



Centraal Planbureau

CPB Notitie | 10 december 2015

## Taken uitbesteed, maar dan?

## De gemeente als inkoper binnen het sociaal domein





# CPB Notitie

**Aan:** Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,  
ministerie van Financiën, Vereniging van Nederlandse  
Gemeenten

**Datum:** 10 december 2015

**Betreft:** Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen  
het sociaal domein

**Centraal Planbureau**

Van Stolkweg 14  
Postbus 80510  
2508 GM Den Haag

T (070)3383 380  
I [www.cpb.nl](http://www.cpb.nl)

**Contactpersonen**

Remco van Eijkel  
Wesley van Ommen  
Niels Uenk (PPRC)

## Samenvatting met beleidsaanbevelingen

Het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, het ministerie van Financiën en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten hebben naar aanleiding van de recente decentralisaties aan het CPB gevraagd om de rol van de gemeente als opdrachtgever binnen het sociaal domein te onderzoeken.

Gemeenten besteden veel van de onlangs gedecentraliseerde zorgtaken uit. Deze notitie bespreekt de kansen en risico's van uitbesteding van twee zorgtaken waarvoor gemeenten een groot beroep doen op het externe zorgveld: (a) de indicatiestelling voor tweedelijns hulp (doorgaans belegd in wijkteams) en (b) de uitvoering van zorg in de tweede lijn. Daarnaast komen manieren om de kansen te benutten en de risico's te beperken uitgebreid aan de orde, waarbij de gemeente in haar rol als inkoper centraal staat.

### Kansen bij uitbesteding

Door uitbesteding van de gedecentraliseerde zorgtaken maken gemeenten gebruik van de expertise en schaalvoordelen die in het externe zorgveld aanwezig zijn. Bovendien profiteren zij van de disciplinerende werking van de markt en introduceren hiermee in potentie doelmatigheidsprikkels in het aanbod van zorg en ondersteuning. In hoeverre gemeenten deze voordelen ook echt plukken, hangt grotendeels af van de wijze waarop zij de inkoop van de uitbesteede taken vormgeven.

### Risico bij uitbesteding van de indicatiestelling: overproductie

Uitbesteding brengt ook risico's met zich mee, omdat de belangen van de uitvoerende partij gewoonlijk nooit volledig overeenkomen met die van de gemeente. Het risico op overproductie doet zich voor als zorgverleners op enige wijze invloed kunnen uitoefenen op de toeleiding van cliënten naar de eigen moederorganisatie in de tweede lijn. Dit risico verklaart waarom sommige gemeenten het wijkteam, en

daarmee de indicatiestelling voor specialistische zorg, in eigen beheer nemen of uitbesteden aan partijen die niet gecontracteerd zijn voor specialistische zorg.

Bij uitbesteding van wijkteams aan tweedelijns zorgaanbieders bestaat een aantal mogelijke oplossingen om het risico op overproductie te beperken:

- het monitoren van de indicatiestelling en ingrijpen als blijkt dat er sprake is van overproductie;
- het zorgvolume en de vergoeding voor tweedelijns hulp ontkoppelen, oftewel het hanteren van een vast budget voor tweedelijns aanbieders;
- het opknippen van taken binnen een wijkteam, zodat niet één persoon verantwoordelijk is voor zowel de indicatiestelling als de toeleiding.
- De cliënt keuzevrijheid geven, zodat hij of zij zelf bepaalt welke aanbieder de zorg verleent.
- Het onderbrengen van wijkteams bij een zelfstandig orgaan (dat losstaat van zorgaanbieders).

#### **Risico bij uitbesteding van tweedelijns hulp: verlies van kwaliteit en marktmacht**

Een belangrijk risico bij uitbesteding van tweedelijns hulp is onderinvestering in kwaliteit, dat zich voordoet wanneer kwaliteitsaspecten niet goed in contracten vast te leggen zijn. Dit gevaar speelt vooral bij complexe zorg, waarvan sprake is als het benodigde opleidingsniveau van de zorgverlener hoog is, multimorbiditeit (cliënt lijdt aan meerdere aandoeningen) zich vaak voordoet en de juiste behandelmethodes moeilijk te bepalen is.

Naarmate de complexiteit van de zorgvorm toeneemt, wordt het voor gemeenten moeilijker om de zorgkwaliteit te meten. Dit komt doordat gemeenten een informatievoordeel hebben ten opzichte van zorgverleners: ze hebben minder kennis van de materie in huis dan aanbieders en ze ervaren de zorgverlening niet zelf. Bovendien zijn slechte uitkomsten vaak niet eenduidig toe te schrijven aan onderinvestering in kwaliteit.

Ook marktmacht van aanbieders, een ander risico bij de uitbesteding van tweedelijns hulp, speelt met name voor complexe zorgvormen. Gemeenten zijn voor de levering van complexe zorg vaak afhankelijk van één of enkele zorgorganisaties: alternatieven zijn niet of nauwelijks beschikbaar. In dat geval is de disciplinerende werking van de markt als voordeel van uitbesteding minder sterk aanwezig. Dit risico neemt over tijd toe als de afhankelijkheidsrelatie tussen gemeente en aanbieder gedurende de contractperiode sterker wordt.

#### **Sturingsinstrumenten bij de inkoop van gemeentelijke zorgvoorzieningen**

Gemeenten hebben bij de inkoop van zorg meerdere beleidsinstrumenten voorhanden om de kansen van uitbesteding te benutten en de risico's te beperken.

Met de focus op de inkoop van hulp in de tweede lijn, bespreekt deze notitie de volgende instrumenten:

- intergemeentelijke samenwerking bij de inkoop;
- wijze van aanbesteden;
- bekostigingsmethode;
- monitoringsinstrumenten;
- keuzevrijheid voor de cliënt;
- optie tot contractverlenging;
- contractduur;
- flexibiliteit in contracten.

**Intergemeentelijke samenwerking bij de inkoop** van zorgvoorzieningen versterkt de onderhandelingspositie van gemeenten vis-à-vis aanbieders. Bovendien verlaagt het de proceskosten bij het inkoopproces en reduceert een lokaal gestandaardiseerde aanpak administratieve lasten voor zorgaanbieders. Ook meer praktische overwegingen spelen een rol bij de keuze tot samenwerking: kleine gemeenten missen vaak de expertise en capaciteit binnen het gemeentelijke apparaat om zelfstandig aan te besteden.

Een nadeel van verregaande samenwerking is dat de democratische verantwoording in het gedrang kan komen. Een samenwerkingsverband wordt namelijk niet democratisch gekozen, terwijl het gemeenteraadslid niet altijd zicht heeft op wat er binnen een verband gebeurt.

Een dataset met gedetailleerde informatie over aanbestedingen van Wmo-maatwerkvoorzieningen laat zien dat de meeste gemeenten bij de inkoop van deze voorzieningen de samenwerking opzoeken; dit betreft vooral de kleine en middelgrote gemeenten. Voor de meerderheid van de gemeenten lijkt de optimale schaal van inkoop van deze voorzieningen dus groter te zijn dan de gemeente zelf. Uit de data blijkt ook dat grote samenwerkingsverbanden weinig gebruik maken van vernieuwende contractvormen, waardoor kansen om te sturen op uitkomsten onbenut blijven. Dit is naast het gebrek aan democratische legitimiteit mogelijk een tweede nadeel van gezamenlijke inkoop.

De **wijze van aanbesteden** is een ander sturingsinstrument voor gemeenten. Ruim de helft van de gemeenten koopt Wmo-begeleiding in via het bestuurlijk aanbestedingsmodel (procedure waarbij aanbieders inspraak hebben in de contractvorm). Deze aanbestedingsprocedure biedt ruimte om de expertise van het zorgveld te benutten. Nadelen van deze procedure zijn dat aanbieders hun informatievoordeel mogelijk aanwenden om de contractvoorwaarden in hun voordeel te doen aanpassen en dat het minder ruimte laat voor concurrentie tijdens het aanbestedingsproces.

De optimale **bekostigingsmethode** hangt grotendeels af van de volgende factoren:

- de mate waarin kwaliteit observeerbaar is én vast te leggen in contracten;
- de mate waarin de gemeente op de hoogte is van de kostenstructuur van de aanbieder.

Populatiebekostiging (vaste vergoeding voor zorgverlening aan inwoners van wijk of gemeente) past bij zorgvormen waarvoor kwaliteitseisen vast te leggen zijn in contracten en de gemeente een goede inschatting kan maken van de kostenstructuur van de zorgaanbieder. Een vast budget prikkelt de aanbieder tot kostenbesparingen via terugdringing van zorgvolume. Als prestaties contracteerbaar zijn, komt de reductie in zorgvolume tot stand door innovaties in behandelmethoden en niet door onderinvestering in kwaliteit of afwenteling van cliënten. Dit is gunstig voor zowel aanbieder als gemeente: de aanbieder kan tegen een lagere kostprijs zorg leveren en de gemeente profiteert van de behaalde doelmatigheidswinst. Een acceptatieplicht voorkomt dat aanbieders dure cliënten kunnen weigeren of afwentelen op andere zorgaanbieders.

Gemeenten kunnen middels **monitoringsinstrumenten** toezicht houden op prestaties van aanbieders en hiermee afwenteling van cliënten en onderinvestering in kwaliteit voorkomen. Goede monitoringsinstrumenten die de prestaties van zorgorganisaties helder in kaart brengen zijn dus essentieel voor het introduceren van sterkere doelmatigheidsprikkels in het aanbod van zorg en ondersteuning. Voorbeelden van monitoringsinstrumenten zijn maatstafconcurrentie (hoe presteert een aanbieder ten opzichte van vergelijkbare aanbieders), de zelfredzaamheidsmatrix en het cliënttevredenheidsonderzoek.

Indien monitoringsinstrumenten niet toereikend zijn om de prestaties van aanbieders te meten, kunnen kwaliteitseisen niet in contracten worden vastgelegd. Populatiebekostiging creëert dan een prikkel voor zorgaanbieders om te bezuinigen op kwaliteit. Ook is een acceptatieplicht dan moeilijk hanteerbaar, omdat het voor de gemeente niet duidelijk is of de zorgaanbieder een cliënt op legitieme gronden weigert.

Daarnaast ontstaat bij populatiebekostiging een zachte budgetrestrictie als de gemeente het benodigde budget niet goed kan inschatten: aanbieders kunnen gedurende de contractperiode claimen dat het budget niet toereikend is. De gemeente zal hieraan toegeven en het budget verhogen als zij voor de levering van zorg afhankelijk is van de aanbieder.

Bij PxQ-financiering (vaste vergoeding per uur geleverde zorg) is de prikkel tot onderinvestering in kwaliteit of het weigeren van cliënten minder sterk aanwezig, omdat aanbieders een vergoeding krijgen voor elk uur verleende zorg. Ook kunnen

aanbieders bij deze bekostigingsmethode minder overtuigend claimen dat het budget niet toereikend is. Deze bekostigingsmethode past dus beter dan populatiebekostiging bij (hoog)complexe zorgvormen waarvan de kwaliteit zeer beperkt meetbaar is, de gemeente niet kan inschatten wat het benodigde budget is en kostenbesparingen niet of nauwelijks te realiseren zijn.

PxQ-financiering prikkelt echter niet tot kostenbesparingen en creëert het risico op overproductie als de aanbieder op enige wijze invloed kan uitoefenen op de indicatiestelling. Hiermee blijft de kans onbenut om een sterkere prikkel tot doelmatigheid in het zorgaanbod te introduceren.

Populatiebekostiging is overigens niet de enige optie om via de bekostiging sterkere prikkels in te bouwen: populatiebekostiging en PxQ-financiering zijn namelijk uitersten in een heel spectrum van bekostigingsmodellen. Gemeenten kunnen ook kiezen voor een tussenvorm, zoals een vaste vergoeding per cliënt (meestal per maand of jaar). Gemeenten die dergelijke bekostiging toepassen, maken resultaatafspraken op het niveau van de individuele cliënt. Voor hybride vormen geldt dat zowel de goede als de perverse prikkels van beide uitersten in mindere mate aanwezig zijn.

Ruim de helft van de gemeenten heeft PxQ-financiering toegepast bij de eerste ronde inkoop van Wmo-begeleiding. Het beschouwen van 2015 als een overgangsjaar is een belangrijke reden waarom gemeenten vasthouden aan de uit de AWBZ stammende PxQ-financiering. Daarnaast blijkt uit anekdotisch bewijs dat de hoge tijdsdruk waaronder gemeenten in 2014 moesten inkopen een andere reden is om nog niet af te wijken van deze bekostigingsmethode. Het onvermogen van grote samenwerkingsverbanden om tot vernieuwende contractvormen te komen is een mogelijke andere verklaring.

Ook indien kwaliteitsvoorwaarden moeilijk vast te leggen zijn in contracten, kunnen gemeenten sturen op investeringen in kwaliteit. Zo kiest meer dan 80 procent van de gemeenten bij de inkoop van Wmo-maatwerkvoorzieningen voor contracten die de **cliënt keuzevrijheid** geven. Dit prikkelt aanbieders om te investeren in kwaliteitsaspecten die moeilijk contracteerbaar zijn, maar wel worden ervaren door cliënten. Denk hierbij aan de meer 'softe' kwaliteitsaspecten, zoals de mate van betrokkenheid van de zorgverlener of de bejegening van de cliënt. Bij populatiebekostiging is het doorgaans niet mogelijk dit instrument in te zetten, omdat dan gewoonlijk één aanbieder verantwoordelijk is voor de zorgverlening binnen een wijk of gemeente.

Een andere mogelijkheid om onderinvestering in kwaliteit tegen te gaan is het aangaan van contracten met een **optie tot verlenging**. Een optie tot verlenging prikkelt zorgaanbieders te investeren in kwaliteitsaspecten die gedurende de contractperiode zichtbaar worden voor de gemeente. Zorgorganisaties hebben

namelijk belang bij een goede reputatie, omdat een slechte reputatie hun kansen op contractverlenging nadelig kan beïnvloeden. Iets meer dan de helft van de gemeenten neemt een optie tot verlenging op in de contracten voor Wmo-begeleiding.

Een lange **contractduur** biedt aanbieders de zekerheid dat doelmatigheidswinsten uit investeringen niet op korte termijn worden afgeroomd. Een nadeel van een lange looptijd is dat de sturingsinstrumenten die bestaan als gevolg van herhaalde interacties tussen gemeente en aanbieder, zoals een optie tot contractverlenging, minder effectief worden. Bij de inkoop van de Wmo-maatwerkvoorzieningen kiest zo'n 60 procent van de gemeenten voor een relatief korte nominale duur van één of twee jaar. Als gevolg van de optie tot verlenging is de maximale contractduur in de meeste gemeenten echter aanzienlijk langer.

In een context met veel onzekerheid kan een lange looptijd nadelig zijn. Het inbouwen van **flexibiliteit in contracten** biedt hiervoor een oplossing: bijvoorbeeld de mogelijkheid om contracten tussentijds te ontbinden of om tarieven bij te stellen. Dit gaat deels ten koste van de voordelen van de lange looptijd. Bovendien staat het tussentijds aanpassen van overheidscontracten op gespannen voet met de Europese aanbestedingsrichtlijnen: nadat de aanbesteding is afgerond mag een publieke opdrachtgever geen 'wezenlijke' wijzigingen in het contract doorvoeren.

## 1 Inleiding

Het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, het ministerie van Financiën en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten hebben naar aanleiding van de recente decentralisaties aan het CPB gevraagd om de rol van de gemeente als opdrachtgever binnen het sociaal domein te onderzoeken. Als gevolg van de ingevoerde decentralisatiewetten is het gemeentelijke takenpakket drastisch uitgebreid. Deze nieuwe taken beslaan bovenal het sociaal domein: naar schatting komt momenteel ongeveer 50 procent van het gemeentelijke budget ten laste van uitgaven aan zorg- en participatiebeleid (zie ook CPB, 2014). Daarmee versterken de decentralisaties de 'regierol' van gemeenten op de zorgterreinen jeugdhulp, hulp aan langdurig zieken en ouderen en werk en inkomen.

Voor veel van de nieuwe zorgtaken geldt dat gemeenten deze niet in eigen beheer uitvoeren maar uitbesteden aan zorgaanbieders, ondanks dat de belangen van gemeenten en aanbieders doorgaans niet volledig op één lijn liggen. Hierbij kan gedacht worden aan een gemeente die op zoek is naar de beste zorg voor haar burgers tegen zo laag mogelijke kosten, terwijl een zorgorganisatie ook haar continuïteit wil waarborgen en/of een winst oogmerk heeft. Deze tegengestelde belangen zijn niet altijd te relateren aan financiële prikkels: zo kan ook de intrinsieke



motivatie van zorgverleners om cliënten intensief te behandelen op gespannen voet staan met de wens tot kostenbeheersing van gemeenten.

*Hoe kan een gemeente in het geval van uitbesteding van zorgtaken de uitvoerende organisatie ertoe bewegen de taak in te vullen naar de wens van de gemeente?*

Dit is de kernvraag van deze notitie.<sup>1</sup> De economische literatuur over de prikkelwerking van verschillende beleidsinstrumenten biedt gemeenten handvatten om te sturen op uitkomsten binnen het sociaal domein. Zeker nu de transitie van het sociaal domein volop gaande is, kunnen deze handvatten gemeenten helpen bij de vormgeving van het sociaal beleid. Binnen de wettelijke kaders, en dan met name binnen de Wmo, hebben gemeenten namelijk relatief veel beleidsvrijheid de nieuwe zorgtaken naar eigen inzicht in te richten.<sup>2</sup>

Hoofdstuk 2 brengt in kaart welke zorgtaken onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen en welke van deze taken door gemeenten worden uitbesteed. Voor de indicatiestelling van specialistische hulp, doorgaans belegd in wijkteams, wordt door veel gemeenten beroep gedaan op het zorgveld. Uit een kansen- en risicoanalyse blijkt dat uitbesteding van de indicatiestelling aan een organisatie die ook specialistische hulp levert, leidt tot een risico op overproductie in de tweede lijn. Deze notitie bespreekt meerdere oplossingen om dit risico te ondervangen.

Gemeenten kopen zonder uitzondering (de uitvoering van) tweedelijns hulp in. In het geval de kwaliteit van tweedelijns hulp moeilijk in contracten vast te leggen is, ontstaat het risico op onderinvestering in kwaliteit en onderbehandeling. Dit hangt nauw samen met de complexiteit van de zorgvorm: voor complexe zorg geldt dat de kwaliteit over het algemeen minder goed meetbaar en verifieerbaar is dan bij minder complexe ondersteuning.<sup>3</sup> In hoofdstuk 2 valt te lezen wat in deze notitie onder complexe zorg wordt verstaan.

Hoofdstukken 3 tot en met 8 bespreken de verschillende beleidsinstrumenten die de gemeente voorhanden heeft om de prikkels voor externe partijen te sturen. Hiermee kan zij de kansen van uitbesteding van zorgtaken benutten en de risico's beperken. In

---

<sup>1</sup> Deze notitie richt zich op de zorgtaken die vanuit de Wmo 2015 en Jeugdwet onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen en niet op de taken die vanuit de Participatiewet bij de gemeente terecht zijn gekomen. De reden hiervoor is dat gemeenten momenteel vooral voor de uitdaging staan om de nieuwe zorgtaken vorm te geven, terwijl veel taken op het gebied van werk en inkomen al langer onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen. Zie Koning (2009) voor een analyse van de uitbesteding en contractering van laatstgenoemde voorzieningen. Zie Dijkgraaf en Gradus (2003) voor onderzoek naar uitbesteding van gemeentelijke voorzieningen buiten het sociaal domein.

<sup>2</sup> Dit in tegenstelling tot de beperkte keuzeruimte die zorgverzekeraars momenteel ervaren bij de inkoop van langdurige zorg (zie CPB/SCP, 2015).

<sup>3</sup> Verifieerbaarheid houdt in dat een onafhankelijke, derde partij (doorgaans de rechterlijke macht) de prestaties van de opdrachtnemer observeert en hierover tot een uitspraak kan komen indien er een geschil is tussen de contractpartijen.

deze hoofdstukken staat de gemeente in haar rol als inkoper binnen het sociaal domein centraal. Een instrument dat de nodige aandacht krijgt is de bekostigingsmethode (hoofdstuk 5), maar ook intergemeentelijke samenwerking (hoofdstuk 3) en aanbestedingsprocedures (hoofdstuk 4) komen aan bod. Daarnaast wordt de sturende werking van keuzevrijheid voor de cliënt (hoofdstuk 6) en van de optie tot contractverlening en *past performance* (hoofdstuk 7) besproken. Ook de prikkels die uitgaan van de contractduur (hoofdstuk 8) en flexibiliteitsclausules in contracten (hoofdstuk 9) komen aan bod.

Met uitzondering van het laatste hoofdstuk, bespreekt elk van deze hoofdstukken ook hoe gemeenten de verschillende beleidsinstrumenten hebben toegepast bij de inkoop van Wmo-maatwerkvoorzieningen voor 2015 en daarna. Hiertoe wordt gebruikt gemaakt van een door het *Public Procurement Research Centre* (PPRC) ontwikkelde dataset die voor ruim 90 procent van de gemeenten gedetailleerde gegevens bevat over aanbestedingen van de Wmo-voorzieningen individuele begeleiding, groepsbegeleiding en dagopvang. Deze analyse schetst een beeld van de mate waarin gemeenten de prikkelwerking van de verschillende inkoopinstrumenten benutten.

Een belangrijke kanttekening bij de interpretatie van de praktijkanalyse is dat gemeenten momenteel in een transitiefase zitten. De eerste ronde inkoopprocedures voor de nieuwe gemeentelijke taken heeft in 2014 plaatsgevonden, waarbij veel gemeenten onder hoge tijdsdruk keuzes in de inkoopbenadering hebben gemaakt. Deze keuzes zullen er op de lange termijn waarschijnlijk anders uit zien. De verwachting is dat gemeenten in de toekomst meer gebruik gaan maken van de sturende werking van contracten. Deze notitie kan dan ook gezien worden als een nuttige handreiking voor gemeenten om tot een doelmatiger inkoop van (specialistische) zorg te komen.

## 2 Uitbesteding binnen het sociaal domein

### Over welke taken gaat het?

Als gevolg van de decentralisaties zijn gemeenten momenteel verantwoordelijk voor een breed palet aan zorg- en ondersteuningsvoorzieningen. Enkele voorbeelden hiervan zijn cliëntondersteuning, begeleiding vanuit de Wmo en specialistische jeugdhulp zoals jeugd-ggz. Daarnaast vallen onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid ook meerdere rollen binnen de zorgketen: naast het afgeven van de juiste indicaties aan burgers met een zorgbehoefte, is de gemeente ook verantwoordelijk voor de levering van zorg aan haar inwoners. Ook dient zij erop toe te zien dat de geleverde hulp en ondersteuning van goede kwaliteit is.

Tabel 2.1 hieronder geeft schematisch de verschillende gemeentelijke zorgtaken weer, waarbij zowel onderscheid is gemaakt tussen de verschillende rollen binnen

het zorgproces als tussen de verschillende zorgvormen. Elke combinatie tussen rol en zorgtype vormt dus een gemeentelijke taak; zo geldt bijvoorbeeld de indicatiestelling voor specialistische hulp als één taak. Deze tabel laat ook zien hoe en waar de meerderheid van de gemeenten deze verschillende taken momenteel beleggen. Het vervolg van dit hoofdstuk geeft nadere uitleg bij deze tabel en bespreekt ook de kansen en risico's van uitbesteding van de in Tabel 2.1 weergegeven gemeentelijke taken.<sup>4</sup>

**Tabel 2.1**    **Overzicht van de wijze waarop de meerderheid van de gemeenten de verschillende zorgtaken beleggen.<sup>5</sup>**

|                      | Indiciesteller | Uitvoerder    | Controleur     |
|----------------------|----------------|---------------|----------------|
| Lichte ondersteuning |                | Wijkteam      | Gemeente       |
| Specialistische hulp | Wijkteam       | Zorgaanbieder | Gemeente (GGD) |

Merk op dat de taak 'indicatiestelling voor lichte ondersteuning' in Tabel 2.1 niet is ingevuld. De reden hiervoor is dat in vrijwel geen enkele gemeente deze taak bestaat: inwoners kunnen gebruik maken van basisondersteuning zonder dat hier een beschikking voor nodig is. Voorbeelden van basisondersteuning zijn de onafhankelijke cliëntondersteuning bij keukentafelgesprekken, lichte individuele ondersteuning, laagdrempelige dagbesteding en vrij toegankelijke inloopfaciliteiten (buurthuis).

Tabel 2.1 maakt overigens enkel onderscheid tussen lichte en specialistische hulp en niet tussen verschillende vormen van specialistische hulp.<sup>6</sup> Veel gemeenten houden namelijk een zelfde soort indeling aan bij de vormgeving van het sociaal beleid. Zo is lichte ondersteuning doorgaans vrij toegankelijk (zonder beschikking) en belegd in wijkteams, terwijl specialistische hulp alleen per beschikking toegankelijk is en wordt ingekocht bij zorgaanbieders.

Daarnaast is tweedelijns hulp over het algemeen complexer van aard dan basisondersteuning. Een eenduidige definitie voor de mate van complexiteit van een zorgvorm is moeilijk te geven. Wel zijn er meerdere factoren die gezamenlijk de complexiteit bepalen. Een paar belangrijke factoren zijn de moeilijkheidsgraad van,

<sup>4</sup> In de economische literatuur is het gangbaar om de keuze tot uitbesteding te analyseren vanuit de transactiekostentheorie. Deze theorie richt zich op de vraag in welke gevallen het doelmatig is om een activiteit in te kopen en wanneer het efficiënter is om economische activiteiten binnen één bedrijf of overheid te laten plaatsvinden (zie bijvoorbeeld Coase, 1937; Williamson, 1973 en 1989; Levin en Tadelis, 2010).

<sup>5</sup> De rol van controleur kan door meerdere actoren uitgevoerd worden. Cliëntondersteuners in wijkteams fungeren vanuit hun signalerende functie als controleur, gemeenten dienen conform de Wmo hier tevens aparte ambtenaren voor aan te stellen, en gemeenten belasten ook geregeld de GGD met deze taak. In de jeugdzorg is deze taak bij drie toezichthoudende inspecties neergelegd.

<sup>6</sup> Voorbeelden van specialistische Wmo-hulp zijn individuele begeleiding, dagbesteding en kortdurend verblijf, voor mensen met beperkingen van verschillende aard: somatisch, psychogeriatrisch, een verstandelijke handicap, stoornis in het autistisch spectrum of niet-aangeboren hersenletsel. Voorbeelden van specialistische jeugdzorgvoorzieningen zijn jeugd-ggz, jeugdreclassering en -bescherming, residentiële jeugdhulp en JeugdzorgPlus.

en de variatie in de behandelmethodes (en daarmee het benodigde opleidingsniveau van de zorgverlener), of er sprake is van multimorbiditeit bij de cliënt en hoe moeilijk het is om de juiste behandelmethodes te bepalen.<sup>7</sup>

Hieruit volgt dat hoe complexer de zorg, hoe lastiger het is om de prestaties van de zorgverlener te meten: het is minder evident wat de juiste behandelmethodes is, zelfs bij de juiste behandeling wordt minder vaak het gewenste resultaat bereikt en door de aanwezigheid van multimorbiditeit zijn oorzaak en gevolg moeilijker te scheiden.<sup>8</sup>

Niet alle tweedelijns hulp waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn, kent dezelfde mate van complexiteit. Een duidelijk voorbeeld van een hoogcomplexere zorgvoorziening is jeugd-ggz: de zorgverleners (kinder- en jeugdpsychiaters) zijn hoogopgeleid, cliënten hebben vaak te kampen met meerdere stoornissen of aandoeningen (bijvoorbeeld depressies en verslaving) en door het niet goed kunnen inschatten van de precieze zorgproblematiek is het bepalen van de juiste behandelmethodes lastig. Minder complexe zorgvormen in de tweede lijn zijn hulp bij het huishouden en de individuele begeleiding voor ouderen met lichamelijke achteruitgang: handelingen zijn vaak nogal routinematig, er is doorgaans geen sprake van multimorbiditeit en wat gedaan moet worden is snel duidelijk.

### **Wijkteams: functie en vormgeving**

De uitvoering van de lichte ondersteuning vindt in veel gemeenten in sociale wijkteams plaats. Wijkteamleden bepalen via een keukentafelgesprek de zorgbehoefte van de cliënt, activeren het eigen netwerk van de cliënt en bieden lichte (preventieve) zorg. Daarnaast vervult het wijkteam(lid) de rol van indicatiesteller voor specialistische zorg indien opschaling nodig wordt geacht.<sup>9</sup>

De vormgeving van wijkteams bepaalt dus voor veel gemeenten in hoeverre twee van de gemeentelijke zorgtaken in tabel 2.1, namelijk de uitvoering van lichte ondersteuning en de indicatiestelling voor specialistische hulp, worden uitbesteed. Er bestaan aanzienlijke verschillen tussen gemeenten voor wat betreft de vormgeving van deze teams. Deze gemeentelijke variatie beperkt zich niet alleen tot de grootte en de samenstelling, maar is ook te vinden in de regiovoering van de wijkteams. Er bestaan vier verschillende organisatievormen van wijkteams (zie ook Van Arum en Schoorl, 2015):

1. De gemeente voert de wijkteams in eigen beheer uit. Specialistische hulpverleners komen in dienst van de gemeente of worden gedetacheerd.

---

<sup>7</sup> Een cliënt met multimorbiditeit heeft te kampen met meerdere stoornissen of aandoeningen.

<sup>8</sup> Zie bijvoorbeeld ook V&VN, LEVV en NIVEL (2007) en LHV (2009).

<sup>9</sup> Niet in alle gemeenten worden deze taken in sociale wijkteams belegd. Zo werkt men in de gemeente Haarlemmermeer met gemandateerde specialisten, die naast het bieden van lichte ondersteuning ook beschikkingen voor specialistische hulp afgeven, mits de problematiek binnen hun expertisegebied valt. Onder de gemandateerden vallen onder meer huisartsen en jeugdartsen.

2. De gemeente besteedt het wijkteam uit aan meerdere aanbieders, waarbij medewerkers van het wijkteam in dienst blijven van hun moederorganisatie.<sup>10</sup> Financiering van de wijkteams is op basis van een inkoop- of subsidierelatie. De gemeente stuurt als opdrachtgever het wijkteam via contractuele voorwaarden en uitvoeringseisen.
3. De gemeente besteedt het wijkteam uit aan één of meerdere hoofdaannemers. Deze hoofdaannemers, vaak aanbieders in de tweede lijn, krijgen een vast budget om naar eigen inzicht de wijkteams vorm te geven.<sup>11</sup> De hoofdaannemer treedt richting de gemeente op als penvoerder en is verantwoordelijk voor de uitvoering binnen de contractuele kaders.
4. De gemeente brengt de wijkteams onder bij een zelfstandige entiteit die losstaat van gemeente en zorgaanbieders. Wijkteamleden zijn dus in dienst van dit zelfstandige orgaan. De gemeente blijft eindverantwoordelijk voor de taken van het wijkteam en moet dus wel controle en toezicht uitoefenen op de zelfstandige wijkteams.

Uit een peiling van Movisie onder 224 gemeenten (zie Van Arum en Schoorl, 2015) blijkt dat bijna de helft van de gemeenten voor het eerste model kiest en ongeveer een kwart voor het tweede model. De andere twee organisatievormen worden elk door minder dan 5 procent van de gemeenten gekozen en zijn daarmee veel minder in trek. Het overige deel van de gemeenten, ruim 20 procent, kiest voor een variatie op een van de hierboven beschreven modellen. Een voorbeeld hiervan zijn gemeenten die het wijkteam in eigen beheer nemen zonder dat de specialisten die plaatsnemen in het team bij de gemeente in dienst komen of gedetacheerd worden.<sup>12</sup>

### **De kansen en risico's van uitbesteding van wijkteams**

Een belangrijk voordeel van het beleggen van wijkteams bij marktpartijen is dat gemeenten daarmee gebruik maken van de kennis en capaciteit die al in de markt aanwezig zijn. Zo beschikken zorgverleners over specialistische kennis die, afhankelijk van de casuïstiek, nodig kan zijn om de zorgbehoefte te bepalen van burgers die bij wijkteams binnenkomen.

Uitbesteding leidt dus tot een besparing in de uitvoeringskosten, omdat gemeenten niet zelf deze competenties hoeven te verwerven.<sup>13</sup> Overigens gaat het hierbij wel om een eenmalige besparing die verdwijnt op het moment dat de gemeente de kennis in

<sup>10</sup> Medewerkers van een organisatie die individuele begeleiding biedt in de tweede lijn, worden bijvoorbeeld gedetacheerd in de gemeentelijke wijkteams. Deze medewerkers geven bijvoorbeeld lichte ondersteuning, voeren keukentafelgesprekken en mogen dus ook doorverwijzen naar tweedelijnszorg.

<sup>11</sup> Vaak gebeurt dit in een nog bredere opdracht, waarin naast wijkteams ook de tweedelijns ondersteuning is uitbesteed aan dezelfde hoofdaannemer.

<sup>12</sup> Uit gesprekken die wij met verschillende gemeenten hebben gevoerd, blijkt dat dit model bijvoorbeeld wordt toegepast in de gemeente Den Haag.

<sup>13</sup> Deze zienswijze is gebaseerd op de *Resource Based View (RBV) of the firm*, geïntroduceerd door Penrose (1959) en verder ontwikkeld door onder andere Wernerfelt (1984). Zoals de naam van de theorie al aangeeft gaat de RBV uit van organisaties als bundels van middelen en mogelijkheden. In relatie tot de beslissing tot uitbesteding bepaalt de mate waarin nieuwe taken aansluiten bij de huidige competenties en de kosten om deze competenties zelf te verwerven (Corner, 1991).

huis heeft. Daarnaast leert het wijkteamlid ook gedurende het ondersteuningstraject nog bij over de precieze problematiek van de cliënt. Synergievoordelen ontstaan dan als de marktpartij die binnen het wijkteam een cliënt onder zijn hoede heeft, indien nodig ook tweedelijns hulp aan diezelfde cliënt verleent.

Gemeenten kunnen door uitbesteding van wijkteams ook een doelmatigheidsprikkel inbouwen in het aanbod van zorgvoorzieningen: concurrentiedruk noopt marktpartijen immers om wijkteams efficiënt in te richten. Een complicerende factor hierbij is dat de diensten en prestaties die wijkteams leveren niet altijd even goed definieerbaar zijn: gemeenten en zorgbehoeftegen kunnen lang niet altijd de precieze zorgbehoefte bepalen of achteraf een goede inschatting maken van de kwaliteit van de geleverde (basis)zorg en de juistheid van de indicatiestelling.<sup>14</sup> Daarnaast kan de gemeente afhankelijk worden van de uitvoerende partij als laatstgenoemde zich specialiseert in wijk-specifieke kennis die niet aanwezig is bij concurrenten. Dit zwakt de concurrentiedruk af en maakt uitbesteding minder aantrekkelijk.

In het informatievoordeel dat specialisten in de wijkteams hebben, schuilt voor gemeenten ook direct het grootste gevaar van uitbesteding van wijkteams. Wijkteamleden die in dienst zijn van zorgorganisaties hebben namelijk een potentiële prikkel om te handelen in het belang van de moederorganisatie. Hoe dit in de praktijk uitwerkt, hangt samen met de wijze waarop zorgaanbieders in de tweede lijn zijn gecontracteerd – en dan vooral met de bekostiging van zorg in de tweede lijn.

Zo wordt het voor het wijkteamlid aantrekkelijk om cliënten naar de moederorganisatie toe te leiden als de vergoeding voor tweedelijnszorg afhangt van het aantal uren geleverde zorg of van het aantal behandelde cliënten. Hierdoor ontstaat het risico op te snel opschalen en doorverwijzen naar de moederorganisatie in de tweede lijn, terwijl informele zorg of basisondersteuning ook afdoende zouden zijn. Als de gemeente minder goed dan de zorgaanbieder op de hoogte is van de precieze zorgbehoefte van de cliënt, is het moeilijk deze vorm van overproductie in de tweede lijn tegen te gaan.<sup>15, 16</sup>

---

<sup>14</sup> Dat concurrentie binnen de zorgsector wel degelijk een disciplinerende uitwerking kan hebben, blijkt uit recent onderzoek van Bloom et al. (2015). De belangrijkste bevinding van deze studie is dat een toename van het aantal ziekenhuizen binnen een Engels kiesdistrict tot betere prestaties van de ziekenhuizen in het desbetreffende kiesdistrict leidt.

<sup>15</sup> Overigens zijn financiële prikkels niet de enige mogelijke oorzaak voor het bestaan van overproductie. Ook intrinsieke motivatie en het oprechte vertrouwen in de eigen behandeling kunnen voor specialisten redenen zijn om door te verwijzen naar de eigen moederorganisatie en een cliënt intensief te behandelen (zie Chandra et al., 2012).

<sup>16</sup> Ook in het geval van een onafhankelijke indicatiesteller (die dus geen belang heeft bij het leiden van cliënten naar een specifieke organisatie in de tweede lijn) bestaat het risico op een te snelle opschaling van zorgbehoefte dan vanuit gemeentelijk oogpunt wenselijk is. Een veelgehoorde zorg van gemeenten is dat de bevoegdheid die huisartsen vanuit de Jeugdwet hebben om jeugdige cliënten door te verwijzen naar tweedelijns hulp kostenbeheersing moeilijk maakt. Huisartsen hebben namelijk bovenal oog voor de baten van doorverwijzing en houden minder rekening met de kosten ervan.

### Mogelijke oplossingen

Om onderaanbod van preventieve zorg en overproductie in de tweede lijn tegen te gaan, leggen gemeenten via contracten eisen aan aanbieders op en houden toezicht op de naleving van deze contractafspraken. Hieraan zijn echter wel kosten verbonden, zowel *ex ante* in de vorm van het opstellen van contracten en het selecteren van geschikte aanbieders als *ex post* in de vorm van kosten van toezicht op de naleving van contractafspraken.

In het geval de vergoeding niet of amper afhangt van het aantal doorverwijzingen, verdwijnt het risico op overproductie. De moederorganisatie profiteert dan namelijk niet van een grotere toestroom van cliënten.<sup>17</sup> Overigens leidt ontkoppeling van zorgvolume en vergoeding wel weer tot het gevaar dat complexe en dure ‘gevallen’ niet naar de moederorganisatie worden toegeleid. In hoofdstuk 5 gaan we dieper in op de prikkelwerking van de verschillende bekostigingsmethoden die in het zorgdomein worden toegepast.

Een andere mogelijke oplossing om overproductie tegen te gaan, is het opknippen van taken die doorgaans in wijkteams worden belegd. Zo is het bijvoorbeeld denkbaar dat niet één en dezelfde persoon verantwoordelijk is voor zowel de indicatiestelling als de toeleiding naar specialistische zorg. Het opknippen van taken gaat wel gepaard met een verlies aan synergievoordelen, die binnen wijkteams ontstaan doordat één persoon verantwoordelijk is voor de ondersteuning van een cliënt en dus goed op de hoogte is van de zorgbehoefte van deze cliënt.

Een ander alternatief is uitbesteding van wijkteams aan een zelfstandig orgaan (het vierde organisatiemodel op pagina 13).<sup>18</sup> Wijkteamleden hebben dan geen prikkel tot het creëren van meer vraag naar specialistische hulp. Wel is het mogelijk dat dit organisatiemodel leidt tot overproductie binnen het wijkteam als het budget van het wijkteam afhangt van het zorgvolume: er vindt dan meer zorg plaats binnen het wijkteam en er wordt te weinig opgeschaald naar specialistische ondersteuning dan vanuit sociaal oogpunt wenselijk is. Een vast budget voor het wijkteam ondervangt dit probleem. Vergelijkbaar met de keuze van uitbesteding van de wijkteams aan een zelfstandig orgaan is het uitbesteden aan partijen die niet als tweedelijns zorgaanbieders gecontracteerd zijn.

### Specialistische hulp: zonder uitzondering uitbesteed

Gemeenten besteden (de uitvoering van) specialistische zorg en ondersteuning zonder uitzondering uit aan zorgaanbieders. Voor een aantal zorgvormen – en dan met name voor specialistische jeugdhulp – geldt simpelweg een wettelijke

---

<sup>17</sup> Een veelgebruikte methode binnen het zorgveld om de directe relatie tussen volume en vergoeding enigszins te ontkoppelen, is het opnemen van budgetplafonds in contracten. Het risico op overproductie is namelijk beperkt tot de grenzen van het budgetplafond. Zie bijvoorbeeld Ruwaard et al. (2014).

<sup>18</sup> Leeuwarden is een voorbeeld van een gemeente die haar wijkteams heeft ondergebracht bij een zelfstandig orgaan.

verplichting deze uit te besteden en bovenregionaal of zelfs landelijk in te kopen bij aanbieders van deze specialistische zorgvormen.<sup>19</sup>

Voor een aantal andere specialistische zorgvoorzieningen zijn gemeenten vrij om te kiezen of zij deze uitbesteden of in eigen beheer uitvoeren. Toch kiezen gemeenten ervoor ook deze zorg in te kopen bij marktpartijen. Een bespreking van de belangrijkste kansen en risico's die optreden bij uitbesteding van specialistische zorg geeft inzicht in hoe gemeenten tot deze keuze komen.

### **Kansen en risico's van uitbesteding van specialistische hulp**

Wat geldt voor wijkteams, geldt in versterkte vorm voor specialistische hulp: zorgaanbieders hebben de benodigde capaciteit en kennis over de zorgproblematiek in huis die niet aanwezig zijn binnen het ambtelijke apparaat. Door het beleggen van specialistische zorg in de markt en dus gebruik te maken van de expertise van aanbieders, besparen gemeenten op de uitvoeringskosten.

In het verlengde hiervan geldt dat uitbesteding van specialistische hulp de doelmatigheid ook kan bevorderen doordat schaalvoordelen beter benut worden.<sup>20</sup> Zelfs in het geval de gemeente de benodigde kennis en capaciteit in huis haalt, valt te verwachten dat externe organisaties, door actief te zijn in een werkgebied dat vaak (veel) groter is dan een enkele gemeente, efficiënter kunnen opereren.<sup>21</sup>

Dit geldt in het bijzonder voor hoogspecialistische zorgvormen als residentiële jeugdhulp, omdat deze voorzieningen per gemeente relatief weinig gebruikers kennen. Het gevolg is dat voor hoogspecialistische hulp het aantal aanbieders binnen de regio laag is.<sup>22</sup> Schaafeffecten kunnen dus tot marktmacht leiden, waardoor de disciplinerende werking van de markt als een potentieel voordeel van uitbesteding grotendeels verdwijnt.

Tegelijkertijd lijken ook de risico's van uitbesteding van specialistische hulp groter dan bij de uitbesteding van wijkteams. Zoals gezegd is de kennis voornamelijk aanwezig binnen het zorgveld, waar nog eens bijkomt dat de kwaliteit van complexe hulp moeilijk meetbaar zijn. Kenmerkend voor complexe zorgvoorzieningen is

---

<sup>19</sup> Deze ondersteuningstaken zijn door de regionale centrumgemeenten of door de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) via de regionale transitie-arrangementen (RTA's) en het landelijke transitie-arrangement (LTA) ingekocht. Het LTA en de RTA's beogen continuïteit van zorg voor cliënten, en sluiten aan bij het overgangsrecht voor cliënten die al in 2014 AWBZ-begeleiding of jeugdzorg ontvingen. Dit overgangsrecht houdt in dat deze cliënten in 2015 recht houden op ondersteuning onder gelijke condities als in 2014. Ook hebben gemeenten in het kader van het overgangsrecht voor de jeugdzorg en (in minder strikte mate ook de Wmo) een inspanningsverplichting om met de huidige zorgaanbieders van cliënten met een in 2014 doorlopende indicatie tot een overeenkomst te komen.

<sup>20</sup> Merk op dat schaalvoordelen veel minder sterk aanwezig zijn bij uitbesteding van wijkteams, omdat de schaal van wijkteams nooit groter is dan de gemeente.

<sup>21</sup> Het benutten van deze schaalvoordelen is ook mogelijk door uitbesteding binnen de publieke sector in plaats van aan de markt. Een andere potentiële reden om publieke taken uit te besteden aan een publieke organisatie is dat de intrinsieke motivatie in de publieke sector doorgaans groter is dan in de private sector (zie ook Gregg et al., 2011).

<sup>22</sup> Zie ook Van Eijkel (2014).



namelijk dat een geleverde interventie of prestatie zich vaak niet direct vertaalt in de gewenste uitkomst. Escalatie van een situatie van een hulpbehoevende kan het resultaat zijn van ondermaatse ondersteuning, maar ook het gevolg van gebeurtenissen in de omgeving van de hulpbehoevende waar de zorgaanbieder geen invloed op heeft. Daar komt bij dat de gemeente als opdrachtgever niet zelf de dienstverlening ervaart, waardoor zij een nog grotere informatieachterstand heeft.<sup>23</sup>

In het algemeen geldt hoe complexer de taak, hoe minder eenduidig de relatie tussen inspanning en uitkomst is. Daarnaast geldt dat sommige kwaliteitsdimensies überhaupt niet of maar zeer beperkt contracteerbaar zijn. Contracteerbaarheid houdt in dat de inspanningen van een uitvoerende partij niet alleen meetbaar zijn, maar ook verifieerbaar door een derde, onafhankelijke partij.<sup>24</sup> Het is maar de vraag of de gemeente in het geval van complexe zorgproblematiek haar gelijk kan halen in de rechtszaal indien in haar ogen een gecontracteerde partij ondermaats presteert. Kwaliteitsaspecten die niet *ex ante* vast te leggen zijn in contracten, zijn zelfs per definitie niet-contracteerbaar. Denk hierbij aan de meer 'softe' kwaliteitselementen, zoals de mate van betrokkenheid van de zorgverlener bij de cliënt.<sup>25</sup>

Bij uitbesteding van tweedelijns hulp bestaat dus het risico dat aanbieders onderinvesteren in die kwaliteitsaspecten die niet voor gemeenten vast te leggen zijn in contracten. Door te bezuinigen op kwaliteit profiteren zij dan immers van een kostenbesparing, zonder dat zij hierop worden afgerekend. Toch lijkt het benutten van de expertise en schaal van het zorgveld op te wegen tegen dit risico: gemeenten besteden specialistische zorg massaal uit.<sup>26</sup> Een cruciale vraag is dus hoe gemeenten bij uitbesteding van specialistische hulp de kansen kunnen benutten en de risico's zo veel als mogelijk kunnen indammen.

### Mogelijke oplossingen

Net als bij wijkteams, proberen gemeenten via contracteisen en toezicht op de naleving ervan aanbieders ertoe te bewegen doelmatige zorg te leveren. Veelgebruikte instrumenten bij het monitoren zijn *assessment tools* als de zelfredzaamheidsmatrix, prestatie-indicatoren en cliënttevredenheidsonderzoeken. Deze instrumenten brengen in kaart hoe zelfredzaam en tevreden een (individuele)

---

<sup>23</sup> Zie Choi en Li (2009) voor een nadere analyse van de rol van asymmetrische informatie binnen zogeheten 'dienstentriades', waarbij de opdrachtgever voor dienstverlening niet dezelfde actor is als de klant die de diensten ontvangt.

<sup>24</sup> Zie bijvoorbeeld ook Grossman en Hart (1986).

<sup>25</sup> Overigens kunnen gemeenten ook bij het in eigen beheer nemen van taken te maken krijgen met problemen rondom informatie-asymmetrie. Het is lang niet altijd zo dat de uitvoerende gemeenteambtenaar exact hetzelfde belang dient als het gemeentebestuur en dus zonder enig toezicht of ingebouwde prikkels de taak uitvoert naar de wens van de gemeente. De contractkosten en kosten van toezicht bij uitvoering binnen het gemeentelijke apparaat zijn naar verwachting wel aanzienlijk lager zijn bij uitbesteding aan de markt.

<sup>26</sup> In deze notitie staat de economische afweging van uitbesteden versus het in eigen beheer uitvoeren van zorgtaken centraal. Naast economische factoren, spelen politieke aspecten ook een rol bij deze afweging. Zo kunnen de politieke kleur van het lokale bestuur en de invloed van vakbonden invloed hebben op de keuze tot uitbesteding (zie bijvoorbeeld Hart et al., 1997 en López-de-Silanes et al., 1997). In dit licht kan ook de in het regeerakkoord opgenomen ambitie om tot een compacte overheid te komen gezien worden als een factor die de keuze tot uitbesteding beïnvloedt. Deze notitie gaat niet verder in op deze factoren.

cliënt is. Deze monitoringsinstrumenten brengen wel de nodige kosten met zich mee, waarbij het ook nog de vraag is of deze instrumenten wel alle relevante kwaliteitsaspecten aan het licht brengen.

Naast het monitoren van de prestaties, kunnen gemeenten de prikkels voor aanbieders van tweedelijns hulp beïnvloeden door de wijze waarop zij specialistische hulp bij deze aanbieders inkopen. Zo kan de gemeente zorg zelfstandig inkopen dan wel binnen een samenwerkingsverband met andere gemeenten, heeft zij de keuze tussen verschillende aanbestedingsmodellen en beschikt bij de vormgeving van contracten met aanbieders over meerdere 'knoppen' om aan te draaien. De volgende hoofdstukken gaan uitgebreid in op de prikkelwerking die uitgaat van deze verschillende sturingsinstrumenten.

### **Toezietsrol: zonder uitzondering uitgevoerd binnen de publieke sector**

Ten slotte omvatten de gemeentelijke zorgtaken ook het toezicht op de uitvoering van de uitbestede zorgtaken (zie ook Tabel 2.1). Toezicht en inspectie op de ondersteuning voor volwassenen is in de Wmo nadrukkelijk bij gemeenten belegd: de gemeente dient ambtenaren aan te stellen die toezicht houden op de naleving van de Wmo 2015.<sup>27</sup> De gemeente dient toezicht te houden op de wettelijke bepalingen en de nadere invulling hiervan in de gemeentelijke verordening. De gemeente stelt deze kwaliteitseisen aan zorgverleners gewoonlijk in het kader van de aanbesteding, dus in de contracten. Een deel van het toezicht wordt dan ook ingevuld door diegene die toeziet op de naleving van het contract (contract- of relatiemanagers).

Het toezicht houden op de kwalitatieve uitvoering van zorgverlening vergt echter ook inhoudelijke expertise en om deze reden brengen veel gemeenten het toezicht mede onder bij de GGD. De GGD is een regionaal georganiseerd samenwerkingsverband van de gemeenten in de betreffende regio. Een deel van het toezicht vindt dus plaats binnen de eigen gemeentelijke organisatie en (soms) een deel ook in georganiseerd verband.

Het toezicht op de jeugdzorg is landelijk georganiseerd. Drie toezichtsinstanties zijn hiervoor verantwoordelijk: de Inspectie Jeugdzorg, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie Veiligheid en Justitie. Waar gemeenten toezicht en inspectie van Wmo-taken dus zelf moeten invullen, voeren de eerder genoemde instanties het toezicht op de jeugdzorg uit.

Zowel de Wmo 2015 als de Jeugdwet staan het gemeenten niet toe de toezichtstaak uit te besteden. Gezien het feit dat gemeenten voor de uitvoering van wijkteams en tweedelijns hulp veelal een beroep doen op externe partijen, ligt het ook voor de hand dat de gemeente de controlerende rol binnen het sociaal domein op zich neemt.

---

<sup>27</sup> Artikel 6.1 lid 1 Wmo 2015: Het college wijst personen aan die belast zijn met het houden van toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet.

Toezicht onafhankelijk van de zorgverlenende partij voorkomt namelijk belangenverstremgeling bij het monitoren van de kwaliteit van dienstverlening.

Toezicht neemt enerzijds de vorm aan van het toezien op de naleving van contracten (op gemeentelijk niveau, of bij een gemeenschappelijk inkoopbureau) en anderzijds op de bepalingen in wet en verordening (op gemeentelijk of bovengemeentelijk niveau, bijvoorbeeld de GGD). Deze twee vormen van toezicht liggen logischerwijs rechtstreeks in elkaars verlengde, omdat de kwaliteitseisen en voorwaarden die gemeenten bij het inkopen stellen, voortvloeien uit de wet en de gemeentelijke verordening.

### **Conclusie tot nu toe**

Gemeenten doen bij de invulling van de zorgtaken een groot beroep op het externe zorgveld. Omdat de belangen van zorgaanbieders en gemeenten doorgaans niet volledig op één lijn liggen, lopen gemeenten het risico dat de externe partij de taak niet invult naar de wens van de gemeente. Dit risico neemt toe naarmate de aanbieder meer marktmacht heeft en/of de geleverde kwaliteit moeilijker meetbaar en verifieerbaar is, oftewel kwaliteitseisen moeilijker in contracten vast te leggen zijn. Tegengestelde belangen zijn overigens niet altijd gerelateerd aan financiële prikkels: zo is de intrinsieke motivatie van zorgverleners om cliënten intensief te behandelen niet altijd in lijn met de wens tot kostenbeheersing van gemeenten.

Gemeenten hebben een aantal instrumenten voorhanden om de kansen van uitbesteding te benutten en de risico's te beperken. Met de focus op de inkoop van tweedelijnschulp behandelt het vervolg van deze notitie meer *en detail* de prikkelwerking van een aantal van deze instrumenten. Hierin staat de gemeente in haar rol als inkoper centraal.

Met uitzondering van hoofdstuk 9 geeft elk hoofdstuk ook een beeld van hoe gemeenten deze instrumenten hebben toegepast bij de inkoop voor een drietal Wmo-maatwerkvoorzieningen. Het betreft individuele begeleiding, groepsbegeleiding en kortdurend verblijf, zorgvormen die doorgaans door gemeenten in dezelfde aanbesteding worden ingekocht.<sup>28</sup> De gebruikte dataset bevat voor ruim 90 procent van de gemeenten uitgebreide gegevens over aanbestedingen voor de levering van deze voorzieningen vanaf 2015.

---

<sup>28</sup> In het vervolg worden deze drie voorzieningen ook wel met de verzamelterm 'Wmo-begeleiding' aangeduid.

### 3 Sturingsinstrument: gezamenlijke inkoop

Gemeenten die gezamenlijk inkopen versterken hun positie in onderhandelingen met aanbieders die marktmacht hebben. Door het aanbieden van een grotere afzetmarkt en dus een gunstigere opdracht voor aanbieders, kunnen samenwerkende gemeenten hogere eisen stellen aan de prijs-kwaliteitverhouding. Dit is vooral relevant voor zorgvormen die gemeenten inkopen op geconcentreerde markten. Daarnaast verlaagt samenwerking de transactiekosten aan zowel de vraag- als aanbodkant, doordat de voorziening voor meerdere gemeenten maar via één aanbesteding wordt ingekocht.<sup>29</sup>

Hoewel samenwerken bij de inkoop dus voordelen met zich meebrengt, zijn er ook nadelen. Ten eerste staan bij samenwerking de gemeenteraden van de individuele gemeenten op grotere afstand van het inkoopproces. De invloed van colleges en raden op de wijze van inkoop neemt logischerwijs af naarmate meer gemeenten met elkaar samenwerken. Omdat samenwerkingsverbanden niet democratisch gekozen worden, kan dit verminderde toezicht leiden tot een gebrek aan democratische verantwoording.

Daarnaast blijkt uit eerder onderzoek van het PPRC (2015) dat grotere samenwerkingsverbanden minder vooruitstrevend omgaan met nieuwe contractuele sturingsinstrumenten. Naarmate meer gemeenten met elkaar samenwerken, wordt vaker vastgehouden aan de productstructuren en bekostiging die ten tijde van de AWBZ werd toegepast. Dit fenomeen is zichtbaar vanaf samenwerkingen met meer dan vier gemeenten. Het lijkt in grotere samenwerkingsverbanden moeilijk te zijn om consensus te bereiken over een vernieuwende inkoopsystematiek.

#### **Intergemeentelijke samenwerking bij de inkoop van Wmo-maatwerkvoorzieningen**

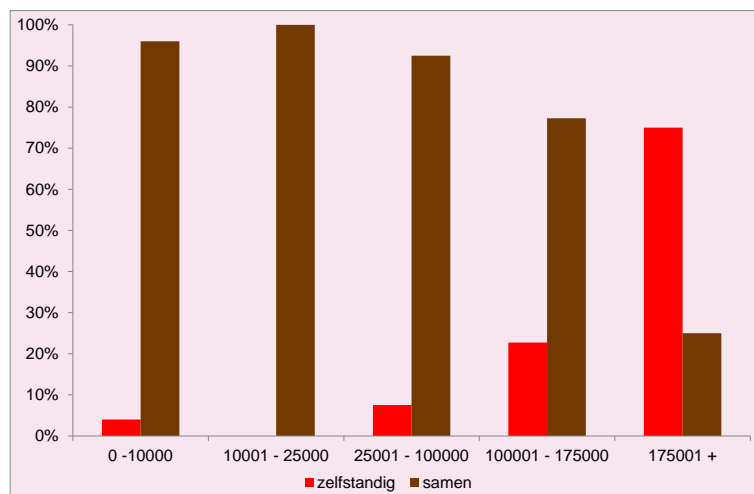
We zien dat veel gemeenten Wmo-begeleiding inkopen via een samenwerkingsverband, ook al zijn zij vrij om deze maatwerkvoorziening zelfstandig in te kopen: slechts 6 procent van de gemeenten koopt zelfstandig in. Het betreft hier veelal de grotere gemeenten, hoewel er uitzonderingen zijn. Het staafdiagram hieronder geeft voor verschillende gemeentelijke inwoneraantallen de procentuele verdeling tussen zelfstandig en gezamenlijk inkopen weer.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> Samenwerking verlaagt zowel de transactiekosten tijdens de aanbesteding als tijdens de uitvoering van het contract. De efficiëntiewinst tijdens de aanbesteding zit in het feit dat er maar één procedure wordt doorlopen voor de samenwerkende gemeenten, in plaats van verschillende procedures naast elkaar. Vervolgens leidt samenwerking tot een contract over producten, tarieven en verantwoordingseisen die (doorgaans) voor de samenwerkende gemeenten gelijk zijn. Er is dus standaardisatie binnen het samenwerkingsverband – deze standaardisatie beperkt administratieve lasten voor zorgaanbieders. De decentralisatie is gepaard gegaan met de introductie van een groot aantal nieuwe producten, tarieven en verantwoordingseisen. Als gemeenten niet hadden samengewerkt, was er (nog) minder standaardisatie geweest.

<sup>30</sup> In het hele rapport zijn gemeenten die in 2014 zelfstandig waren als afzonderlijke gemeenten geteld. Per 1 januari 2015 zijn diverse gemeenten gefuseerd. Deze gemeenten hebben per definitie samen moeten inkopen.

**Figuur 3.1 Verband tussen gemeentegrootte en intergemeentelijke samenwerking**



Het diagram toont een duidelijk verband tussen de omvang van de gemeenten en of er gezamenlijk wordt ingekocht. De overgrote meerderheid van de grootste gemeenten (met meer dan 175.000 inwoners) koopt zelfstandig in, terwijl kleinere gemeenten vrijwel allemaal de samenwerking opzoeken.<sup>31</sup> Voor de overgrote meerderheid van gemeenten is de optimale schaal van inkoop van Wmo-begeleiding klaarblijkelijk groter dan de gemeente zelf.

Dit is in lijn met de theorie dat gemeenten profiteren van schaalvoordelen en toegenomen inkoopmacht door het op grotere schaal inkopen van gemeentelijke taken.<sup>32</sup> Maar ook meer praktische overwegingen spelen een rol: kleinere gemeenten hebben over het algemeen niet het bestuurlijk vermogen om specialistische hulp zelfstandig aan te besteden.

De gemiddelde omvang van samenwerkingsverbanden (inclusief zelfstandig inkopende gemeenten) bedraagt bijna 190.000 inwoners. Ongeveer 12% van de samenwerkingsverbanden representeren in totaal minder dan 50.000 inwoners, 15% van de samenwerkingsverbanden representeert meer dan 300.000 inwoners.

Tabel 3.1 geeft een beeld van de schaal waarop gemeenten specialistische hulp inkopen, waarbij het aantal samenwerkingsverbanden met een bepaalde omvang is uitgedrukt in zowel het aantal gemeenten als in het aantal verbanden.

<sup>31</sup> Zelfs in de categorie van gemeenten met een inwonersaantal van tussen de 100.000 en 175.000 koopt het merendeel samen met andere gemeenten in. Dit beeld is wellicht deels vertekend omdat de grootste gemeente in de regio soms als centrumgemeente fungeert en toestaat dat andere gemeenten voor de inkoop bij haar aansluiten. Deze grote gemeenten die vrijwillig als centrumgemeente optreden zouden dus zelfstandig kunnen inkopen, maar staan toe dat kleinere gemeenten in hun periferie aansluiten bij hun inkoopproces.

<sup>32</sup> Uit gesprekken met verschillende gemeenteambtenaren blijkt dit voor gemeenten inderdaad voorname redenen te zijn om gezamenlijk in te kopen.

**Tabel 3.1**    **Overzicht van schaal van samenwerkingsverbanden**

| Omvang (# gemeenten in verband) | Frequentie<br>(totaal aantal verbanden) | Frequentie<br>(totaal aantal gemeenten) |
|---------------------------------|---|---|
| 1                               | 24 (29%)                                | 24 (6%)                                 |
| 2 tot 5                         | 25 (30%)                                | 75 (20%)                                |
| 5 tot 10                        | 29 (35%)                                | 197 (52%)                               |
| 10+                             | 6 (7%)                                  | 83 (22%)                                |
| Totaal                          | 84                                      | 379                                     |

Uit tabel 3.1 blijkt dat kleine samenwerkingsverbanden (met een omvang van 2 tot 5 gemeenten) en middelgrote samenwerkingsverbanden (met een omvang van 5 tot 10 gemeenten) ongeveer even vaak voorkomen als gemeenten die zelfstandig inkopen.<sup>33</sup> Grote samenwerkingsverbanden (met een omvang van 10 of meer gemeenten) komen relatief weinig voor. Het gemiddelde samenwerkingsverband omvat 4,5 gemeenten.

### **Belangrijkste bevindingen**

Door gezamenlijk in te kopen staan gemeenten sterker in onderhandelingen met aanbieders en verlagen zij de transactiekosten aan zowel de vraag- als aanbodkant.

Maar ook meer praktische overwegingen lijken een rol te spelen bij de keuze tot gezamenlijke inkoop: kleinere gemeenten hebben vaak niet het bestuurlijk vermogen om specialistische hulp zelfstandig aan te besteden.

Daar staat tegenover dat intergemeentelijke samenwerking de democratische verantwoording hindert en dat (grote) samenwerkingsverbanden moeilijk een consensus bereiken over innovatieve inkoopmethoden.

De meeste gemeenten kopen Wmo-maatwerkvoorzieningen in via een samenwerkingsverband; een enkele uitzondering daargelaten, kopen alleen de grootste gemeenten deze voorzieningen zelfstandig in.

<sup>33</sup> Logischerwijs is het totaal aantal gemeenten per categorie wel veel groter in de grotere verbanden. Zo blijkt meer dan de helft van de gemeenten Wmo-maatwerkvoorzieningen in een samenwerkingsverband met tussen de 5 en 9 andere gemeenten in te kopen.

## 4 Sturingsinstrument: aanbestedingsprocedure

Naast de keuze om de inkoop zelfstandig uit te voeren dan wel binnen een samenwerkingsverband, kunnen gemeenten ook sturen met de wijze waarop zij binnen het sociaal domein aanbesteden. De verschillende aanbestedingsmodellen die bestaan om zorg in te kopen worden hieronder besproken. Per aanbestedingsmodel worden de belangrijkste voor- en nadelen besproken (zie ook tabel 4.1 op pagina 26).

### Bestuurlijk aanbesteden

Bij een bestuurlijke aanbesteding nodigt de gemeente (een selectie van) geïnteresseerde zorgaanbieders uit om plenair over de contractvoorwaarden te onderhandelen.<sup>34</sup> Contractuele aspecten als bekostiging, kwaliteitseisen en looptijd zijn het resultaat van deze plenaire onderhandeling.

Gewoonlijk vindt er geen concurrentiestelling plaats in deze procedure: iedere (genodigde) zorgaanbieder die aan de onderhandelde eisen kan en wil voldoen, wordt toegelaten tot een raamovereenkomst. Waar sommige gemeenten na afloop van de procedure bilateraal onderhandelen met zorgaanbieders over de tarieven, bespreken andere gemeenten standaardtarieven in de plenaire onderhandeling.

Een voordeel van bestuurlijk aanbesteden is dat het ruimte biedt voor inspraak van zorgaanbieders, waardoor de kennis die bij deze aanbieders aanwezig is beter benut wordt. Daarnaast geeft het gemeenten flexibiliteit om contracten beter af te stemmen op de karakteristieken van de aanbieder. Een nadeel is dat aanbieders hun informatievoordeel kunnen gebruiken om in onderhandelingen de contracten in hun voordeel te laten aanpassen. Ook is de concurrentiedruk bij onderhandelingen doorgaans minder sterk dan bij een openbare aanbesteding, doordat er geen concurrentie op tarieven is.

### Zeeuws model

Het voornaamste kenmerk van het Zeeuws model is dat de gemeente naast de kwaliteitscriteria en uitvoeringsvoorwaarden ook de tarieven vaststelt. Een zorgaanbieder hoeft geen offerte in te dienen, maar enkel akkoord te gaan met alle voorwaarden en tarieven. Net als bij bestuurlijk aanbesteden wordt het Zeeuws model doorgaans toegepast in combinatie met raamovereenkomsten zonder

---

<sup>34</sup> De procedure start met het contractueel vastleggen van de spelregels voor de plenaire onderhandelingen. Als de spelregels zijn vastgelegd, begint de inhoudelijke onderhandeling over de contractvoorwaarden, waarbij de gemeenten met een selectie van zorgaanbieders in plenaire onderhandelingen contractvoorwaarden uitwerken. Doorgaans beslaat dit proces meerdere iteraties, waarbij de tussenresultaten op gemeentelijke websites gepubliceerd worden – zodat ook zorgaanbieders die niet aan tafel zitten input kunnen leveren.

omzetgarantie. Deze raamcontracten worden afgesloten met alle aanbieders die aan de kwaliteitsvoorwaarden voldoen.

Voor een goede toepassing van dit aanbestedingsmodel is het voor de gemeente van belang inzicht te hebben in de werkelijke kostprijs van de dienstverlening: als de tarieven te hoog zijn, worden inefficiënte dienstverleners in stand gehouden en betaalt de gemeente in feite teveel. Als de tarieven te laag zijn, loopt de gemeente het risico dat te weinig zorgaanbieders zich inschrijven en de keuzemogelijkheden voor de cliënt beperkt blijven. Daarnaast staat de kwaliteit van de zorgverlening onder druk als de tarieven te scherp zijn en kan dit leiden tot risico's voor de continuïteit van de aanbieders.

Mits voldoende aanbieders zich inschrijven, biedt het Zeeuws model de mogelijkheid om een brede selectie aan zorgaanbieders te contracteren en cliënten een ruime keus tussen zorgaanbieders te geven. Dit voordeel heeft een bestuurlijke aanbesteding ook, alleen is het Zeeuws model veel minder arbeidsintensief. Inschrijvers profiteren doordat zij geen offerte hoeven te schrijven of moeten deelnemen aan dialoogrondes. De gemeente dient enkel de bewijsstukken te controleren, maar hoeft geen offertes te lezen en beoordelen. De procedure stelt echter geen concurrentie en er is dus geen prikkel om tot een goede verhouding van kwaliteit en prijs te komen.

### **Meervoudig onderhands aanbesteden**

Bij een meervoudig onderhandse procedure betreft de gemeente een beperkt aantal zorgaanbieders bij de inkoopprocedure. De gemeente selecteert deze zorgaanbieders zelf. De procedure kan verder op verschillende wijzen worden vormgegeven. In de praktijk onderhandelen gemeenten in een onderhandse aanbesteding met de geselecteerde zorgaanbieders één-op-één over de contractvoorwaarden. Het merendeel van de gemeenten die deze procedure toepassen, vraagt de zorgaanbieders eerst een offerte in te dienen – en onderhandelen op basis van deze offerte, doorgaans over de geoffreerde tarieven.

Er vindt op beperkte schaal concurrentiestelling plaats. De zorgaanbieders zullen aan de ene kant geneigd zijn een goede verhouding tussen prijs en kwaliteit aan te bieden. Immers, als de geoffreerde tarieven veel hoger zijn dan die van concurrenten, kan de gemeente cliënten naar andere aanbieders toe leiden. Aan de andere kant weten aanbieders dat de procedure slechts toegankelijk is voor een beperkt aantal concurrenten en dat het aantal alternatieve aanbieders dus beperkt is.

### **Openbaar aanbesteden**

Bij een openbare aanbesteding publiceert de gemeente de opdracht openbaar, met specificatie van de kwaliteitseisen en uitvoeringsvoorwaarden. Aanbieders moeten inschrijven met een offerte met een inhoudelijke beschrijving van aangeboden diensten en de tarieven of vaste prijs waarvoor ze de diensten aanbieden. Er is een bredere concurrentiestelling in deze procedure, omdat de procedure open staat voor



elke geïnteresseerde zorgaanbieder en er een prikkel is om te concurreren op prijs en kwaliteitscriteria.

### **Prestatie-inkoop (Best Value Procurement)**

Gemeenten die een procedure inrichten conform de principes van *Best Value Procurement*, passen de principes van functioneel specificeren toe. In de aanbesteding wordt de inschrijver ruimte geboden (en uitgedaagd) om creatieve oplossingen voor dienstverlening aan te bieden. De gemeente stelt zijn eisen functioneel op, waardoor er ruimte is voor aanbieders om zelf te bepalen hoe ze aan deze eisen zullen voldoen.

Tevens is er in de procedure ruimte voor een één-op-één dialoog tussen gemeente en inschrijver over de wijze waarop de zorgaanbieder de opdracht zal invullen. De gemeente selecteert via prestatie-inkoop een of meerdere zorgaanbidders op basis van gunningscriteria (net als bij openbaar aanbesteden) voor de uitvoering van de opdracht. Interviews met 'sleutelfunctionarissen' van de inschrijver – om een goed beeld te vormen van de kwaliteit van de inschrijver en offerte - zijn een vast onderdeel van deze procedure.<sup>35</sup> In het sociaal domein wordt deze procedure vooral toegepast voor het contracteren van een hoofdaannemer voor een bepaald deel van de zorg en ondersteuning voor een hele populatie.<sup>36</sup>

### **Besloten Veiling**

Ten slotte kunnen gemeenten ook een veilingmechanisme toepassen. In de eerste stap worden gekwalificeerde zorgaanbidders geselecteerd voor een raamovereenkomst zonder omzetgarantie. Deze raamovereenkomst specificeert bepaalde diensten met een maximumtarief. Zorgaanbidders moeten per cliënt 'onderbieden' in een besloten online veiling: de aanbieder die de cliënt tegen het laagste tarief wil ondersteunen wint de cliënt, als deze zelf geen voorkeur heeft. De voorkeur van de cliënt is niet vooraf zichtbaar voor zorgaanbidders en dus is er een prikkel om onder te bieden om de cliënt te winnen. De aanbieders moeten dus om elke cliënt concurreren op prijs. Als de cliënt zelf een sterke voor- of afkeur heeft, weegt dit zwaarder dan de geboden prijs.

De volgende tabel geeft een overzicht van alle voor- en nadelen van elke aanbestedingsprocedure.

---

<sup>35</sup> De term *Best Value Procurement* (BVP) is in Nederland beschreven onder de titel 'prestatie-inkoop' door Van der Rijt en Santema (2011).

<sup>36</sup> Deze vorm van uitbesteden is in hoofdstuk 2 toegelicht als een mogelijke organisatievorm van wijkteams.

**Tabel 4.1 Voor- en nadelen van verschillende aanbestedingsprocedures**

|                         | Voordelen   | Nadelen  |
|-------------------------|---|--|
| Bestuurlijk aanbesteden | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expertkennis gedurende inkoopproces toegankelijk</li> <li>• Inhoudelijke afstemming over nieuwe producten mogelijk tijdens aanbestedingsprocedure</li> <li>• Insteek is partnerschap in tegenstelling tot concurrentie op prijs</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen concurrentiestelling in procedure (geen prikkel voor goede verhouding prijs/kwaliteit)</li> <li>• Arbeidsintensief</li> </ul>  |
| Zeeuws model            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficiënt inkoopproces, lage administratieve lasten voor inschrijvers en aanbestedende partij</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen concurrentiestelling in procedure (geen prikkel voor goede verhouding prijs/kwaliteit)</li> <li>• Risico op te lage tarieven (weinig inschrijvingen, druk op kwaliteit) of te hoge tarieven (gemeente betaalt meer dan nodig, inefficiënte zorgaanbieders blijven overeind)</li> </ul> |
| Meervoudig onderhands   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen risico op buitensporig aantal inschrijvingen</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beperkte mededinging</li> <li>• Bij één-op-één onderhandelingen toch arbeidsintensief</li> </ul>  |
| Klassieke aanbesteding  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concurrentiestelling leidt tot goede verhouding prijs/kwaliteit</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zelf eisen, voorwaarden en producten bedenken (eventueel marktkennis ophalen met marktconsultaties)</li> </ul>  |
| Best Value Procurement  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concurrentiestelling leidt tot goede verhouding prijs/kwaliteit</li> <li>• Ruimte tot verkenning invulling opdracht in procedure</li> <li>• Functioneel specificeren (resultaatgericht), leidt tot vernieuwende oplossingen</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tijdrovende procedure</li> <li>• Past niet bij alle contractvormen (bijvoorbeeld 'open raamcontract')</li> </ul>  |
| Veiling                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concurrentie op prijs</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoge administratieve lasten</li> </ul>  |

### Aanbestedingsprocedures bij de inkoop van Wmo-maatwerkvoorzieningen

Tabel 4.2 geeft een overzicht van het aantal gemeenten dat voor een bepaald aanbestedingsmodel gekozen heeft bij de inkoop van Wmo-begeleiding.

**Tabel 4.2 Verdeling van keuze voor een aanbestedingsprocedure**

| Aanbestedingsprocedure  | Per gemeente |
|-------------------------|--------------|
| Bestuurlijk aanbesteden | 206 (54%)    |
| Zeeuws model            | 65 (17%)     |
| Meervoudig onderhands   | 66 (17%)     |
| Klassieke aanbesteding  | 30 (8%)      |
| Best Value Procurement  | 10 (3%)      |
| Veiling                 | 2 (1%)       |
| Totaal                  | 379          |

Uit de tabel blijkt dat bestuurlijk aanbesteden in zwang is: meer dan de helft van de gemeenten hanteert deze wijze van aanbesteden. Een hieraan gerelateerde constatering is dat ruim 70 procent van de gemeenten een aanbestedingsmodel kiest waarbij aanbieders enige inspraak hebben in de contractvoorwaarden.

Uit gesprekken blijkt dat gemeenten kiezen voor bestuurlijk aanbesteden omdat de zorgtaken nieuw zijn voor de gemeente en ze bij deze wijze van aanbesteden toegang hebben tot de expertise van de zorgaanbieders bij het bepalen van de contractuele voorwaarden. Sommige gemeenten passen deze procedure toe om de relatie met zorgaanbieders meer als partnerschap vorm te geven.

In plaats van het concurrentie stellen in een competitieve inkoopprocedure is er meer aandacht voor het opbouwen van een relatie tussen zorgaanbieders en gemeenten. Hierbij is het van belang dat gemeenten niet uit het oog verliezen dat ze met partijen aan tafel zitten met deels conflicterende belangen. In de praktijk blijkt dat als gemeenten en zorgaanbieders niet tot consensus kunnen komen, de gemeente de doorslaggevende stem heeft in de plenaire besprekingen.

### **Belangrijkste bevindingen**

Bestuurlijk aanbesteden is het meest voorkomende aanbestedingsmodel bij de inkoop van Wmo-maatwerkvoorzieningen. Dit model is zo populair omdat het ruimte geeft voor inspraak van zorgaanbieders en dus toegang biedt tot de specialistische kennis van zorgaanbieders.

Een risico van dit model is dat aanbieders hun informatievoordeel kunnen gebruiken om in onderhandelingen de contracten in hun voordeel te laten aanpassen. Ook kan bestuurlijk aanbesteden de concurrentie tussen aanbieders verlagen.

Een ander aanbestedingsmodel dat gemeenten gebruiken bij de inkoop van zorg is het Zeeuws model. Bij dit model bepaalt de gemeente zelf het tarief en sluit met een groot aantal aanbieders raamcontracten zonder omzetgarantie af. Om dit model goed te kunnen toepassen, dient de gemeente wel zicht te hebben op de werkelijke kostprijs van de dienstverlening.

## **5 Sturingsinstrument: bekostigingsmethode**

Naast intergemeentelijke samenwerking en de aanbestedingsprocedure is de vormgeving van de contracten een ander belangrijk sturingsinstrument bij de inkoop van gemeentelijke zorgtaken. Van alle contractspecificaties wordt de bekostigingsstructuur doorgaans als het belangrijkste sturingsinstrument beschouwd. Inzichten vanuit de principaal-agenttheorie bieden de gemeente (principaal) handvatten om met behulp van de bekostigingsstructuur de inspanningen van de zorgaanbieder (agent) te sturen.<sup>37</sup> De keuze voor een bepaalde bekostigingsmethode bepaalt namelijk in grote mate de prikkels die de aanbieders ervaren.

---

<sup>37</sup> Zie bijvoorbeeld Laffont en Tirole (1993).

### **PxQ-financiering**

Een mogelijke manier om zorgorganisaties te vergoeden voor de geleverde hulp is via PxQ-financiering. Bij deze bekostigingsmethode ontvangen aanbieders voor elk uur geleverde zorg een vast tarief. Zoals al eerder opgemerkt, leidt financiering van tweedelijns hulp via de PxQ-methode tot het risico op overproductie indien de aanbieders invloed uitoefenen op de toegang tot zorg in de tweede lijn.

PxQ-financiering in combinatie met budgetplafonds is de vorm van bekostiging die in de AWBZ werd gehanteerd. De combinatie van een vergoeding per uur, budgetplafonds en het indiceren in de tijdseenheden zorgt voor een rigide systeem waarin zorgaanbieders een zwakke prikkel hebben om efficiënt en innovatief zorg te verlenen. Cliënten kunnen zich beroepen op hun recht op het aantal uren zorg in hun indicatie, dus er is geen ruimte om minder zorg te leveren. Als de zorgaanbieder een ruim budgetplafond heeft, is er een prikkel om meer zorg te leveren dan strikt noodzakelijk. Bij een te krap budgetplafond zal de zorgaanbieder indien mogelijk een cliëntenstop hanteren, wat leidt tot wachtlijsten.<sup>38</sup>

Ook zonder budgetplafonds kenmerkt PxQ-financiering zich door een zwakke prikkel tot doelmatigheid: opdrachtnemers zien inspanningen om het zorgvolume terug te dringen immers niet beloond. Deze beperkte ruimte voor kostenbesparingen is nadelig voor zowel aanbieder als gemeente: de aanbieder levert zorg tegen een hoge kostprijs en de gemeente ziet kansen tot meer doelmatigheid binnen het sociaal domein onbenut.

Er is wel een prikkel om de kosten per uur geleverde zorg te reduceren. Omdat de kosten van aanbieders binnen het sociaal domein voornamelijk uit personeelskosten bestaan, kan het inzetten van goedkoper personeel een mogelijkheid zijn om de kosten per zorguur te reduceren. Goedkopere krachten zijn vaak ook minder hoog gekwalificeerd dan duurder personeel, waardoor het inzetten van goedkope werknemers ten koste kan gaan van de kwaliteit.

### **Populatiebekostiging**

Qua prikkelwerking staat PxQ-financiering tegenover populatiebekostiging. Bij deze bekostigingsmethode ontvangt de zorgaanbieder per tijdsperiode een vast bedrag voor elke persoon die binnen zijn populatie valt, ongeacht of deze persoon behandeld wordt of niet.<sup>39</sup> Daarbij wordt de populatie per aanbieder veelal gevormd door alle inwoners die woonachtig zijn in een bepaald gebied (bijvoorbeeld wijk of regio). Bij

---

<sup>38</sup> Indien aanbieders (grote) invloed kunnen uitoefenen op de indicatiestelling, kunnen budgetplafonds wel het risico op overproductie boven het plafond tegengaan.

<sup>39</sup> Een aan populatiebekostiging verwante vorm van bekostiging is functiebekostiging: vergoeding voor het beschikbaar houden van een voorziening binnen een wijk, gemeente of regio. Vaak wordt de vergoeding bepaald op basis van het historische budget. Deze vorm van bekostiging is slechts relevant voor een klein aantal specifieke voorzieningen (bijvoorbeeld 24-uursvoorzieningen) en komt in deze notitie verder niet aan bod.

populatiebekostiging contracteert de gemeente gewoonlijk één aanbieder (of één consortium van aanbieders) voor de zorgverlening binnen een wijk of gemeente.<sup>40</sup> De opdrachtnemer ontvangt een vast budget en neemt een eventueel overschot dan wel tekort voor haar rekening, wat ook betekent dat het risico volledig bij de aanbieder ligt.<sup>41</sup>

De mogelijkheid tot kostenbesparing is bij populatiebekostiging dus groter dan bij PxQ-financiering: besparingen als gevolg van terugdringing van het zorgvolume komen immers ook volledig ten gunste van de aanbieder zelf. Als de zorgkwaliteit goed te monitoren is, komt de kostenbesparing tot stand doordat aanbieders door innovatie tegen lagere kosten zorg kunnen leveren zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit.<sup>42</sup> Gemeenten profiteren van deze kostenbesparing doordat zij in toekomstige jaren het budget voor aanbieders naar beneden kunnen bijstellen. Echter, het al te drastisch afkomen van deze efficiëntiewinst smoort de prikkel tot innovatie. Het afsluiten van langetermijncontracten waarbij de gemeente zich voor de gehele contractperiode committeert aan een vast budget voor de aanbieder ondervangt dit risico (zie ook hoofdstuk 7).

Veelgebruikte instrumenten bij het monitoren van de geleverde kwaliteit zijn beoordelingsinstrumenten als de zelfredzaamheidsmatrix, prestatie-indicatoren en cliënttevredenheidsonderzoeken. Deze instrumenten stellen de gemeente in staat om in kaart te brengen hoe zelfredzaam en tevreden een individuele cliënt of een groep cliënten is. Aggregatie van deze gegevens op het niveau van de zorgaanbieder of zelfs gemeentelijke (deel)populatie geeft derhalve een beeld van de behaalde resultaten van de zorgaanbieder. Een ander mogelijk monitoringsinstrument is maatstafconcurrentie: het vergelijken van de prestaties van een aanbieder met de prestaties van vergelijkbare aanbieders.

Gebruikelijk is om bij populatiebekostiging eisen te stellen aan de te behalen resultaten, bijvoorbeeld het realiseren van een bepaald percentage ouderen dat nog (eventueel met ondersteuning) thuis woont.<sup>43</sup> Het gebruik van objectieve kwaliteitsindicatoren maakt het voor gemeenten ook mogelijk om de vergoeding direct te koppelen aan de bereikte resultaten, bijvoorbeeld in de vorm van een

---

<sup>40</sup> Vaak is de aanbieder dan verantwoordelijk voor meerdere voorzieningen, zoals preventieve zorg en één of meerdere zorgvormen in de tweede lijn.

<sup>41</sup> Een variant van populatiebekostiging waarbij het risico niet bij de aanbieder komt te liggen, is het *shared savings* model. Bij deze bekostigingsmethode mogen aanbieders een deel van de besparingen ten opzichte van een (virtueel) budget behouden, maar dragen niet de financiële last in het geval van een budgetoverschrijding. Zie ook Pomp, 2013.

<sup>42</sup> Aanbieders hebben een prikkel om te investeren in kwaliteits*verhogende* innovaties als kwalitatief hoogwaardige zorg een positief effect heeft op het terugdringen van tweedelijns zorgbehoefte en daarmee tot een kostenreductie leidt.

<sup>43</sup> Het opnemen van kwaliteitseisen is zelfs per wet verplicht: zo benoemt de Jeugdwet expliciet kwaliteitseisen voor jeugdzorgaanbieders en gemeenten: aanbieders hebben bijvoorbeeld de verplichting om 'verantwoorde hulp' te leveren door te werken met een plan van aanpak, uitgevoerd door personeel met de juiste opleiding en vaardigheden. Gemeenten geven deze eisen doorgaans een concrete vorm binnen de aanbestedingsdocumenten bij de inkoop van specialistische zorg.

bonus/malus regeling. Denk bijvoorbeeld aan een regeling waarbij de zorgaanbieder 5% van zijn omzet moet terugbetalen als het percentage oudere mensen dat nog zelfstandig thuis woont onder de 65% komt. Bij een dergelijke vorm van 'resultaatbekostiging voor de populatie' zijn de prikkels voor zorgaanbieders om te investeren in observeerbare kwaliteit groter dan bij populatiebekostiging zonder bonus/malus regeling.

Wel geldt dat gemeenten zorgaanbieders alleen kunnen afrekenen op kwaliteitsaspecten die in contracten vast te leggen zijn, waardoor aanbieders een prikkel hebben om te bezuinigen op kwaliteitsaspecten die niet contracteerbaar zijn.<sup>44</sup> Dit betreft bijvoorbeeld het korten op dure behandelmethoden, maar ook het afwentelen van lastige en dure gevallen als door derden niet goed te observeren valt op welke gronden een zorgverlener besluit een cliënt niet te behandelen.

Een ander nadeel van populatiebekostiging is dat gemeenten doorgaans moeilijk het budget kunnen inschatten. Een te rooskleurig beeld van gemeenten over de mogelijkheid om met minder uren geleverde zorg dezelfde uitkomsten te bereiken kan zorgaanbieders in financiële problemen brengen. Maar andersom geldt ook: aanbieders kunnen gedurende de contractperiode claimen dat het budget niet toereikend is, terwijl dat eigenlijk wel het geval is. Dit leidt tot een 'zachte budgetrestrictie' als de gemeente voor de levering van zorg afhankelijk is van de aanbieder.<sup>45,46</sup>

---

<sup>44</sup> Zie ook Hart et al. (1997) voor een theoretische analyse van de prikkel die de uitvoerende partij heeft om (vanuit maatschappelijk oogpunt) te veel waarde te hechten aan kostenreducties en te weinig aan niet-contracteerbare kwaliteit.

<sup>45</sup> Overigens bestaat bij PxQ-financiering ook het gevaar van een zachte budgetrestrictie: aanbieders kunnen na verloop van tijd claimen dat het uurtarief niet voldoende hoog is om goede zorg te kunnen leveren. Er zijn twee redenen waarom het risico op een zachte budgetrestrictie groter is bij populatiebekostiging dan bij PxQ-financiering: er is minder zicht op het zorgvolume en daarmee de kosten van de aanbieder en de afhankelijkheidsrelatie tussen gemeente en aanbieder is sterker, doordat de aanbieder gewoonlijk één aanbieder (of één consortium van aanbieders) contracteert.

<sup>46</sup> Twee andere – gerelateerde – nadelen zijn de beperking van keuzevrijheid van de cliënt en de positie van kleinere zorgaanbieders. De kleinere zorgaanbieders moeten als onderaannemer werken bij de hoofdaannemer: zij worden voor hun omzet afhankelijk van een grote concurrent. In de context van de bezuinigingen is de kans op een vermindering van omzet voor de onderaannemers groot. Bovendien selecteren de hoofdaannemers zelf vaak weer een beperkt aantal onderaannemers, waardoor veel kleine zorgaanbieders volledig verdwijnen in de betreffende regio – of volledig afhankelijk worden van PGB-financiering.

De volgende tabel zet voor zowel populatiebekostiging als PxQ-financiering de belangrijkste goede én perverse prikkels op een rij.

**Tabel 5.1 Overzicht van prikkels bij populatiebekostiging en PxQ-financiering**

|                 | Populatiebekostiging   | PxQ-financiering                 |
|-----------------|--|----------------------------------|
| Goede prikkel   | Kostenbesparing  | Leveren van voldoende zorgvolume |
| Slechte prikkel | Onderinvestering in kwaliteit en afwenteling van cliënten<br>Zachte budgetrestrictie | Overproductie                    |

Hoe sterk de verschillende prikkels aanwezig zijn, hangt voornamelijk af van de complexiteit van de zorgvorm. Zo speelt het risico op onderinvestering en afwenteling van cliënten bij populatiebekostiging met name voor de complexere zorgvormen: de zorguitkomst bij dit soort voorzieningen is namelijk maar deels afhankelijk van de inspanningen die de zorgaanbieder levert en wordt voor een aanzienlijk deel ook bepaald door geluk of pech. De geleverde kwaliteit is dus slecht meetbaar. Ook is het doorgaans moeilijk om een nauwkeurige inschatting te maken van de kostenstructuur van zorgorganisaties die hoogcomplexere hulp verlenen en bestaat er een wezenlijk risico op een zachte budgetrestrictie.

Bij PxQ-financiering zijn deze perverse prikkels minder sterk aanwezig, omdat aanbieders een vergoeding krijgen voor elk uur dat ze leveren. Mits deze vergoeding hoog genoeg is, zal de aanbieder dure cliënten niet weigeren. Door het ontbreken van een vast budget, is bij PxQ-financiering het gevaar van een zachte budgetrestrictie minder groot. ‘Sterke’ prikkels passen dus goed bij zorgvormen waarvan de kwaliteit goed meetbaar is, het benodigde budget goed is in te schatten en waarbij kostenbesparingen door innovatie mogelijk zijn, maar minder goed bij zorgvoorzieningen waarvoor dit niet het geval is. Merk op dat de aanbeveling in de handreiking ‘Sociale wijkteams in ontwikkeling’ (KPMG Plexus, 2013) om wijkteams via populatiebekostiging te vergoeden en hoogcomplexere hulp via PxQ-financiering, consistent is met de notie.<sup>47</sup>

### Tussenvormen

Een vergoedingsmethode die het midden houdt tussen PxQ-financiering en populatiebekostiging is ‘bekostiging per cliënt’: aanbieders ontvangen per behandelde cliënt een vast bedrag (vaak per maand of jaar), onafhankelijk van het

<sup>47</sup> Ook voor de bekostiging van kleine aanbieders kan PxQ beter passen dan populatiebekostiging, omdat kleine aanbieders gewoonlijk niet het financiële risico kunnen dragen.

aantal geleverde zorguren. De zorgaanbieder heeft dan vrijheid om de ondersteuning van een cliënt zelf in te richten en hoeft geen inzet (uren) te verantwoorden.<sup>48</sup>

De gemeenten zetten in deze vorm van bekostiging de resultaten rond de individuele cliënt centraal. Dit zijn doorgaans resultaten in termen van zelfredzaamheid, betrokken op het individu.<sup>49</sup> Gemeenten kiezen er (nog) niet voor om de vergoeding te koppelen aan de mate waarin resultaten bereikt worden. Dus hoewel bij bekostiging per cliënt resultaten centraal staan, kwalificeert deze methode niet als resultaatbekostiging indien dezelfde definitie van resultaatbekostiging wordt gehanteerd als bijvoorbeeld in Eijkenaar en Schut (2015): "...expliciete financiële beloningen bovenop de basisbekostiging bij goede scores op indicatoren."

Ten opzichte van PxQ-bekostiging prikkelt een vaste vergoeding per cliënt aanbieders dus meer om per cliënt efficiënter te werken. In tegenstelling tot populatiebekostiging is bij een vaste vergoeding per cliënt de prikkel om het cliëntenbestand klein te houden afwezig. Hiermee verdwijnt deels het risico op weigering van cliënten, maar heeft de aanbieder ook weinig baat bij het snel 'afschalen' van tweedelijns hulp. Ook bestaat bij deze vorm van bekostiging het risico op overproductie als de tweedelijnsaanbieder ook invloed heeft op de indicatiestelling.

Een andere hybride vorm van bekostiging die voorkomt binnen de zorgsector is een combinatie van PxQ-financiering en een vaste vergoeding (per populatie). Zo bestaat de vergoeding voor huisartsen uit een abonnementstarief en een consulttarief. De idee van hybride vergoedingsmethoden is dat zij zorgverleners ertoe bewegen efficiënter te werken, maar dat de prikkel tot onderinvestering in kwaliteit en onderbehandeling van cliënten minder sterk aanwezig is dan bij populatiebekostiging.

Een andere vorm is het aanbieden van een 'keuzemenu' van hybride contracten. Volgens de principaal-agenttheorie is deze vorm voor de opdrachtgever optimaal indien hij niet op de hoogte is van de kostenstructuur van de opdrachtnemer. De

---

<sup>48</sup> De in deze notitie gehanteerde indeling van bekostigingsmodellen is analoog aan de indeling die onder andere Eijkenaar en Schut (2015) hanteren voor curatieve zorg: elk bekostigingsmodel bestaat uit een type basisbekostiging (in het sociaal domein is dit PxQ, bekostiging per cliënt, populatiebekostiging of functiebekostiging), waarbij elk type aangevuld kan worden met expliciete financiële prikkels voor goede prestaties (mits prestaties goed meetbaar zijn). Een alternatieve indeling van bekostigingsmodellen is te vinden in de handreiking 'Sturing en bekostiging van de tweede lijn' (KPMG Plexus, 2013). Deze indeling maakt onderscheid tussen verschillende bekostigingsmodellen op basis van twee kenmerken: het eerste kenmerk is of er betaald wordt voor aanbod of voor een resultaat en het tweede kenmerk is of bekostiging zich richt op voorzieningen voor een individuele cliënt of voor een bepaalde populatie.

<sup>49</sup> Een voorbeeld hiervan is de bekostiging van de maatwerkvoorziening 'administratie en financiën' in de samenwerkende gemeenten Tytsjerksteradiel en Achtkarspelen: de aanbieder ontvangt een vast bedrag per cliënt en de productomschrijving is in termen van het te behalen resultaat: de zorgaanbieder zorgt er onder andere voor dat de cliënt zijn post opent, leest en begrijpt, de administratie van de cliënt op orde is en de cliënt gebruik maakt van regelingen, uitkeringen en toeslagen waar hij voor in aanmerking komt. Een ander voorbeeld is een productomschrijving in termen als 'een schoon en leefbaar huis' die meerdere gemeenten hanteren bij de inkoop van huishoudelijke hulp.



contracten in het keuzemenu verschillen dan van elkaar in de mate waarin zij de aanbieder prikkelen om zo efficiënt mogelijk te opereren. Een aanbieder die mogelijkheden tot kostenbesparingen ziet, kiest voor een contract met een sterke prikkel; een zorgorganisatie die verwacht dat kostenreducties moeilijk te realiseren zijn, kiest voor een contract met een zwakke prikkel.

Door het aanbieden van een 'keuzemenu' van contracten kan de gemeente daar waar mogelijk aanbieders prikkelen tot investeringen in kostenreducties, zonder dat zij aanbieders die deze mogelijkheid niet hebben in financiële moeilijkheden brengt.<sup>50</sup> Hoewel we in de praktijk doorgaans maar één contractvorm tussen gemeente en zorgaanbieder observeren, betekent dit niet per definitie dat de aanbieder geen inspraak heeft in het type contract dat uiteindelijk wordt afgesloten. Zoals in het vorige hoofdstuk besproken, bestaan er meerdere aanbestedingsmodellen waarbij aanbieders invloed hebben op de contractvoorwaarden.

### Bekostigingsmethoden bij de inkoop van Wmo-maatwerkvoorzieningen

Onderstaande tabel beschrijft de verschillende bekostigingsmethoden die gemeenten toepassen voor de inkoop van Wmo-begeleiding.

**Tabel 5.2** Verdeling van keuze voor een bekostigingsmethode

| Bekostigingsmethode    | Per gemeente |
|------------------------|--------------|
| P x Q                  | 222 (59%)    |
| Populatiebekostiging   | 45 (12%)     |
| Bekostiging per cliënt | 111 (29%)    |
| Onbekend               | 1 (0%)       |
| Totaal                 | 379          |

Gemeenten passen dit instrument dus verschillend toe bij de contractering van zorgaanbieders. Waar de ene gemeente vasthoudt aan de PxQ vergoedingssystematiek die in de oude AWBZ gebruikelijk was, probeert men elders nieuwe vormen van bekostiging uit.<sup>51</sup>

<sup>50</sup> Overigens toont Rogerson (2003) aan dat een groot deel van deze doelmatigheidswinst ook behaald wordt met een simpel menu bestaande uit een contract met een vast budget en een contract die de kosten van de aanbieder dekt (analoog aan PxQ).

<sup>51</sup> Dit blijkt ook uit de gesprekken die we met verschillende gemeenteambtenaren hebben gevoerd. Zo past Den Haag bekostiging per cliënt toe. De gemeenten Alphen aan den Rijn en Utrecht gebruiken een vorm van populatiebekostiging.

Van alle gemeenten kiest bijna een derde voor bekostiging per cliënt. Hoewel er gemeenten zijn die duidelijk contractafspraken maken over de te bereiken resultaten op cliëntniveau, maakt geen enkele gemeente gebruik van een vergoeding die afhangt van de mate waarin resultaten worden bereikt: er worden vaste tarieven per periode gehanteerd voor het behalen van resultaten voor de cliënt. Er zijn natuurlijk wel consequenties als de zorgaanbieder de prestaties onvoldoende bereikt: de gemeente spreekt de zorgverlener aan op het verbeteren van zijn prestaties, de cliënt mag overstappen naar een andere zorgaanbieder, een stop op de instroom van nieuwe cliënten, het terugbetalen van de hele vergoeding en/of uiteindelijk de ontbinding van het contract.

Slechts enkele gemeenten hanteren populatiebekostiging in de Wmo. Zij doen dit door het contracteren van één of enkele hoofdaannemers per deel van de populatie, bijvoorbeeld een stadsdeel. Enkele gemeenten contracteren een consortium van zorgaanbieders voor de hele gemeente. Deze hoofdaannemer wordt verantwoordelijk voor het leveren van alle Wmo-zorg voor zijn corresponderende populatie en krijgt hiervoor een vast budget per jaar.<sup>52</sup>

Meer dan de helft van de gemeenten kiest voor PxQ-bekostiging. Ligt de oorzaak om hiervoor te kiezen voornamelijk in een gebrek aan tijd om nieuwe bekostigingsvormen te ontwikkelen waardoor veel gemeenten op dezelfde manier inkopen als dat het zorgkantoor ten tijde van de AWBZ deed? Of hebben gemeenten bewust gekozen om geen sterke prikkels te introduceren om zo het risico op onderinvestering in niet-contracteerbare kwaliteit te ondervangen?

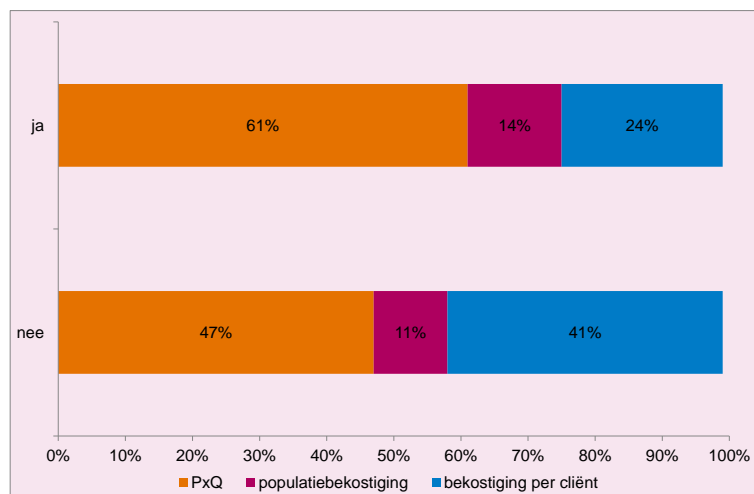
Onderstaande grafiek, die het verband weergeeft tussen de gekozen bekostigingsmethode en of gemeenten 2015 als overgangsjaar beschouwen, geeft inzicht.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Lelystad is een voorbeeld van een gemeente die populatiebekostiging toepast. Het risico op weigering en afwenteling van cliënten wordt in deze gemeente ondervangen door de indicatiestelling en toeleiding *niet* bij de hoofdaannemer te beleggen: de gemeente houdt dit in eigen beheer, en hanteert een acceptatieplicht voor de hoofdaannemer.

<sup>53</sup> Als een gemeente 2015 als overgangsjaar beschouwt, betekent dit dat een gemeente nog zoekende is naar de gewenste optimale contractvorm en dat het systeem de komende jaren waarschijnlijk nog zal worden aangepast. Deze gemeenten kopen doorgaans op dezelfde manier in als voorheen de zorgkantoren deden. De gemeenten gebruiken 2015 om kennis en ervaring op te doen met de casuïstiek, om in een later stadium nieuwe sturingsinstrumenten te introduceren.

**Figuur 5.1 2015 beschouwd als overgangsjaar in combinatie met bekostigingsmethode**



Noot: Ja: N= 209. Nee: N= 123; N staat hier en in alle andere kruistabellen voor het aantal observaties.

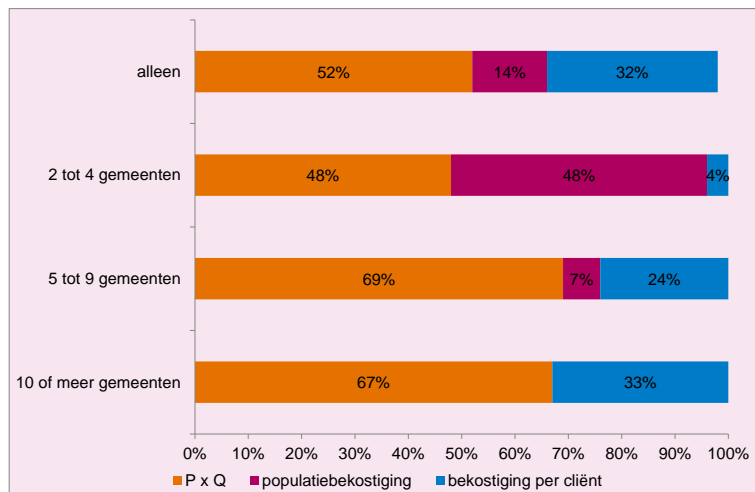
Uit de grafiek blijkt inderdaad dat de meerderheid van de gemeenten die 2015 beschouwen als overgangsjaar, de PxQ-methode toepast. De verwachting is dat deze gemeenten op den duur overstappen naar een vergoedingsvorm die sterkere doelmatigheidsprikkels met zich meebrengt. Toch blijkt dat ook van de gemeenten die 2015 niet als overgangsjaar zien, bijna de helft voor een PxQ vergoeding kiest.<sup>54</sup>

Overigens valt in bovenstaande grafiek ook op dat relatief net zoveel gemeenten die 2015 als overgangsjaar beschouwen kiezen voor een vergoeding per cliënt als gemeenten die 2015 niet als overgangsjaar beschouwen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat gemeenten juist in het overgangsjaar experimenteren met een nieuwe vorm van bekostiging – en na één jaar de balans opmaken en de keuze maken over de voortzetting hiervan.

Figuur 5.2 toont het verband tussen de grootte van het samenwerkingsverband en de bekostigingsmethode. Hieruit blijkt dat grotere samenwerkingsverbanden vaker PxQ-bekostiging toepassen dan kleine verbanden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat grote samenwerkingsverbanden moeilijk een consensus bereiken over het gebruik van vernieuwende contractvormen.

<sup>54</sup> Het overgangsrecht vormt daarnaast een extra drempel voor gemeenten om in 2015 nog niet te kiezen voor populatiebekostiging. Het overgangsrecht houdt in dat cliënten met een AWBZ-indicatie die doorloopt in 2015 tot het einde van hun indicatie (en uiterlijk 31 december 2015) recht houden op ondersteuning onder gelijke condities. Gemeenten hebben het overgangsrecht doorgaans opgevat als inspanningsverplichting om alle huidige zorgaanbieders van hun inwoners te contracteren.

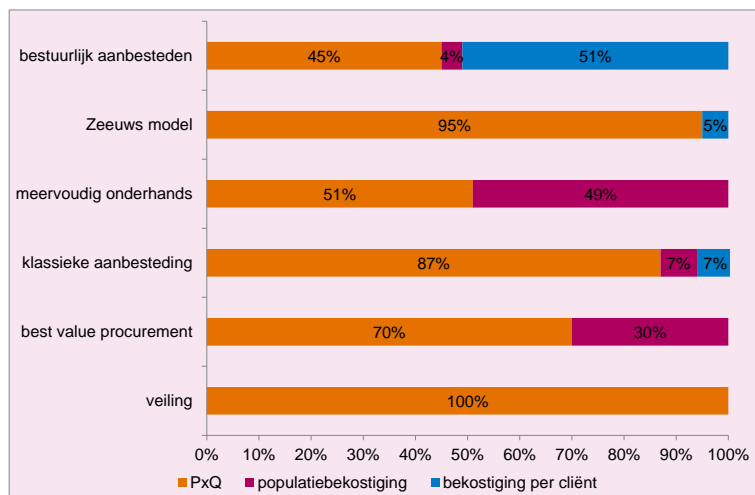
**Figuur 5.2 Grootte samenwerkingsverband in combinatie met bekostigingsmethode**



Noot: Alleen: N= 24. 2 tot 4 gemeenten: N=25. 5 tot 9 gemeenten: N=29. 10 of meer gemeenten: N=6.

Figuur 5.3 toont het kruisverband tussen de gekozen aanbestedingsprocedure en bekostigingsmethode.

**Figuur 5.3 Aanbestedingsprocedure in combinatie met bekostigingsmethode**



Noot: Bestuurlijk aanbesteden: N= 206. Zeeuws model: N=65. Meervoudig onderhands: N=65. Klassieke aanbesteding: N=30. Best Value Procurement: N=10. Veiling: N=2.

Hieruit blijkt dat bestuurlijk aanbesteden in de meerderheid van de gevallen samengaat met bekostiging per cliënt. Deze vorm van bekostiging komt nauwelijks voor in combinatie met andere aanbestedingsprocedures. Wanneer aanbieders inspraak hebben in de keuze voor bekostiging, wat het geval is bij bestuurlijk aanbesteden, leidt dit dus vaak tot bekostiging per cliënt. Mogelijk wijst dit erop dat aanbieders een voorkeur hebben voor deze methode, mogelijk vanwege de grotere vrijheid in hun werkwijze. Daarnaast zijn de administratieve lasten voor

zorgaanbieders lager, doordat gemeenten alleen op resultaten toetsen en niet op resultaten en aantal geleverde zorguren.

Een aanvullende verklaring is dat voor een goede vormgeving van nieuwe contract- en bekostigingsvormen – zoals bekostiging per cliënt – afstemming met aanbieders kan helpen.

### **Belangrijkste bevindingen**

PxQ-bekostiging geeft een zwakke prikkel tot doelmatigheid en creëert een risico op overproductie. In combinatie met budgetgaranties is er zelfs helemaal geen prikkel tot innovatie. Wel is bij PxQ-financiering het risico op weigering dan wel afwenteling van dure cliënten nihil, mits de vergoeding per uur voldoende hoog is.

Populatiebekostiging creëert een sterkere prikkel tot kostenbesparingen dan PxQ-financiering. Monitoring kan het risico op onderinvestering in observeerbare kwaliteit ondervangen. Een acceptatieplicht kan weigering dan wel afwenteling van cliënten tegengaan. Wel bestaat bij deze bekostigingsmethode een risico op onderinvestering in kwaliteitsaspecten die slecht te monitoren zijn.

Ook kan populatiebekostiging gepaard gaan met een zachte budgetrestrictie: indien de gemeente geen goed zicht heeft op de kosten van de aanbieder, kan de aanbieder gedurende het jaar claimen dat het budget toch niet toereikend is. Als er een sterke afhankelijkheidsrelatie bestaat tussen aanbieder en gemeente, zal de gemeente hieraan toegeven en het budget verhogen.

Onderinvestering in kwaliteit en het probleem van een zachte budgetrestrictie spelen voornamelijk bij hoogspecialistische zorgvormen. Voor deze typen zorg is de geleverde kwaliteit doorgaans moeilijk meetbaar en heeft de gemeente ook beperkt zicht op de kostenstructuur van de zorgaanbieder. Populatiebekostiging past dan ook beter bij relatief eenvoudige zorgvoorzieningen dan bij complexe zorgvormen.

PxQ-financiering en populatiebekostiging zijn uitersten in het spectrum van bekostigingsmodellen. Tussenvormen zijn bekostiging per cliënt (een vaste vergoeding per cliënt) en een combinatie van PxQ bekostiging en een vaste vergoeding (per populatie). Voor hybride vormen geldt dat zowel de goede als de perverse prikkels van beide uitersten in mindere mate aanwezig zijn.

De meerderheid van de gemeenten heeft Wmo-begeleiding ingekocht via de PxQ methode. Dat gemeenten zich momenteel in een transitiefase bevinden is een belangrijke verklaring: bijna 60 procent van de gemeenten die 2015 beschouwen als een overgangsjaar heeft volgens deze bekostigingsmethode ingekocht.

Daarnaast heeft een derde van de gemeenten bekostiging per cliënt toegepast en 10 procent populatiebekostiging. Deze bekostigingsmethoden zijn relatief vaak toegepast in aanbestedingsprocedures waarbij aanbieders enige inspraak hebben.

## 6 Sturingsinstrument: keuzevrijheid voor de cliënt

Een manier om investeringen in niet-contracteerbare kwaliteit te bevorderen *nadat* de contracten zijn afgesloten, is de cliënt keuzevrijheid geven. Het betreft dan kwaliteitsaspecten die moeilijk in contracten vast te leggen zijn, maar wel ervaren worden door de cliënt. Een voorbeeld hiervan is de bejegening van de cliënt door de zorgverlener.

Cliënten die zelf kunnen bepalen van welke aanbieder zij zorg ontvangen en relatief eenvoudig kunnen overstappen, prikkelen aanbieders om te concurreren op kwaliteit. Gemeenten kunnen hierin een sturende rol spelen door cliënten te voorzien van de geleverde prestaties van de verschillende aanbieders. Zorgaanbieders die een slechte kwaliteit leveren, krijgen dus te maken met een uitstroom van huidige cliënten en een lagere instroom van nieuwe cliënten.<sup>55</sup>

Keuzevrijheid voor de cliënt is alleen een effectief instrument om kwaliteit te borgen als de cliënt of mantelzorger voldoende beslissingsbekwaam is en er voldoende aanbieders zijn om uit te kiezen. Wat betreft deze laatste voorwaarde geldt dat bij bekostigingsmodellen waarbij raamcontracten mogelijk zijn (PxQ, vergoeding per cliënt) de keuzemogelijkheden gewoonlijk (veel) groter zijn dan bij populatiebekostiging. Voor zorgvormen die door maar één of enkele aanbieders geleverd kunnen worden, is het aantal opties per definitie beperkt.

### Keuzevrijheid bij de inkoop van Wmo-maatwerkvoorzieningen

Tabel 6.1 en 6.2 geven inzicht in de mate waarin gemeenten voor Wmo-begeleiding cliënten de vrijheid geven om een aanbieder te kiezen.

**Tabel 6.1** Verdeling van keuze voor keuzevrijheid voor cliënt

| Keuze aanbieder bij cliënt? | Per gemeente |
|-----------------------------|--------------|
| Ja                          | 314 (83%)    |
| Nee/ niet expliciet         | 26 (7%)      |
| Voorkeur speelt mee         | 11 (3%)      |
| Onbekend                    | 28 (7%)      |
| Totaal                      | 379          |

Uit tabel 6.1 blijkt dat veel gemeenten de cliënt de vrijheid geven de gewenste zorgaanbieder te kiezen. Om keuzevrijheid voor cliënten te garanderen moet de gemeente een (brede) selectie van zorgaanbieders contracteren. Veel gemeenten

<sup>55</sup> Overigens zijn veel cliënten die ook al in 2014 ondersteuning ontvingen wel bij hun huidige zorgaanbieder gebleven. Door het overgangsrecht (geldig tot eind 2015) hebben gemeenten voor deze groep cliënten ook weinig mogelijkheden om het zorgvolume af te schalen.

sluiten mede om deze reden raamovereenkomsten met veel verschillende zorgaanbieders.

**Tabel 6.2 Verdeling van keuze voor een contractvorm**

| Contractvorm                                    | Per gemeente |
|---|--------------|
| Raamcontract zonder omzetgarantie               | 291 (77%)    |
| (Raam)contract met budgetgarantie               | 70 (18%)     |
| Contract met vaste prijs (populatiebekostiging) | 5 (1%)       |
| Meerdere contractvormen naast elkaar            | 9 (2%)       |
| Onbekend  | 4 (1%)       |
| Totaal  | 379          |

Tabel 6.2 toont de verschillende gehanteerde contractvormen. Het grootste deel van de gemeenten hanteert raamovereenkomsten zonder omzetgarantie. De cliënt kiest zelf de zorgaanbieder en de keuze van de cliënt in combinatie met de beschikking (de hoeveelheid zorg waar individuele cliënten recht op hebben) bepalen de omzet van zorgaanbieders. Uit gesprekken met gemeenten blijkt dat zij inderdaad voor deze contractvorm kiezen om enerzijds maximale keuzevrijheid voor cliënten te garanderen, maar anderzijds ook om zorgaanbieders te stimuleren goede kwaliteit te leveren. Een slechte reputatie kan bij deze contractvorm snel leiden tot afname van het aantal cliënten.

Gemeenten die raamcontracten met budgetgarantie hanteren, veranderen in dit opzicht niets ten opzichte van de gehanteerde contractvorm onder de AWBZ. Zorgaanbieders weten aan het begin van het jaar wat hun jaarbudget is, en rapporteren de inzet van producten (productie) om de inzet van het budget te verantwoorden aan de gemeente.

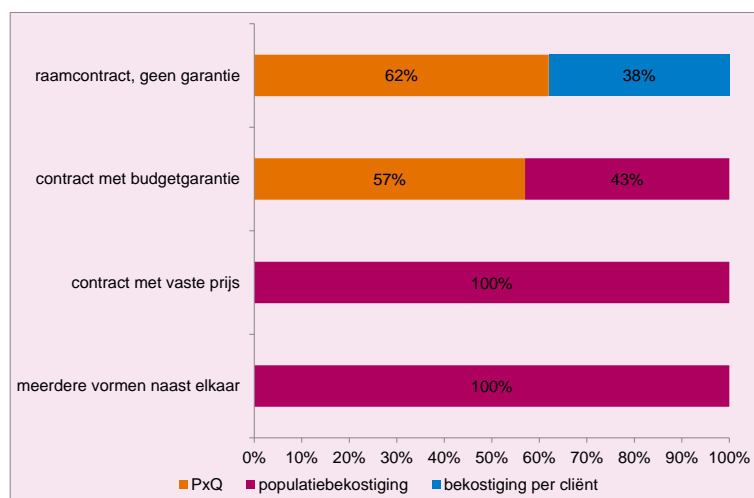
Gemeenten die een hoofdaannemer (of consortium van hoofdaannemers) contracteren, hanteren een contract met een vast budget van een wijk, stadsdeel, gemeente of een combinatie van gemeenten. Er is dus sprake van populatiebekostiging: de hoofdaannemer hoeft niet de inzet voor elke afzonderlijke cliënt te verantwoorden en heeft een acceptatieplicht. Op deze wijze heeft de contractvorm met een vast budget dus wel de prikkel om doelmatig te handelen, maar is de prikkel om te concurreren op kwaliteit minder sterk aanwezig.

Ten slotte zijn er enkele gemeenten die meerdere contractvormen naast elkaar toepassen: bijvoorbeeld een contract met vaste prijs voor een hoofdaannemer voor 80% van het totale volume, maar daarnaast nog raamovereenkomsten zonder

omzetgarantie met kleine en middelgrote zorgaanbieders voor het overige deel van de ondersteuning.<sup>56</sup>

De combinatie van contractvorm en bekostigingsmethode bepaalt samen in grote mate de financiële prikkels voor zorgaanbieders; Figuur 6.1 zet deze twee contractspecificaties tegen elkaar af.

**Figuur 6.1 Contractvorm in combinatie met bekostigingsmethode**



Noot: Raamcontract, geen garantie: N=291. Contract met budgetgarantie: N=69. Contract met vaste prijs: N=5. Meerdere vormen naast elkaar: N=9.

Zoals al in het vorige hoofdstuk besproken, leidt budgetzekerheid in combinatie met PxQ-bekostiging tot perverse prikkels en stimuleert niet tot innovatie. Deze combinatie van contractvorm, bekostiging en indicatiestelling vormde de basis van AWBZ-contracten. Toch zien we dat contracten met budgetgaranties in bijna 60 procent van de gevallen gecombineerd worden met een vergoeding per uur geleverde zorg.

### Belangrijkste bevindingen

Als cliënten keuzevrijheid hebben, ervaren aanbieders een prikkel om betere kwaliteit te leveren. Dit betreft ook kwaliteitsaspecten die moeilijk in contracten vast te leggen zijn, maar die de cliënt wel ervaart. Hiertoe dienen gemeenten raamcontracten af te sluiten met aanbieders. Bij de inkoop van Wmo-voorzieningen heeft ruim 80 procent van de gemeenten gekozen voor raamcontracten met keuzevrijheid voor de cliënt.

Indien gemeenten geen raamcontracten afsluiten maar een budgetgarantie opnemen in de contracten, wordt dit vaak gecombineerd met PxQ-bekostiging. Die geeft perverse prikkels en stimuleert innovatie niet.

<sup>56</sup> Bij Wmo-begeleiding vindt deze differentiatie in contractvormen tot nu toe enkel plaats op basis van de omvang van zorgverlening. Gemeenten kiezen voor een andere contractvorm voor de zorgaanbieders die in hun gemeente het grootste deel van de cliënten ondersteunen.



## 7 Sturingsinstrumenten: optie tot contractverlenging en *past performance*

Twee andere instrumenten om investeringen in kwaliteit gedurende de contractperiode te stimuleren zijn een optie tot contractverlenging en *past performance*. *Past performance* betekent dat de kansen op gunning bij een nieuwe aanbesteding deels afhangen van de prestaties gedurende de vorige contractperiode. Deze instrumenten zijn alleen in te zetten als er herhaaldelijke interacties zijn tussen gemeente en aanbieders. Hoe effectief ze zijn, hangt grotendeels af van de mate waarin de gemeente gedurende de contractperiode leert over de prestaties van de aanbieders.

Zorgorganisaties hebben namelijk belang bij een goede reputatie, omdat een slechte reputatie hun kansen op contractverlenging of gunning bij een volgende aanbesteding nadelig kan beïnvloeden. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat er voldoende concurrentie is tussen verschillende aanbieders. Let wel, voor kwaliteitsaspecten die zelfs op de (hele) lange termijn niet aan het licht komen blijft het risico op onderinvestering bestaan. Overigens bieden de Europese richtlijnen voor overheidsopdrachten en Nederlandse Aanbestedingswet 2012 slechts zeer beperkt mogelijkheden voor aanbestedende diensten om aanbieders van een volgende aanbesteding uit te sluiten op basis van een slechte uitvoering in een eerder contract (*past performance*).<sup>57</sup>

### **Contractverlenging bij de inkoop van Wmo-maatwerkvoorzieningen**

De gebruikte dataset bevat geen gegevens over het gebruik van *past performance* bij aanbestedingen. Gezien de beperkingen die de huidige wetgeving oplegt aan het gebruik van *past performance*, ligt het ook niet in de lijn der verwachting dat gemeenten dit sturingsinstrument gebruikt hebben bij de aanbestedingen voor Wmo-begeleiding.

---

<sup>57</sup> Ontevredenheid met de prestaties in een eerdere opdracht is niet voldoende om organisaties bij een volgende aanbesteding uit te sluiten. Hiervoor moet – aantoonbaar – sprake zijn geweest van grove nalatigheid en/of bijvoorbeeld een ernstige beroepsfout. Zie ook Bergman et al. (2012) voor een discussie over de rol van reputatiemechanismen in aanbestedingen. Zij betogen in dit paper dat de Europese aanbestedingsregels momenteel te weinig ruimte laten om prestaties in het verleden te laten meewegen bij een nieuwe aanbestedingsronde.

Tabel 7.1 laat zien in hoeverre gemeenten voor Wmo-maatwerkvoorzieningen contracten afsluiten waarin een optie tot verlenging verwerkt is.

**Tabel 7.1 Verdeling van keuze voor optie tot verlenging in contract**

| Optie tot verlenging in contract? | Per gemeente |
|-----------------------------------|--------------|
| Ja                                | 205 (54%)    |
| Nee                               | 158 (42%)    |
| Onbekend                          | 16 (4%)      |
| Totaal                            | 379          |

Een meerderheid van de gemeenten sluit een contract met optie tot verlenging af met zorgaanbieders. Deze optie creëert een prikkel tot het leveren van goede prestaties gedurende de jaren voor de verlenging, waarbij deze prestaties tevens kunnen dienen als benchmark voor de prestaties in de jaren na de contractverlenging.

### Belangrijkste bevindingen

De mogelijkheid tot contractverlenging creëert een prikkel voor aanbieders om te investeren in een goede reputatie en dus goede zorg te leveren. De meerderheid van de gemeenten neemt bij de inkoop van Wmo-begeleiding een optie tot verlenging op in de contracten met aanbieders.

In theorie is het meenemen van *past performance* als een van de keuzecriteria bij een nieuwe aanbesteding een andere mogelijkheid om investeringen in kwaliteit gedurende de contractperiode te stimuleren. De Europese richtlijnen omtrent (publieke) aanbestedingen staan het gebruik van *past performance* echter maar zeer beperkt toe.

## 8 Sturingsinstrument: contractduur

Ook de looptijd van een contract is een belangrijk instrument dat gemeenten voorhanden hebben om de prikkels voor zorgaanbieders te sturen. Bij een korte contractduur lopen aanbieders het risico op afroming van kostenbesparingen die tot stand komen door zogenoemde 'transactiespecifieke investeringen'. Dit zijn investeringen die binnen de contractuele relatie meer waard zijn dan daarbuiten. Omdat innovaties en kennisvergaring deels alleen van waarde zijn bij zorgverlening binnen een wijk of gemeente, ervaart de investerende zorgaanbieder een zwakkere onderhandelingspositie bij een volgende onderhandelingsronde met de gemeente. Dit kan een rem zetten op de bereidheid om te investeren.

De economische theorie, gesteund door overtuigend empirisch bewijs, toont dat langetermijncontracten het risico op onderinvestering kunnen tegengaan.<sup>58</sup> Het argument hiervoor is helder: de investerende partij zal bij een langere contractduur

<sup>58</sup> Zie Joskow (1987) en Bandiera (2007).

een groter deel van het rendement naar haarzelf toe kunnen halen, mits de hoogte van de vergoeding gedurende de looptijd van het contract doorgaans niet gewijzigd kunnen worden.

Binnen het sociaal domein is het belang van transactiespecifieke investeringen evident. Om doelmatige zorg te kunnen leveren, dient een aanbieder *know how* op te bouwen over de kenmerken van een gemeente dan wel wijk waarbinnen hij zorg levert en daarbij ook kennis te vergaren over de zorgproblematiek van individuele cliënten. Ook waardecreatie van innovaties in de manier waarop zorg geleverd wordt, is deels wijk/gemeente-specifiek. Minstens zo belangrijk zijn transactiespecifieke investeringen die meer gerelateerd zijn aan de bedrijfsvoering: hoeveel werknemers neemt een zorgorganisatie vast in dienst en hoe past zij de bedrijfsvoering aan op de bekostigingsmethode.

Een nadeel van een lange contractduur is dat de prikkel die uitgaat van herhaaldelijke interacties tussen gemeente en aanbieder minder sterk aanwezig is. Daarnaast kan de gemeente bij een lange looptijd afhankelijk worden van de aanbieder voor de levering van zorg: transactiespecifieke investeringen kunnen de aanbieder een voordeel geven ten opzichte van zijn concurrenten. In dat geval wordt de onderhandelingspositie van de gemeente juist zwakker. Een ander nadeel is dat langetermijncontracten gemeenten niet in staat stellen om snel in te spelen op veranderende situaties.

### Contractduur bij de inkoop van Wmo-maatwerkvoorzieningen

Tabel 8.1 toont de looptijd van de contracten die gemeenten hebben afgesloten voor de levering van Wmo-begeleiding.

**Tabel 8.1** Verdeling van keuze van de nominale contractduur

| Nominale contractduur | Per gemeente |
|-----------------------|--------------|
| 1 jaar                | 144 (40%)    |
| 1 tot 2 jaar          | 72 (20%)     |
| 2 tot 3 jaar          | 8 (2%)       |
| 3 tot 4 jaar          | 19 (5%)      |
| Langer dan 4 jaar     | 46 (13%)     |
| Onbepaalde tijd       | 74 (20%)     |
| Totaal                | 363          |

Er is behoorlijke variatie in de gehanteerde nominale contractduur. 40 procent van de gemeenten kiest voor contracten met een nominale duur van een jaar.<sup>59</sup> 20 procent van de gemeenten kiest contracten voor onbepaalde tijd. Dit betekent in theorie dat de markt hiermee voor lange (onbepaalde) tijd wordt afgesloten voor andere leveranciers. Dit staat op gespannen voet met het aanbestedingsrecht, vooral

<sup>59</sup> Uit de gesprekken die wij hebben gevoerd blijkt het belangrijkste argument hiervoor dat gemeenten op deze manier eerst de kans krijgen om de zorgaanbieder te leren kennen.

wanneer het raamovereenkomsten betreft. De gemeenten met (potentieel) eeuwigdurende contracten hanteren echter zonder uitzondering clauses in het contract waarmee de gemeente het contract te allen tijde kan opzeggen en nieuwe zorgaanbieders kan toelaten.

Enerzijds geeft deze clauses een prikkel voor zorgaanbieders om goed te presteren; anderzijds verhoogt dit de onzekerheid ten opzichte van een contract zonder deze optie en drukt dus de prikkel om te investeren in kostenbesparingen. Een nominale contractduur van 5 jaar zonder optie tot tussentijdse ontbinding biedt voor zorgaanbieders dus meer zekerheid op de middellange termijn dan een contract voor onbepaalde tijd dat te allen tijde ontbonden kan worden.

Gemeenten die contracten voor onbepaalde tijd afsluiten, blijken dit te doen om nadrukkelijk een langdurige relatie op te bouwen met belangrijke partners in het zorglandschap. Echter, aan een langdurige relatie kunnen ook kosten verbonden zijn zoals overstapkosten. Dit leidt dan tot marktmacht. Gemeenten hanteren in het geval van contracten voor onbepaalde tijd zonder uitzondering flexibele contracten met een mogelijkheid tot ontbinding – dus de zekerheid voor aanbieders is begrensd.

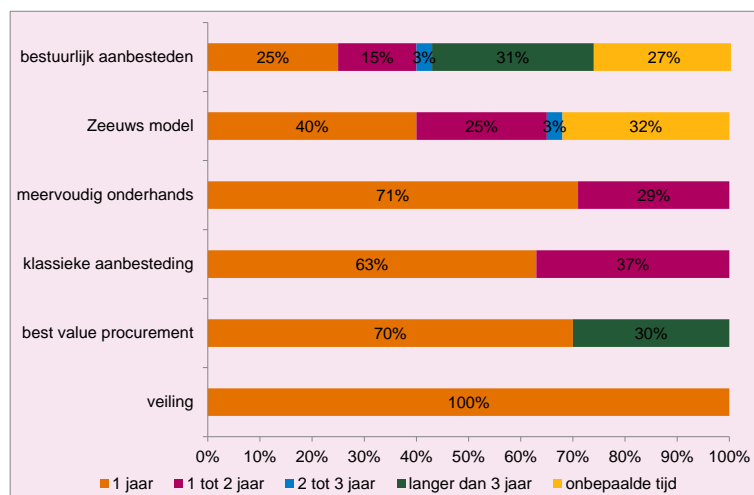
In het geval van contractverlengingen kan de maximale looptijd (veel) hoger uitpakken. Tabel 8.2 toont de maximale contractduur inclusief verlenging. Meer dan 60 procent van de gemeenten kiest voor contracten met een maximale duur van 4 jaar of langer (inclusief contracten van onbepaalde tijd).

**Tabel 8.2** Verdeling van keuze van de maximale contractduur

| Maximale contractduur | Per gemeente |
|-----------------------|--------------|
| 1 jaar                | 34 (10%)     |
| 1 tot 2 jaar          | 45 (13%)     |
| 2 tot 3 jaar          | 55 (16%)     |
| 3 tot 4 jaar          | 45 (13%)     |
| Langer dan 4 jaar     | 64 (19%)     |
| Onbepaalde tijd       | 98 (29%)     |
| Totaal                | 341          |

Figuur 8.1 toont de samenhang tussen de gekozen aanbestedingsprocedure en de nominale contractduur .

**Figuur 8.1 Aanbestedingsprocedure in combinatie met nominale contractduur**



Noot: Bestuurlijk aanbesteden: N= 200. Zeeuws model: N=65. Meervoudig onderhands: N=56. Klassieke aanbesteding: N=30. Best Value Procurement: N=10. Veiling: N=2.

Uit de figuur blijkt dat bestuurlijk aanbesteden, waarbij aanbieders inspraak hebben op de inhoud van de contracten, in bijna 60 procent van de gevallen leidt tot contracten met een lange of onbepaalde nominale contractduur.

Overigens is de toepassing van lange contractduur (voor onbepaalde tijd) ook een van de vaste uitgangspunten van het bestuurlijk aanbestedingsmodel, net zoals het toepassen van flexibele contracten.<sup>60</sup> De contracten geven enerzijds de gemeentelijke intentie van een langdurige samenwerking weer, waarbinnen het contract kan worden aangepast.<sup>61</sup> Anderzijds behouden de gemeenten zich het recht voor om de contracten te allen tijde (met redelijk opzegtermijn) op te zeggen. Hiermee kunnen zij inspelen op onvoorziene omstandigheden, zoals tussentijdse veranderingen in het gemeentelijke budget en/of de wet- en regelgeving.

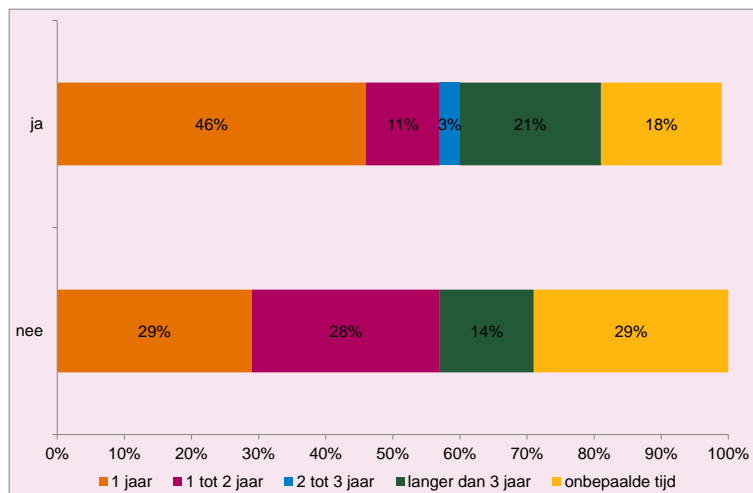
Een ander relevant kruisverband is die tussen de nominale contractduur en het wel dan niet beschouwen van 2015 als overgangsjaar. Gemeenten die 2015 als overgangsjaar beschouwen, zullen na dit jaar opnieuw willen inkopen en dus kiezen voor een korte nominale looptijd: een of hooguit twee jaar. Hiermee creëren zij de mogelijkheid om langer na te denken over een juiste inrichting van het opdrachtgeverschap en vormgeving van contracten. Gemeenten die hun inkoopbenadering voor langere termijn willen hanteren zullen juist geneigd zijn contracten met langere looptijd af te sluiten. Zoals verwacht maken gemeenten die

<sup>60</sup> Het is dus niet uit de contracten af te leiden wat de werkelijke oorzaak is van de langere looptijd.

<sup>61</sup> In hoofdstuk 8 komen de economische en juridische aspecten van flexibele contracten aan bod.

2015 als overgangsjaar beschouwen vaker gebruik van een nominale contractduur van 1 jaar; zie figuur 8.2.

**Figuur 8.2 2015 beschouwd als overgangsjaar in combinatie met nominale contractduur**



Noot: Ja: N= 203. Nee: N= 114.

### Belangrijkste bevindingen

Contracten met een lange nominale duur gaan onderinvestering in kostenbesparingen tegen, doordat dit aanbieders de zekerheid biedt dat efficiëntiewinsten niet op korte termijn worden afgeroomd. Voorwaarde hiervoor is wel dat contractvoorwaarden niet tussentijds (eenzijdig) kunnen worden aangepast.

In aanbestedingsprocedures waarbij gemeenten onderhandelen met aanbieders, wordt relatief vaak gebruik gemaakt van contracten met een lange (nominale) duur.

Gemeenten die 2015 als overgangsjaar beschouwen, kiezen relatief vaak voor contracten met een korte looptijd. Gemeenten kunnen dan langer nadenken over de vormgeving van contracten in volgende jaren.

## 9 Sturingsinstrument: flexibiliteit van contracten

Het laatste sturingselement in contracten dat deze notitie behandelt, is het inbouwen van enige mate van flexibiliteit. De opdrachtgever kan besluiten bepalingen in het contract op te nemen die het mogelijk maken delen van contract gedurende de looptijd aan te passen, om met onzekere omgevingsfactoren om te gaan. Zowel voor gemeenten als voor zorgaanbieders gaat de contractering van Wmo-taken gepaard met veel onzekerheid.<sup>62</sup> Om grote risico's te vermijden kunnen gemeenten contracten

<sup>62</sup> Voor gemeenten zijn de taken en de doelgroep nieuw, er is een nieuw wettelijk kader en ook de aantallen cliënten en zorgvolumes zijn deels onzeker. Daarnaast is enkel het budget voor het aankomende jaar bekend,

met een korte looptijd afsluiten. Dit heeft echter ook nadelen, zoals het risico op onderinvestering in kostenbesparingen. Een alternatief is om een bepaalde mate van flexibiliteit in de contracten toe te passen. Dit kan bijvoorbeeld door het opnemen van bepalingen die het jaarlijks bijstellen van tarieven reguleren.

Bij het toepassen van flexibele contracten moet de gemeente wel voorzichtigheid betrachten, gezien de aanbestedingsrechtelijke aspecten hiervan. Een reguliere overheidsopdracht mag vanuit het aanbestedingsrecht ná gunning niet zomaar wezenlijk gewijzigd worden: de partijen die het contract *niet* gewonnen hebben, hadden voor een gewijzigde opdracht immers mogelijk een andere offerte ingediend. Tevens kan de wijziging ongunstig uitpakken voor de huidige contractpartijen.

Onder de huidige Europese aanbestedingsrichtlijn geldt voor bepaalde dienstverlening – waaronder algemeen aanvaard ook begeleiding en jeugdzorg – een uitzonderingspositie. Als deze diensten geen grensoverschrijdend belang vertonen, en dus voor buitenlandse aanbieders niet interessant zijn – is slechts een zeer beperkt aanbestedingsregime van toepassing. Vanaf 2016 treedt echter een nieuwe Europese richtlijn in werking waarin geldt dat opdrachten voor Wmo en jeugdzorg boven de drempelwaarde van 750.000 euro wel openbaar aangekondigd moeten worden. Zelfs een kleine gemeente die zelfstandig inkoopt overschrijdt deze drempel al bij eenjarige contracten voor Wmo-begeleiding. Het ligt in de lijn der verwachting dat hieruit voortvloeit dat elke ‘wezenlijke wijziging’ nu leidt tot publicatieplicht. Aanbestedingsjuristen zijn het nog niet met elkaar eens welke consequenties dit heeft voor het toepassen van flexibele contracten: of opnieuw publiceren en toelaten van nieuwe toe- en uittreeders na elke wezenlijke wijziging voldoende is, of dat deze flexibiliteit in het geheel op gespannen voet staat met het aanbestedingsrecht.

De gebruikte dataset bevat geen informatie over de mate van flexibiliteit van contracten die met aanbieders van Wmo-maatwerkvoorzieningen zijn afgesloten.

---

niet voor de opvolgende jaren. Zorgaanbieders krijgen op hun beurt te maken met nieuwe opdrachtgevers die ook nieuwe producten uitvragen en andere contractuele sturingselementen toepassen zoals nieuwe vormen van bekostiging.

## Dankwoord

In het kader van deze notitie hebben wij bij verschillende zorgaanbieders en gemeenten gesprekken gevoerd. Graag willen wij hiervoor de volgende mensen bedanken:

Inge van der Heiden, Inge-Marie van Klaveren (beiden gemeente Alphen aan den Rijn), Mark Venekamp (gemeente Den Haag), Remco Liefers, Marloes Schreur (beiden gemeente Leeuwarden), Alexander van Mazijk (gemeente Haarlemmermeer), Marieke van der Steen, Wilma Prins, Lisette Hoogstraten (allen gemeente Utrecht), Angela Riddering (gemeente 's-Hertogenbosch), Cees Bol, Simone Dekker, Bert Mos, Rob van den Berg, Rita van der Bend, Leontien Los (allen Parnassia Groep) en Klaas Kuilman (Thuiszorg Het Friese Land).



## Referenties

Bandiera, O., 2007, Contract duration and investment incentives: evidence from land tenancy agreements, *Journal of the European Economic Association*, vol. 5(5): 953-986.

Bergman, M., S. Lundberg en G. Spagnolo, 2012, Public Procurement and Non-contractible Quality: Evidence from Elderly Care, Umeå: Umeå Universitet.

Bloom, N., C. Propper, S. Seiler en J. van Reenen, 2015, The impact of competition on management quality: evidence from public hospitals, *The Review of Economic Studies*, vol. 82(2): 457-489.

Chandra, A., D. Cutler en Z. Song, 2012, Who ordered that? The economics of treatment choices in medical care, *Handbook of health economics*, vol. 2: 397-432.

Choi, T.Y. en M. Li, 2009, Triads in Services Outsourcing: Bridge, Bridge Decay and Bridge Transfer, *Journal of Supply Chain Management*, vol. 45(3): 27-39.

Coase, R.H., 1937, The nature of the firm, *Economica*, vol. 4(16): 386-405.

Conner, K.R., 1991, A historical comparison of resource-based theory and five schools of thought within industrial organization economics: do we have a new theory of the firm?, *Journal of management*, vol. 17(1): 121-154.

CPB, 2014, Vervolgrappportage decentralisaties in het social domein, CPB Notitie, 26-06-2014.

CPB en SCP, 2015, *Keuzeruimte in de langdurige zorg*, CPB Boek 18, 22-10-2015.

Dijkgraaf, E. en R.H. Gradus, 2003, Cost savings of contracting out refuse collection, *Empirica*, vol. 30(2): 149-161.

Eijkel, R. van, 2014, Marktstructuur jeugdzorg en intergemeentelijke inkoop, *ESB*, vol. 99(4697): 687.

Eijkenaar, F. en E. Schut, 2015, Uitkomstbesteding in de zorg: een (on)begaanbare weg?, Erasmus Universiteit Rotterdam: instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

- Gregg, P., P.A. Grout, A. Ratcliffe, S. Smith en F. Windmeijer, 2011, How important is pro-social behaviour in the delivery of public services?, *Journal of public economics*, vol. 95(7): 758-766.
- Grossman, S.J. en O.D. Hart, 1986, The costs and benefits of ownership: A theory of vertical and lateral integration, *The Journal of Political Economy*, vol. 94(4): 691-719.
- Hart, O., A. Shleifer en R.W. Vishny, 1997, The proper scope of government: theory and an application to prisons, *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 112(4): 1127-1161.
- Joskow, P.L., 1987, Contract duration and relationship-specific investments: Empirical evidence from coal markets, *The American Economic Review*, vol. 77(1): 168-185.
- Koning, P., 2009, Contracting welfare-to-work services: use and usefulness, CPB Discussion Paper 135.
- KPMG Plexus, 2013, Sociale wijkteams in ontwikkeling.
- KPMG Plexus, 2013, Sturing en bekostiging van de tweede lijn.
- Laffont, J. J. en J. Tirole, 1993, *A theory of incentives in procurement and regulation*, MIT press.
- V&VN, LEVV en NIVEL, 2007, Meningen van verpleegkundigen en verzorgenden over de complexiteit van zorg.
- Levin, J. en S. Tadelis, 2010, Contracting for government services: Theory and evidence from US cities, *The Journal of Industrial Economics*, vol. 58(3): 507-541.
- LHV, 2009, Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis.
- López-de-Silanes, F., A. Shleifer en R.W. Vishny, 1997, Privatization in the United States, *The Rand Journal of Economics*, vol. 28(3): 447-471.
- Penrose, E. T., 1959, *The Theory of the Growth of the Firm*, New York: John Wiley.
- Pomp, M., 2013, Populatiebekostiging: Panacee, hype of verkapt kartel?, NZa Research Paper.
- PPRC, 2015, Grote inkoopcoalities belemmeren innovatie Wmo, *Binnenlands Bestuur*, 3 februari 2015.
- Rogerson, W.P., 2003, Simple Menus of Contracts in Cost-Based Procurement and Regulation, *The American Economic Review*, vol. 93(3): 919-926.

Ruwaard, S., R.C.M.H Douven, J.N. , Struijs en J.J. Polder, 2014, Hoe kopen zorgverzekeraars in bij ziekenhuizen: Een analyse van de contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen, *TPE Digitaal*, vol. 8(2): 98-117.

Rijt, J. van der & S.C. Santema, 2011, *Prestatieinkoop: wie steekt er boven het maaiveld uit?*, Graphicom International.

Van Arum, S. en R. Schoorl, 2015, Sociale (wijk)teams in vogelvlucht, Utrecht: Movisie.

Wernerfelt, B., 1984, A resource-based view of the firm, *Strategic management journal*, vol. 5(2): 171-180.

Williamson, O.E., 1973, Markets and hierarchies: some elementary considerations, *The American economic review*, vol. 63(2): 316-325.

Williamson, O.E., 1989, Transaction cost economics, *Handbook of industrial organization*, vol. 1: 135-182.



Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau  
Van Stolkweg 14  
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag  
T (070) 3383 380

[info@cpb.nl](mailto:info@cpb.nl) | [www.cpb.nl](http://www.cpb.nl)

December 2015