Stelt de gemeente deze te hoog vast, dan betaalt men te veel voor de ondersteuning. Stelt de gemeente de prijs te laag vast dan kan dit ten koste gaan van de kwaliteit van de ondersteuning. Ten tweede gaat marktwerking moeilijk samen met een uitgavenplafond (Commissie Macrobeheersinstrument 2012). Voor het beheersen van de kosten zijn dan andere instrumenten nodig, bijvoorbeeld via de indicatiestelling of eigen bijdragen. Ten derde kunnen er schaalnadelen gelden van inkoop en kan afgevraagd worden of cliënten voldoende redzaam zijn om de inkoop te doen. Mogelijk kunnen ze terugvallen op ondersteuners vanuit hun netwerk. Ten vierde kan afgevraagd worden of keuzevrijheid voor alle cliënten wel even relevant is. Wat als het om zorgmijders gaat of cliënten die onvoldoende bekwaam zijn? Wat dit laatste betreft blijkt overigens dat een groot deel van de AWBZ-gebruikers

(70%) een basisbekwaamheid heeft om te kiezen, of een mantelzorger heeft die dit kan doen (SEO, 2010). Een laatste nadeel kan zijn dat een pgb aantrekkelijker is dan het aanbod in natura, en zo een aanzuigende werking heeft.

3.5 Partner

Ten slotte kan een gemeente er ook voor kiezen op bepaalde verantwoordelijkheden met burgers te delen of zelfs volledig aan burgers over te laten, en slechts faciliterend op te treden. Twee voorbeelden van publiek-privaat partnerschap zijn zorgcoöperaties en maatschappelijk aanbestedingen.

We zien zorgcoöperaties vooral opkomen in dorpen waar het voorzieningsniveau terugloopt. Vaak is het begonnen met activiteiten als gezamenlijk eten, maar er zijn coöperaties waar inmiddels ook thuiszorg en dagbesteding geregeld/ingekocht wordt. Binnen de coöperaties wordt veel gewerkt met vrijwilligers. Slechts op enkele sleutelposities werken professionals. Bij maatschappelijk aanbesteden draagt de overheid bepaalde publieke taken over aan bewoners, ondernemers en maatschappelijke instellingen (coalities). De politiek stelt kaders vast en de maatschappelijke partijen leggen aan de politiek verantwoording af. Te denken valt aan de exploitatie van een buurthuis of de dagbesteding voor kwetsbare groepen. Eerste initiatieven zien we bijvoorbeeld in Oss, Eindhoven en Utrecht. (Ministerie van BZK 2013).

Zorgcoöperaties en maatschappelijk aanbesteden kunnen de betrokkenheid binnen de samenleving bij maatschappelijke vraagstukken vergroten. Schijnbaar is er een grote kloof tussen de lokale politiek en de wijk. Dit zal mogelijk spelen bij grote gemeenten en meerkernige gemeenten. Door zaken op dorp- of wijkniveau te beleggen kunnen bewoners zich meer identificeren met beleid en zullen zij zich ook meer inzetten. Wanneer burgers ook zelf aan zet zijn zal het aanbod waarschijnlijk beter aansluiten bij de preferenties van de samenleving.

Wel gelden er ook een aantal uitdagingen bij dit soort burgercollectiviteiten. Ten eerste is het de vraag of er voldoende professionaliteit is binnen het burgerinitiatief. In deze zin lijkt een zorgcoöperatie of een maatschappelijke coalitie eerder geschikt om relatief simpele ondersteuningstaken op zich te nemen, maar minder geschikt voor hooggespecialiseerde zorg. Ten tweede ontstaat er als het ware een extra overheidslaag. Waarbij het de vraag is hoe er geborgd wordt dat deze nieuwe laag er voor iedereen is, en niet alleen voor de burgers die het hardst roepen en het beste netwerk hebben. Het grote gevaar is immers dat er bepaalde minder populaire en/of minder assertieve burgers geen toegang hebben. Tot slotte kan er bij een partnerschap onduidelijkheid ontstaan over de verdeling van verantwoordelijkheden, met als gevolg afwenteling.

4. Wat zijn de voor- en nadelen van verschillende bekostigingsmodellen?

Bij verschillende rollen passen verschillende bekostigingswijzen. Hoewel er een grote verscheidenheid is aan bekostigingssystemen, betreft het vaak een combinatie van een aantal bekende elementen (Rosenthal 2008). Het gaat hier om de volgende elementen: de mate van bundeling, de mate van prestatie-afrekening, de prijsbepaling, en of de bekostiging een open einde of een gesloten karakter kent. Tot slot wordt stilgestaan bij welke elementen passen bij de verschillende rollen uit hoofdstuk 3.

4.1 Mate van bundeling

Een eerste belangrijk element is de mate van bundeling van bekostigen van producten en diensten. Aan het ene uiteinde van deze dimensie staat de bekostiging van losse onderdelen en aan het andere uiteinde staat populatiebekostiging. Bij bekostiging van losse diensten (productie) kun je bijvoorbeeld denken aan het inkopen van een aantal uren huishoudelijke hulp of uren individuele begeleiding. Bij populatiebekostiging gaat het om één bedrag voor alle diensten voor alle inwoners binnen een bepaalde regio. Een voorbeeld is het abonnementshonorarium bij huisartsen. Hier tussen zit een heel continuüm aan tussenvarianten. Zo is een bekende tussenvariant de keten-dbc's in de eerste lijn, ook het gebiedsgericht aanbesteden zoals nu in Rotterdam Charlois gebeurt voor de WMO, zou je als een tussenvariant kunnen zien. Zo gaat het bij het gebiedsgericht aanbesteden om verschillende percelen: bevorderen zelfredzaamheid en participatie, talentontwikkeling en bevorderen gezonde en sociale leefstijl.

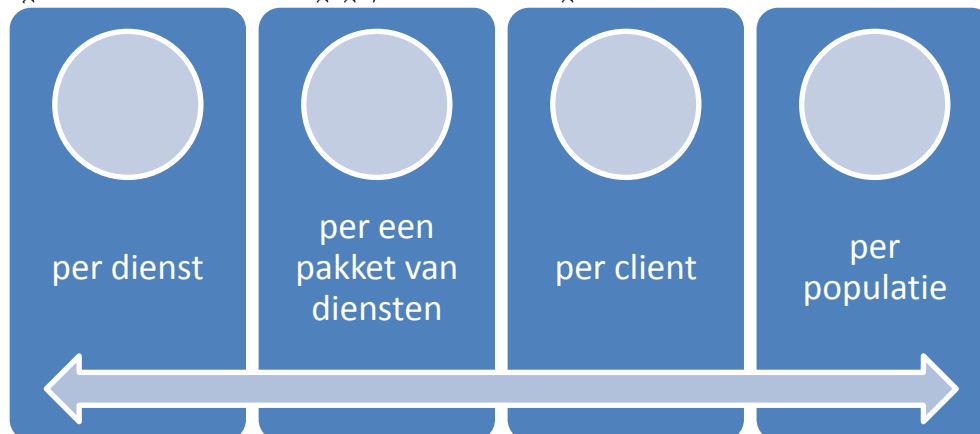
Om de voor- en nadelen aan te geven van een verschillende mate van bundeling is het goed om eerst te kijken naar de twee uitersten. Voordeel van het bekostigen op basis van losse diensten is dat de zorgverlener een prikkel heeft zich in te spannen, wanneer dit ook zinnige zorg of ondersteuning betreft. Een ander voordeel is dat de beloning van de zorgverlener overeenkomt met het gedane werk. Er is hierdoor minder gevaar op risicoselectie. Daarnaast geeft dit de opdrachtgever zicht op wat verschillende onderdelen kosten. Nadelen van bekostiging op basis van losse diensten, is dezelfde prikkel om veel te doen, wanneer deze leidt tot onnodige zorg. Een ander nadeel is dat deze bekostiging samenwerking en preventie in de weg kan staan. Samenwerken en preventie kan immers betekenen dat er bepaalde behandelingen of trajecten minder gedaan worden. Dit gaat ten koste van de beloning.

Dan bundeling per populatie. Een voordeel van populatiebekostiging is dat zorgverleners een prikkel hebben om binnen het budget te blijven. Dit kunnen zij doen door samen te werken, zorg te voorkomen en substitutie te realiseren. Nadelen van populatiebekostiging zijn dat zorgverleners mogelijk een prikkel hebben om minder zorg te leveren dan nodig is en te beknibbelen op kwaliteit. Tevens kan de opdrachtgever het zicht verliezen waar het budget voor besteed is. Je zou kunnen stellen dat dit niet altijd relevant is, omdat het gaat om het uiteindelijke resultaat. Resultaatsturing zal echter niet altijd makkelijk en mogelijk zijn, hierover zo meer.

Bij de verschillende tussenvarianten spelen deze voor- en nadelen in meer of minder mate. Belangrijk is dat gebundelde diensten *complementair* zijn. Bijvoorbeeld: het is efficiënter om één iemand zowel de huishoudelijke hulp als begeleiding te laten doen, dan dat dit door twee personen wordt gedaan. Of dat de inzet in de leefbaarheid van de wijk leidt tot minder geïndiceerde begeleiding. Wanneer twee diensten echter geen of nauwelijks invloed op elkaar hebben, kunnen ze in de regel beter apart bekostigd worden. Denk

bijvoorbeeld aan de dagbesteding voor ouderen, en de schuldhulpverlening aan jongeren.

Figuur 2: Continuüm van bekostiging op basis van bundeling



4.2 Mate van prestatie-afrekening

Een tweede dimensie is die van de prestatie. Hier is het ene uiterste om totaal geen rekening te houden met de prestatie. Denk aan veel subsidies voor welzijnswerk. Ongeacht wat een zorgverlener doet krijgt deze zijn geld. Aan het andere uiterste staat de bekostiging op basis van outcome. Dit zou bij maatschappelijk ondersteuning uiteindelijk het betalen zijn op basis van welbevinden, participatie en zelfredzaamheid. Tussen deze twee uitersten zit het afrekenen op input (bv uren huishoudelijke hulp en begeleiding, en de beschikbaarheid van een wijkteam) en output (een schoon huis en een goede dagstructuur).

Binnen de zorg wordt als ideaalbeeld vaak het betalen op basis van outcome gezien. Het grote voordeel is dat dan betaald wordt op basis van wat je ook daadwerkelijk wilt realiseren. Nadeel is dat vaak niet duidelijk is wat het precieze effect is van een interventie op de uiteindelijke uitkomst. Door een zorgverlener hier dan toch voor verantwoordelijk te maken, en risico over te laten lopen, kan dit tot pervers gedrag leiden. Denk bijvoorbeeld aan het selecteren van gunstige risico's, of het manipuleren van cijfers (*gaming*). In de praktijk is het bekostigen op daadwerkelijke uitkomsten daarom vaak moeilijk of niet te realiseren.

Output-prestaties zijn over het algemeen beter meetbaar, en het dus praktisch eerder te realiseren om op output af te rekenen dan op outcome. Het nadeel is dat je zo de daadwerkelijke bijdrage aan de realisatie van het doel niet meer meet. Mogelijk kan het helpen om periodiek na te gaan of de veronderstelde relatie tussen output en outcome nog opgaat. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de laatste wetenschappelijke inzichten.

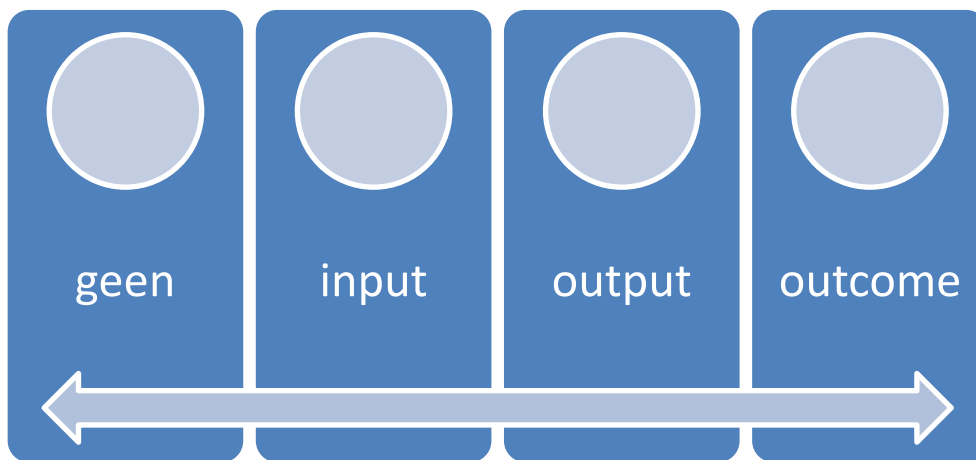
Er zijn ook situaties waarin het beter is om niet sterk op resultaat af te rekenen (harde prikkels), maar via zachte prikkels te sturen (denk aan het aanspreken van intrinsieke motivatie van professionals). Zo kunnen zwakkere prikkels onder meer te prefereren zijn (Roberts, 2010):

- wanneer de inzet of prestaties van een professional niet goed te meten zijn (zie eerder nadeel bekostigen op outcome).
- wanneer een specifieke activiteit wel te meten is, maar een professional meerdere taken van belang uitvoert, en de inzet of prestaties op één van de andere taken niet te meten is.

- wanneer samenwerken tussen verschillende professionals gewenst is. Mogelijk kan er wel met een teambeloning gewerkt worden ipv individuele beloning.

Er zijn overigens meer manieren om af te rekenen op basis van prestaties, dan alleen het bekostigingsmodel. Zo kan er bij periodieke contractering ook gebruik gemaakt worden van het reputatiemechanisme. Een gemeente kan een organisatie die niet presteert niet meer contracteren. Ook hier is het natuurlijk wel voor nodig om zicht te hebben op de relevante prestaties, en moeten er voldoende alternatieven zijn. Vooral bij de rol van marktmeester kan dit mechanisme ingezet worden, maar ook bij opdrachtgeverschap en partnerschap speelt dit. Hierover zo meer.

Figuur 3: Het continuüm van prestatie-afrekening



Box 3: Factsheet bekostiging Transitiebureau VNG

In het factsheet van het transitiebureau WMO worden drie bekostigingsmodellen onderscheiden, namelijk: productiebekostiging, populatiebekostiging en functiegerichte bekostiging (Transitiebureau WMO 2013) De eerste twee vormen zijn de twee uiterste op het continuüm van bundeling. Functiegerichte bekostiging zou je kunnen zien als bekostiging op basis van prestatie ten aanzien van de input: bijvoorbeeld de beschikbaarheid van een wijkteam. In deze notitie wordt bewust niet gesproken over bepaalde type bekostiging, maar over een aantal elementen die gecombineerd kunnen worden. Dit doet meer recht aan het feit dat veel modellen een combinatie zijn van verschillende elementen.

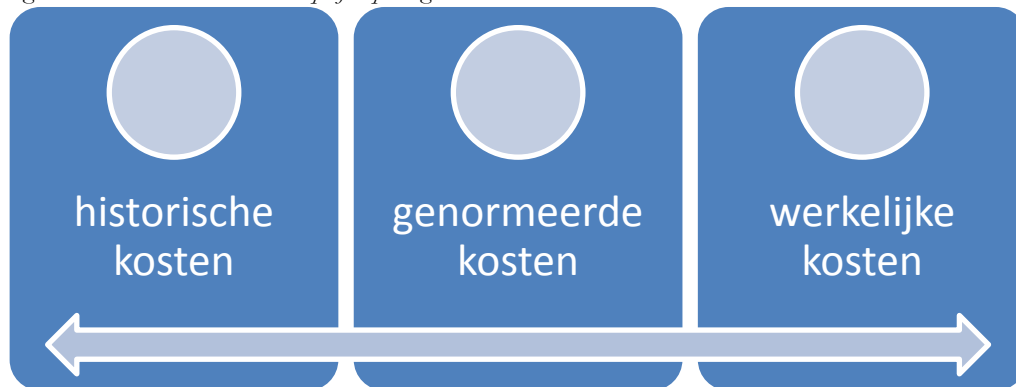
4.3 Prijsbepaling

Een andere belangrijke dimensie is hoe de prijs (of kostprijs) bepaald wordt: op basis van historische kosten, genormeerde kosten of werkelijke kosten. Bij historische kosten wordt op basis van gegevens uit verleden een prijs vastgesteld. Bijvoorbeeld een welzijnsorganisatie krijgt een subsidie die gelijk is aan vorige jaren. Bij genormeerde kosten wordt er op basis van verwachte ontwikkeling een prijsberekening gedaan. Een voorbeeld hiervan is een tariefkorting op basis van een verwachte productiviteitsstijgingen. Tot slot kunnen ook de daadwerkelijke kosten achteraf vergoed worden. Denk bijvoorbeeld aan het pgb.

Het voordeel van genormeerde en historische kosten is dat je van tevoren weet wat je kwijt bent. Genormeerde kosten lijken op zich te prefereren boven historische kosten, omdat deze beter aansluiten bij de huidige situatie. Wanneer normering echter moeilijk en kostbaar is, wordt er vaak (deels) gebruik gemaakt van historische kosten.

Nadeel van zowel de bekostiging op basis historie als norm, is dat zorgverleners risico lopen, en op basis hiervan zouden kunnen gaan selecteren. Bijvoorbeeld het alleen behandelen van cliënten waar de norm gunstig is ten opzichte van de werkelijk gemaakte kosten. Bij werkelijke kosten is er geen prikkel tot risicoselectie, maar ook geen prikkel tot doelmatigheid.

Figuur 4: Het continuüm van de prijsbepaling



4.4 Open einde of gesloten bekostiging

Een laatste dimensie is een open einde of gesloten bekostiging. Om de kosten te beheersen kan er een plafond afgesproken worden. Dit heeft als nadeel dat er na het bereiken van het plafond niets meer geleverd wordt en er zo wachtlijsten kunnen ontstaan. Bij een open einde bekostiging zal dit minder een probleem zijn, maar is er een volumerisico. Voordeel van het plafond is dat zo de uitgaven beheerst kunnen worden.

Figuur 5: open einde of gesloten bekostiging



4.5 Wat voor bekostigingssystemen passen bij verschillende rollen?

Nu er verschillende rollen en bekostigingselementen zijn besproken, is het interessant om deze aan elkaar te koppelen.

Manager

Wanneer een gemeente zelf besluit bepaalde activiteiten aan te sturen dan speelt bekostiging een heel andere rol. Sturing zal dan vooral plaatsvinden vanuit een hiërarchische relatie en minder via financiële prikkels. Denk aan de wethouder die zijn ambtenaren aanstuurt. Toch zal deze wethouder waarschijnlijk wel zicht willen hebben op de kostenontwikkeling en deze willen benutten voor de sturing. Dit is het domein van de *management accounting*. Op zich spelen hier overigens veelal dezelfde afwegingen als bij bekostigingsvraagstukken. Een belangrijk verschil is echter dat het uiteindelijke financiële risico's bij de gemeente zelf blijft en niet doorgeschoven wordt naar andere partijen.

Wat betekent dit voor de verschillende elementen van bekostiging? Als we kijken naar de mate van bundeling dan kunnen kostenbudgetten gekoppeld worden aan activiteiten, bijvoorbeeld aan begeleiding, huishoudelijke hulp, mantelzorgondersteuning en leefbaarheid (*activity based costing*). Waarschijnlijk is het nog interessanter om deze activiteiten per wijk te budgetteren, zodat per wijk integraal de kosten voor maatschappelijke ondersteuning in kaart gebracht kunnen worden en gestuurd kan worden op meer eigen kracht van burgers, meer collectieve ondersteuning ten opzichte van individuele ondersteuning, etc. Wat betreft de kostprijsbepaling lijkt het goed om zowel te kijken naar de werkelijk gemaakte kosten als de verwachte kosten in de toekomst. Tot slot is het verstandig om te werken met gesloten budgetten, om de kosten te kunnen beheersen.

Opdrachtgever

Wanneer een gemeente besluit bepaalde externe partijen een opdracht te geven dan wordt bekostiging een heel belangrijk sturingsinstrument. Afhankelijk van de wensen van de opdrachtgever kunnen de verschillende elementen gecombineerd worden. Wat betreft bundeling kan de gemeente gaan voor betalen per uur ondersteuning (product) tot een aanneemsom voor alle ondersteuning aan een wijk (populatie). Ook kan een gemeente in principe kiezen om al dan niet te belonen voor prestaties, kunnen op verschillende manieren prijzen bepaald worden en het kan zowel om een open einde als gesloten bekostiging gaan. Wanneer we echter kijken naar de doelstellingen van decentralisatie – als het versterken van redzaamheid, het leveren van integrale zorg en ondersteuning, samenwerken en substitutie van individuele naar collectieve zorg – is te verwachten dat gemeenten zullen streven naar een meer gebundelde bekostiging. Tevens zie je dat gemeenten steeds vaker willen afrekenen op prestaties. Vaak in eerste instantie op outputniveau, maar het ideaal is om op outcome af te kunnen rekenen. Wat

betreft prijzen zullen normen gehanteerd worden, en het lijkt het gezien de bezuinigingsopgave verstandig om te werken met gesloten budgetten.

Bij de rol van opdrachtgever kan als stip op de horizon populatiebekostiging gelden in combinatie met een resultaatsbeloning op outcome. Waarom is dit zo interessant? Het succesvol belonen op outcome kan mogelijk een aantal nadelen die gepaard gaan met populatiebekostiging mitigeren (Van de Gevel, 2013). Bij een beloning voor kwaliteit kunnen prikkels tot onderbehandeling en risicoselectie afnemen (Rosenthal, 2008). Een andere belangrijke factor is de omvang en de mate van integratie van het netwerk. Zo zijn zorgverleners die binnen een volledig geïntegreerd netwerk opereren beter in staat om met grote risico's om te gaan en kunnen dus eerder beloond worden op gezondheidswinst (zie Shih et al., 2008). In de onderstaande figuur is het verband tussen bekostiging, organisatie en belonen op resultaat (P4P) uitgewerkt voor de curatieve zorg (Van de Gevel, 2011). De figuur stelt dat het waarschijnlijker is dat een kleine zelfstandige praktijk bekostigd wordt op fee-for-service en hooguit beloond wordt op simpele procesindicatoren. Terwijl het bij een volledig geïntegreerd zorgverlenersnetwerk veel waarschijnlijker is dat deze wordt bekostigd op basis van populatie, en outcome een groot deel uitmaakt van de beloning.

Figuur: relatie organisatiegraad met uitvoerbaarheid van bundeling van bekostiging en resultaatsbeloning



Bron: gebaseerd op Commonwealth fund 2008

Marktmeester

Wanneer een gemeente de rol van marktmeester aanneemt is het de vraag of deze zich met de bekostiging moet bezig houden. Op een vrije markt worden prijs en producten immers bepaald door vraag en aanbod. Aangezien gemeenten deze zorg (deels) financieren en belang hebben bij de uitkomsten van het spel zullen gemeenten, die de rol van marktmeester aannemen, de markt reguleren. Het kan hier gaan om zowel prijs- als kwaliteitsregulering. Wat betekent dit voor de bekostiging? De gemeente kan losse producten of gebundelde producten definiëren (denk aan ketens). Naarmate een aanbieder meer diensten integraal moet aanbieden kan dit de vrijheid op de markt beperken. Het definiëren van sterk gebundelde producten ligt daarom bij deze rol niet voor de hand. De gemeente kan eisen stellen aan de resultaten, bv het aantal uur huishoudelijke hulp en de minimale kwaliteit. Echter om aanbieders direct financieel af te rekenen op resultaat in termen van outcome past niet. De markt maakt immers gebruik van het stemmen met de voeten. Bevalt het resultaat een cliënt niet, dan kan deze een andere aanbieder kiezen. De prijzen kunnen gebaseerd zijn op werkelijk gemaakte kosten of genormeerde kosten. Tot slot verhoudt een

prijsp plafond zich moeilijk tot de markt en leidt tot perverse prikkels (zie bv commissie macrobeheersinstrument 2012). Willen gemeenten de kosten beheersen dan zullen zij dit via andere wegen moeten doen, bijvoorbeeld via de indicatiestelling of eigen bijdragen.

Partner

Wanneer de overheid tot slot besluit om verantwoordelijkheden te delen met burgers, of helemaal bij burgers neer te leggen, dan zou deze ook niet meer de gehele bekostiging op zich moeten nemen. Binnen een partnerschapsmodel ligt daarom publiek-private financiering voor de hand. Wanneer initiatieven van burgers ertoe leiden dat een gemeente minder geld kwijt is aan formele zorg kan overwogen worden om deze te subsidiëren. Dit kan bij losse diensten (gerichte subsidie) tot op wijkniveau (wijksubsidie). Aan deze subsidies kunnen prestatie-afspraken gekoppeld worden. Waarschijnlijk is het in de praktijk lastig om ook daadwerkelijk de hoogte van de subsidie te differentiëren op basis van resultaten op output- of outcomeniveau. Deze kunnen beter meegenomen worden in het al dan niet verlengen van subsidies. Wel zouden prestaties op het niveau van input de hoogte van de subsidie mede kunnen bepalen, bijvoorbeeld het matchen van publieke financiering aan private financiering. De hoogte van subsidies kan berekend worden op basis van historisch of genormeerde kosten. Gegeven het aantrekkelijke karakter van een subsidie lijkt het verstandig om een subsidieplafond te hanteren.

Tabel 1: Mogelijke combinaties van een rol en bekostigingselementen

	Mate van bundeling	Mate van resultaatsbeloning	Prijsbepaling	Open of gesloten
a. manager	een dienst voor een bepaalde populatie en alle diensten per populatie	geen of input	werkelijk en genormeerd	gesloten
b. opdrachtgever	totale continuüm (van losse dienst tot alle diensten per populatie)	totale continuüm (van geen tot outcome)	totale continuüm	beide
c. marktmeester	losse diensten tot alle diensten per persoon	geen, input en output	werkelijk en genormeerd (prij concurrentie)	open einde
d. partner	totale continuüm (losse dienst tot populatie)	geen of input	historisch en genormeerd	gesloten

5. Wat voor strategieën kiezen gemeenten nu, en welke contracteer- en bekostigingsvormen passen hierbij?

5.1 Vier verschillende strategieën

Uit de vorige twee hoofdstukken komen twee belangrijke kenmerken naar voren die bepalend zijn voor de rol en het bekostigingsmodel: het aanwezige sociale kapitaal en het aanbod.

Ten eerste is een heel belangrijk kenmerk de aanwezigheid van sociaal kapitaal. Onder sociaal kapitaal verstaan we een hulpbron waar de gemeenschap over beschikt, waardoor burgers met elkaar verbonden worden en in staat worden gesteld hun gemeenschappelijke doelen te realiseren (zie <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/sociaalkapitaal.htm>). Hoe minder dit in een wijk of gemeente aanwezig is, hoe groter de noodzaak er is voor professionele ondersteuning. Anderzijds hoe meer sociaal kapitaal er aanwezig is, hoe groter beroep er gedaan kan worden op de kracht van de samenleving. Ten tweede is een heel belangrijk kenmerk het bestaande zorg en welzijnsaanbod. Het gaat er hier enerzijds om hoe groot dit aanbod is. Is er bijvoorbeeld wat te kiezen? En anderzijds om de mate van integratie van het aanbod. Kan de organisatie bij private partijen neergelegd worden? Werken deze voldoende samen of leidt dit tot coördinatieproblemen?

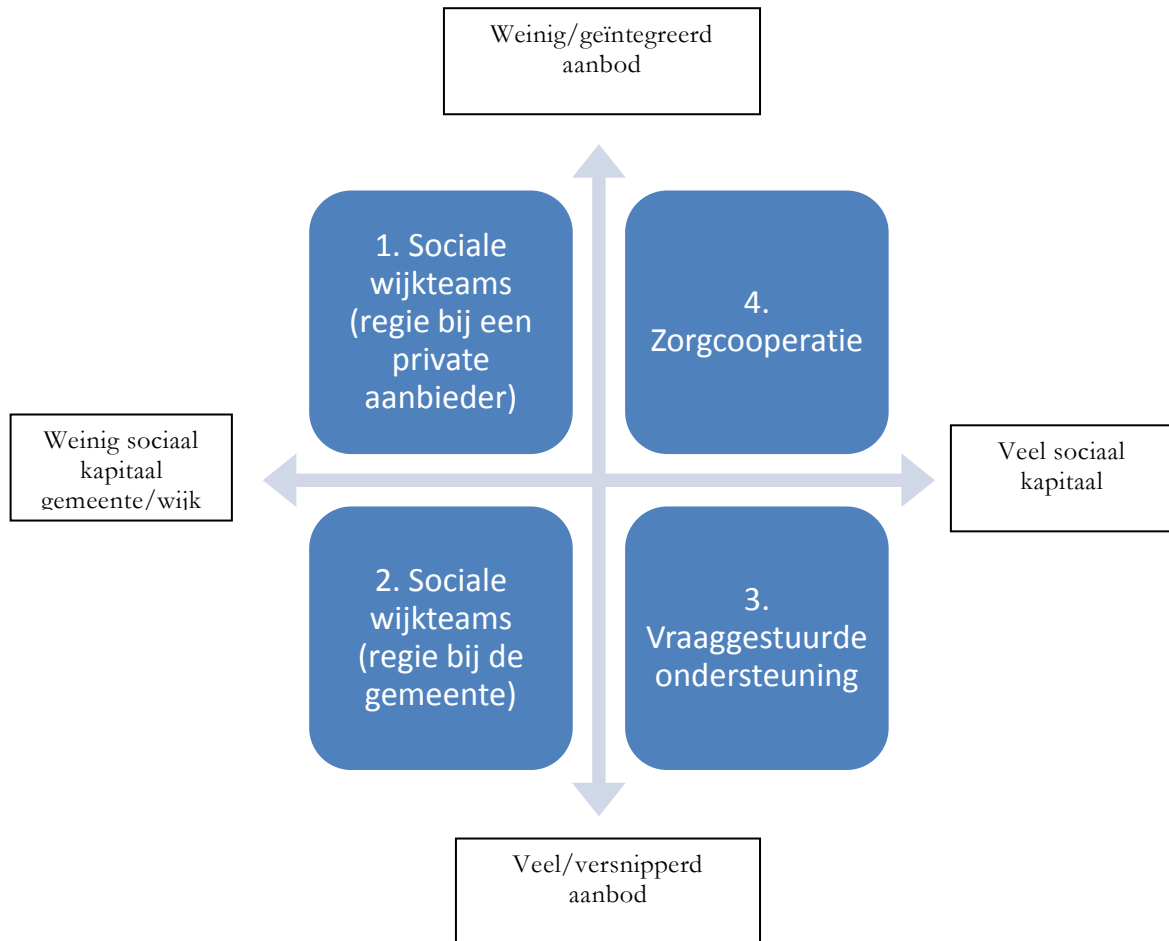
Wanneer deze twee kenmerken gecombineerd worden in een assenstelsel kunnen er vier kwadranten onderscheiden worden. Vervolgens kan aan elk van deze kwadranten een strategie, een rol en een bekostigingsmodel gekoppeld worden op basis van de volgende overwegingen:

- Sociale wijkteams hebben een bepaalde schaal van problematiek nodig om een kosteneffectief te zijn. Sociale wijkteams zullen daarom een grotere toegevoegde waarde hebben in wijken en gemeenten waar relatief weinig sociaal kapitaal is dan waar relatief veel sociaal kapitaal is. In wijken of gemeenten met relatief veel sociaal kapitaal kan waarschijnlijk meer overgelaten worden aan burgers zelf.
- Wil een gemeente private aanbieders verantwoordelijk maken voor de regiefunctie - en op basis van populatiebekostiging financieren- dan is een geïntegreerd aanbod nodig. Is er sprake van een versnipperd aanbod dan zal de gemeente zelf meer de sturing van het wijkteam op zich moeten pakken. Dit om te voorkomen dat verschillende partijen elkaar de tent uit vechten.
- Voor een meer vraaggestuurde modellen is het nodig dat er voldoende te kiezen is (groot aanbod), en zullen burgers voldoende keuzebekwaamheid moeten hebben.
- Wanneer er sprake is van een groot sociaal kapitaal in combinatie met weinig aanbod dan zullen burgers eerder bereid zijn om bepaalde verantwoordelijkheden zelf op te pakken. De zorgcoöperaties in Noord Brabant zijn hier een voorbeeld van.

In figuur 7 wordt deze relatie tussen sociaal kapitaal en het bestaande aanbod uiteengezet. In een gemeente/wijk waar er relatief weinig sociaal kapitaal is, en een geïntegreerd aanbod, zien we relatief vaak een (1) sociaal wijkteam aangestuurd door een private aanbieder (opdrachtgever). Terwijl in een gemeente/wijk waar er relatief weinig sociaal kapitaal is, en een versnipperd aanbod, zien we relatief vaak een (2) sociaal wijkteam onder regie van de gemeente (manager). In een gemeente/wijk met een relatief groot sociaal kapitaal, en met veel aanbieders, zien we relatief vaak meer (3) vraaggestuurde ondersteuning (marktmeester). Tenslotte past bij een

gemeente/wijk met relatief veel sociaal kapitaal en weinig aanbod (4) de zorgcoöperatie (partner).

Figuur 7: Relatie tussen het bestaande aanbod en het sociaal kapitaal in een wijk of gemeente met de gekozen strategie.



In dit hoofdstuk wordt per strategie aangegeven wat de dominante rol is die een gemeente op zich neemt. Daarna wordt gezien wat voor bekostiging hier het beste bij lijkt te passen. Hierbij zal rekening gehouden worden dat zowel de rol als de bekostiging in de praktijk vaak zullen verschillen voor de diverse compartimenten: het sociale kapitaal (nulde lijn), de generalistische ondersteuning en de regiefunctie (eerste lijn), en de specialistische ondersteuning (tweede lijn). Daarna worden per strategie kansen en risico's benoemd. Tenslotte worden eventuele dilemma's en overwegingen aangegeven.

1. Sociale wijkteams (onder regie van een private partij)

Sociale wijkteams zijn in essentie teams van generalisten of specialisten (bv. opbouwwerkers, juridisch medewerkers, welzijnswerkers, verpleegkundigen, jeugdwerkers, ouderenadviseurs) met generalistische competenties (Oldenhof 2014). Deze teams verschillen afhankelijk van aard en omvang van de problematiek. Deze teams zoeken naar oplossingen voor vragen van burgers, en doen dit samen met burgers. Ze kijken nadrukkelijk naar de eigen kracht van burgers en werken outreachend. Indien nodig kunnen zij de hulp van specialistische zorg inroepen. Naast het wijkteam is er meestal ook een loket waar burgers zelf met vragen terecht kunnen.

Er zijn gemeentes die ervoor kiezen deze wijkteams en loketten te beleggen bij een private partij. De gemeente stelt vast wat deze wil bereiken, en zoekt via een aanbesteding (hetzij via de markt, hetzij via een meer relationele benadering) één partij of een consortium van partijen die dit kan realiseren. Bij deze strategie gaat de gemeente niet meer over het “hoe”, maar over het “wat”. Wel zie je vaak dat er nog een WMO-consulent deelneemt aan het wijkteam voor de indicatiestelling.

Dominante rol: opdrachtgever. Bij zowel de generalistische als specialistische ondersteuning kiest de gemeente voor opdrachtgeverschap. Aanbesteding is hier een belangrijk instrument. Het versterken van het sociaal kapitaal kan vanuit het wijkteam gebeuren, bijvoorbeeld door een sociale makelaar.

Bekostiging: Bij deze strategie ligt een populatiegebonden bekostiging –in elk geval voor de eerste lijn- voor de hand. Binnen dit model zou je kunnen experimenteren met resultaatsbeloning (eerst op output, en later mogelijk ook op outcome). Hiervoor is het van belang dat de resultaten goed gemeten worden. De specialistische zorg zal waarschijnlijk in eerste instantie op basis van losse of gebundelde diensten bekostigd worden. Later kan er gestreefd worden om ook deze onderdeel te maken van het populatiebudget, of om binnen de populatiebekostiging in de eerste lijn parameters op te nemen die de doorstroom naar de tweede lijn ontmoedigen. Ook zou het wijkteam beloond kunnen worden voor het activeren van het sociaal kapitaal (nulde lijn).

Kansen: Integrale zorg, bekostigen op prestatie (output en in potentie op outcome) en het inzetten op preventie.

Risico's: dat de private partij(en) resultaten niet realiseren (gemeente blijft verantwoordelijk) en dat ze onvoldoende zelfredzaamheid in de wijk aanspreken (vergeten te ontzorgen)

Dilemma's en overwegingen: Er lijkt een dilemma te zijn tussen innovatie en meer relationele contractvormen zoals bestuurlijk aanbesteden. Er zijn gemeenten die er daarom juist bewust voor kiezen om het sociale wijkteam via de markt aan te besteden. Zij zijn niet tevreden over het huidige aanbod en verwachten niet dat deze de doelstellingen van de decentralisatie kan realiseren.

2. Sociale wijkteams (onder regie van de gemeente)

Een aantal gemeenten wil zelf de regie van deze wijkteams en loketten behouden. Een belangrijke reden kan zijn dat het zorgaanbod nog te versnipperd is om risico's op een verantwoorde wijze door te schuiven. Het team kan bestaan uit professionals in dienst bij de gemeente, maar ook professionals gedetacheerd vanuit private aanbieders of ingehuurde zzp'ers.

Dominante rol: manager. De professionals in de eerste lijn worden aangestuurd door de gemeente, Wat betreft de specialistische zorg zal de gemeente over het algemeen de rol van opdrachtgever op zich nemen.

Bekostiging: Hier ligt het voor de hand dat de gemeente een budget koppelt aan een wijkteam op basis van populatiekenmerken. Mogelijk kunnen *management accounting* methodes ingezet worden om financieel te sturen, zoals *activity based costing*. Het lijkt niet verstandig om sterke financiële prikkels neer te leggen op niveau van het wijkteam zelf. Wel is het belangrijk dat de resultaten van het team goed gemeten worden, geëvalueerd worden en hier op gestuurd wordt. Wat betreft de specialistische zorg ligt een bekostiging per dienst voor de hand. Het versterken van het sociaal kapitaal kan vanuit het wijkteam gebeuren.

Kansen: professionals beter laten samenwerken, het bewerkstelligen van integrale zorg en het inzetten op preventie.

Risico's: dat wijkteams uiteindelijk niet doelmatig blijken te werken en dat ze onvoldoende zelfredzaamheid in de wijk aanspreken (professionals vergeten te ontzorgen)

Dilemma's en overwegingen: Er zijn gemeenten die voor deze strategie bewust in de transitieperiode kiezen. Door zelf het team te coördineren krijg je zicht op hoe het werkt en wat mogelijk is. Deze kennis kun je later gebruiken om het opdrachtgeverschap op afstand in te vullen. Ook kan de integratie van verschillende aanbieders via deze strategie gestimuleerd worden.

3. Vraaggestuurde ondersteuning

Er zijn ook gemeenten die niet kiezen voor wijkteams, maar alleen voor een gemeentelijk loket. Burgers kunnen hier terecht met al hun vragen op het gebied van zorg, welzijn en participatie. Het gaat hier vaak om gemeenten met relatief veel redzame burgers, waardoor de schaal van de problematiek zich niet leent voor een sociaal wijkteam. Een belangrijk verschil met de wijkteamaanpak is dat deze voorziening niet outreachend werkt. Burgers moeten hier in principe zelf naar toe komen. De meest urgente gevallen komen in beeld door andere maatschappelijke organisaties als de woningcorporatie, justitie of huisarts. Ook binnen dit model is het zogenaamde keukentafelgesprek belangrijk. De burger komt met zijn vraag bij een breed loket (integratie van alle nu verschillende loketten die er zijn). Vervolgens wordt er door een generalist samen met de burger gezocht naar een passend antwoord. Er is sprake van keuzevrijheid en marktwerking.

Dominante rol: marktmeester. In de zowel de eerste als tweede lijn wordt de sturing zoveel mogelijk bij de cliënt, of zijn/haar ondersteuner gelegd. Er kan hier gedacht worden aan persoonsvolgende bekostiging of een pgb. Wat betreft het loket neemt de gemeente de rol van manager op zich. Hier werken ambtenaren. Tot slot ligt voor het versterken van sociaal kapitaal hooguit een faciliterende rol voor de hand.

Bekostiging: E worden met aanbieders slechts raamcontracten afgesloten, met daarin prijs- en kwaliteitsafspraken. Verder worden individuele vragen afzonderlijk in de markt uitgezet (individueel aanbesteed). De partij die deze zorgvraag het beste kan ondersteunen krijgt de opdracht. Het is dus belangrijk dat er meerdere aanbieders zijn die met elkaar concurreren. Daarnaast is er bij dit model sprake van een open einde financiering; de gemeente stuurt via de keukentafelgesprekken.

Kansen: flexibiliteit, doelmatige inzet van middelen en vernieuwing.

Risico's: onvoldoende aandacht voor preventie, onvoldoende samenwerking tussen verschillende professionals, en dat bepaalde burgers niet de noodzakelijke zorg krijgen (niet gesignaleerd worden).

Dilemma's en overwegingen: Een convenant met de zorgverzekeraar kan deze

strategie versterken. Zo kunnen er afspraken gemaakt worden met zorgverzekeraars dat de curatieve eerste lijn ondersteuningsvragen tijdig signaleert en doorverwijst naar het gemeentelijke loket.

4. De zorgcoöperatie

Burgers kunnen ook het heft zelf in handen nemen en zich organiseren in een coöperatie, met als doel gezamenlijk de zorg en ondersteuning in een gemeente of wijk te regelen. Dit is niet een strategie waar je als gemeente voor kunt kiezen, maar die je hooguit kunt ondersteunen en faciliteren als partner. We zien deze met name opkomen in dorpen waar het voorzieningsniveau terugloopt. Slechts op enkele sleutelposities werken professionals. Een voorbeeld is de dorpsondersteuner die één dag per week in een dorp komt. Deze fungeert eigenlijk als een sociaal wijkteam verenigt in één persoon.

Dominante rolopvatting: partner. De regie voor zowel het versterken van sociaal kapitaal, als generalistische en specialistische ondersteuning ligt in principe bij de burgercoöperatie. De gemeente organiseert nog wel professionele ondersteuning en werkt samen met de coöperatie.

Bekostiging: Wat betreft bekostiging ligt publiek-private financiering voor de hand. Als gemeente kun je publieke subsidies koppelen aan bepaalde inputparameters. Daarnaast zou de coöperatie beloond kunnen worden als deze formele ondersteuning weet te beperken.

Kansen: de betrokkenheid van burgers vergroten, inzet van vrijwilligers stimuleren en het oneigenlijk gebruik verminderen (eigenaarschap)

Risico's: dat er bepaalde burgers buiten de boot vallen of niet gesignaleerd worden (bv de niet-leden), minder efficiënte inkoop en er professionaliteit ontbreekt voor zwaardere zorgvragen

Dilemma's en overwegingen: Gemeenten hebben veel baat bij het opbloeien van bewonersinitiatieven. De verleiding kan vervolgens bestaan om zich hier nadrukkelijk mee te bemoeien. Deze overheidsbemoeienis kan de dood in de pot betekenen van deze initiatieven, die juist behoefte hebben aan vrijheid (Zarrinkhameh en Doorten, 2013)

5.2 Conclusie

Op dit moment is niet te zeggen welke strategieën onder welke omstandigheden werken. De keuze voor een strategie hangt voor een belangrijk deel samen met de mate van redzaamheid in een gemeente, en het bestaande zorgaanbod. Anderzijds kan een gemeente ook een strategie juist inzetten om de integratie van het aanbod te vergroten en de redzaamheid van burgers meer aan te spreken.

6. Belangrijke randvoorwaarden

De kracht van een gedecentraliseerde uitvoering is dat er ruimte is voor meerdere strategieën. Belangrijk is vervolgens dat initiatieven die goed werken zich verder verspreiden, en initiatieven die minder geslaagd zijn van het toneel verdwijnen. Er zijn een aantal randvoorwaarden die het succes van dit selectieproces kunnen versterken. Belangrijk zijn in elk geval: (1) gepaste beleidsvrijheid, (2) een goed monitor- en benchmarksysteem, (3) burgerinvloed en (4) de samenwerking met zorgverzekeraar.

6.1 Gepaste beleidsvrijheid

Hoe minder beleidsvrijheid gemeenten hebben, hoe beperkter het aantal mogelijke strategieën zal zijn, en hoe kleiner de kans is dat besparingsdoelstellingen gerealiseerd zullen worden. Vanuit dit oogpunt zou de rijksoverheid veel beleidsvrijheid moeten geven. Aan de andere kant is het Rijk wel stelsel-verantwoordelijk voor het borgen van publieke belangen. Zo moet het Rijk bijvoorbeeld voorkomen dat bepaalde groepen kwetsbare burgers buiten de boot vallen. Dit kan tot spanningen leiden. Neem de strategie van populatiebeposting als voorbeeld. Naarmate dat individuele burgers bij de rechter bepaalde compensatie kunnen afdwingen, beperkt dit de mogelijkheid om met budget te schuiven en verdwijnt één van de krachten van populatiebeposting. Anderzijds kan het ontbreken van een recht op een minimale compensatie ertoe leiden dat burgers onvoldoende zorg en ondersteuning krijgen, en willekeur een rol gaat spelen.

6.2 Een goed monitor- en benchmarksysteem

Welke interventies daadwerkelijk effectief zijn weten we eigenlijk niet. Daarnaast is het zo dat wat in één gemeente of wijk werkt, niet zonder meer ook in een andere gemeente of wijk werkt. Vanuit dit perspectief lijkt het goed dat gemeenten nieuwe interventies uitproberen en monitoren of deze ook effectief zijn. Benchmarks geeft gemeenten inzicht waar potentiële winst te boeken is. Om benchmarks mogelijk te maken moet er vergelijkbare data zijn. Het zou goed zijn als gemeenten gezamenlijk tot een soort van minimale dataset komen. Het gaat hier om data over de populatie, uitkomsten (participatie, welbevinden, werkloosheid) en input (bv kosten zorg en welzijn, AWBZ en Zvw, aantal individueel vs collectieve voorzieningen, vrijwilligers, etc). Ook kan er gebruik gemaakt worden van maatschappelijke kosten- en batenanalyses (MKBA's).

Wel is het de vraag of er binnen een politieke omgeving voldoende ruimte is om te leren. Durven gemeenten voldoende inzicht te geven in het falen en zich politiek kwetsbaar op te stellen, zodat andere gemeenten hiervan kunnen leren? Of bestaat er vanuit de politiek juist de neiging om niet te falen, wat het lerend vermogen in de weg staat?

6.3 Burgerinvloed

Vooraf strategieën die uitgaan van een geïntegreerd aanbod kunnen als nadeel hebben dat zij de keuzevrijheid van burgers beperken. Naar mate het mechanisme van stemmen met de voeten uitgeschakeld wordt is het belangrijk om meer aandacht te geven aan de mogelijkheden voor medezeggenschap (collectief) en klachtenrecht (individueel). Mogelijk kan de rijksoverheid hier eisen aan stellen. In het bijzonder verdient de vertegenwoordiging van de meest kwetsbare minderheden de aandacht.

Belangen van deze groepen worden mogelijk niet voldoende geborgd via de lokale democratie. Terwijl dit juist de groepen zijn die de ondersteuning het meeste nodig hebben.

6.4 Een goede samenwerking met de zorgverzekeraar

Er is veel te doen over de schotten tussen de Zorgverzekeringswet, de WMO en de kern-AWBZ. Duidelijk is dat er schotten zijn tussen het beleid van gemeenten en zorgverzekeraars, en dat het naar mate een gemeente goed samengewerkt met een zorgverzekeraar de kans groter is dat de verschillende doelstellingen gerealiseerd worden. Ten eerste moeten gemeenten voorkomen dat Zorgverzekeraars bepaalde kosten ten onrechte afwentelen op gemeenten (dit geldt andersom natuurlijk ook). Ten tweede zitten er overlappen tussen de verschillende stelsels. Denk bijvoorbeeld aan de PHO-GGZ (Zvw) en de maatschappelijk werker (WMO). Deze zullen vaak te maken krijgen met dezelfde problematiek. Het is goed als gemeenten convenanten met zorgverzekeraars sluiten, waarin afgesproken wordt hoe hier op een efficiënte wijze mee omgegaan kan worden. Tot slot kan de eerstelijns curatieve zorg sociale problematiek en overbelasting van mantelzorg signaleren en tijdig doorverwijzen naar het aanbod van gemeenten.

Bijlagen

Geconsulteerde personen

Hugo ter Steege	gemeente s-Hertogenbosch
Joost Kadijk	JB Lorenz
Bianca den Ouder	JB Lorenz
Rob Ashmann	gemeente Tilburg
Bram Luijten	gemeente Tilburg
Karin Smeets	gemeente Tilburg
Erwin Derks	gemeente Zaanstad
Hans Uneken	Gooi en Vechtstreek
Tim Robbe	Robbe & partners
Jan Smid	gemeente Rotterdam
Yvonne Wildschut	gemeente Rotterdam
Marc Verkerk	gemeente Rotterdam
Rian Smit	gemeente Rotterdam
Joyce Ulijn	Inkoop Bureau Midden Nederland
Edwin van Houte	Deloitte

Tevens heeft de auteur veel gehad aan de discussie op een aantal bijeenkomsten:

- Landelijk Symposium: Effectief wijkgericht werken met sociale wijkteams op 27 juni 2013 te Eindhoven.
- Workshop K2 Brabants Kenniscentrum Jeugd 26 september 2013 te Den Bosch
- Werkbezoek Brabantse zorgcoöperaties 14 oktober te Helenaveen.
- Miniconferentie populatiebepaling te Oude-Pekela, 31 oktober 2013

Daarnaast wil ik mijn collega's Ingrid Doorten, Aych Zarrinkhameh, Willem Jan Meerding, Neeltje Vermunt en Lieke Oldenhof bedanken voor nuttig commentaar op eerdere versies van deze notitie.

De verschillende gesprekspartners zijn natuurlijk niet verantwoordelijk voor de inhoud van deze notitie.

Referenties

Van Damme, E. DE MARKT MEESTER. CentER. KUB. februari 2000.

Gevel, BJC van de. Instrumenten voor gepast zorggebruik. Achtergrondstudie uitgebracht door de RVZ bij het advies Het belang van wederkerigheid. Den Haag, 2013.

Gevel, BJC van de. Het contracteren en bekostigen van medisch specialistische netwerken. Achtergrondstudie uitgebracht door de RVZ bij het advies Medisch-specialistische zorg in 20/20. Den Haag, 2011.

Commissie macrobeheersinstrument. Advies Commissie Macrobeheersinstrument; Van structureel kortingsinstrument naar daadwerkelijk ultimum remedium. Den Haag, 2012.

Kuitert, H. Ambtenaar wordt jeugdpsychiater. Jeugdzorg in handen van medewerkers gemeente. Telegraaf, 20-8-2013.

Maskin E. Theories of the Soft Budget Constraint. Japan and the World Economy. 1996:125-133.

Ministerie van AZ. Bruggen slaan – Regeerakkoord VVD – PvdA. 2012.

Ministerie van BZK. Informatieblad Maatschappelijk aanbesteden. 2013

Ministerie van VWS, Hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg, 25 april 2013

Oldenhof, L. De wijkprofessional van de toekomst: specialist met generalistische competenties. Achtergrondstudie voor RVZ-advies Gemeente, gezondheid en zorg. Den Haag, 2014.

IBMn.eu, Inkoop in 3D, 30 augustus, 2013.

Robbe, Bestuurlijk aanbesteden: waar komt het vandaan, mag het, wat is het en waar gaat het heen?, 2011

Roberts, J. Designing incentives in organizations, Journal of Institutional Economics, vol. 6, issue 01, pages 125-132. 2010.

Rosenthal, M.B. Beyond Pay for Performance – Emerging Models of Provider - Payment Reform. New England Journal of Medicine. Sep. 18, 2008, 359(12): 1197- 1200.

Schreuders, M. en G. Heuber, Gemeente Leiden, Cliënten in beeld: Portretten van burgers met een hulpvraag. Leiden, 2012.

SEO. Kunnen kiezen in de AWBZ, Amsterdam, juni 2010.

Shih, K. Davis, S. Schoenbaum, A. Gauthier, R. Nuzum, and D. McCarthy, Organizing the the US Health Care Delivery System for High Performance, New York, The Commonwealth Fund, aug 2008

Transitiebureau WMO. Bekostigingsmodellen Modellen, afwegingen en uitdagingen voor gemeenten. 2013.

VNG. Handreiking Sociale wijkteams in ontwikkeling: Inrichting, aansturing en bekostiging. Juli 2013.

Williamson, O.E. *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*. New York, NY: Free Press. 1985.

Zarrinkhameh, A. en I. Doorten. *LETS Care. Hoe andere vormen van solidariteit de wederkerigheid bevorderen. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. 2013.