

ONDERZOEK NAAR DE EFFECTEN VAN OPEN HOUSE OP JEUGDZORG EN MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING

**KLANT
KENMERK
AUTEURS**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
MB/sb-bv/003866
Niels Uenk, Maarten Batterink, Willemien Hoogenraad, Wouter
Oosterom
9 september 2024
Definitief

**DATUM
VERSIE**

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Achtergrond en onderzoeksvragen	3
1.2	Onderzoeksaanpak	4
1.3	Leeswijzer	5
2	Definiëring van open house	7
2.1	Een juridisch perspectief op open house	7
2.2	Een praktisch perspectief op open house	8
3	Literatuuronderzoek	10
3.1	Relaties met zorgaanbieders	11
3.2	Kosten	14
3.3	Kwaliteit	20
3.4	Conclusie	25
4	Kwantitatieve analyse over de relatie tussen open house en uitvoeringsvariant	29
4.1	Uitvoeringsvarianten en open house inkoop - beschrijvende statistieken	29
4.2	Welke uitvoeringsvariant heeft de voorkeur bij inkoop via open house, rekening houdend met de gevraagde administratieve lasten en sturingsmogelijkheden	33
5	Kwalitatieve verdieping	36
5.1	Aanpak kwalitatief onderzoek	36
5.2	Open house in relatie tot partnerschap	37
5.3	Open house in relatie tot transformatie	40
5.4	Open house in relatie tot kwaliteit	42
5.5	Fraude en niet-integer gedrag zorgaanbieders	44
5.6	Open house in relatie tot continuïteit van zorg	46
5.7	Open house in relatie tot kosten	48
5.8	Open house in relatie tot keuzevrijheid	49
5.9	Open house versus selectieve inkoop	51
5.10	De rol van open house in verschillende zorgwetten en zorgvormen	52
5.11	Discussie en reflectie op kwalitatieve bevindingen	53
6	Verdiepende kwantitatieve analyses	56
6.1	Inleiding	56
6.2	Bronnen en data	57
6.3	Statistische verantwoording	60
6.4	Resultaten	61
6.5	Conclusie kwantitatieve verdieping	63
7	Conclusies en aanbevelingen	64
7.1	Inleiding	64
7.2	Conclusies	64
7.3	Aanbevelingen	66

1 Inleiding

1.1 Achtergrond en onderzoeksvragen

Open house inkoop is een veelgebruikte inkoopmethodiek door gemeenten voor maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg. Er is sprake van een open house wanneer diensten (of leveringen) worden uitbesteed door middel van een open systeem waarbij de aanbestedende dienst met elke geïnteresseerde ondernemer die aan vooraf vastgestelde (objectieve) randvoorwaarden (geschiktheidseisen, kwaliteitseisen) voldoet een contract sluit, en de keuze (voor daadwerkelijke afname) vervolgens aan derden overlaat. Naast inkoop door middel van open house kunnen gemeenten zorgtaken ook inkopen met het aanbesteden van een overheidsopdracht, subsidiëren of zélf uitvoeren. In de praktijk zijn open house en daarop lijkende *niet selectieve* aanbestedingen veruit de meest gebruikte vorm om zorgtaken te organiseren binnen de Jeugdwet en de Wmo¹.

Er leven veel veronderstellingen en beelden over de open house inkoopmethodiek in het sociaal domein. Deze beelden gaan zowel over de eigenschappen van de systematiek zelf, als de gevolgen en effecten van een open house. De beelden over de eigenschappen zelf zijn vaak (juridisch) toetsbaar: dit gaat bijvoorbeeld over regels en wetgeving. Voor de beelden en veronderstellingen ten aanzien van effecten van open house ligt dit anders: effecten en gevolgen van een inkoopmethodiek zijn moeilijk vast te stellen of te onderscheiden in een situatie waarin verschillende factoren tegelijkertijd aan de orde kunnen zijn. Op dit moment is er over deze effecten nog weinig duidelijk.

Ook in de politiek spelen discussies waarin relaties worden gelegd tussen open house en allerlei aspecten van zorg. Zo wordt in een motie bijvoorbeeld de relatie gelegd tussen open house inkoop en de versplintering van het zorglandschap, hoge winstuitkeringen en private-equity financieringen²³. In de Hervormingsagenda Jeugd zijn bijvoorbeeld afspraken gemaakt die betrekking hebben op de inkoop van jeugdzorg (jeugdhulp, jeugdbescherming en -reclassering). Het verder vereenvoudigen van aanbesteden en het beperken van de inkoopmethode 'open house' worden genoemd als mogelijke beleidsrichting⁴.

“Door het veelvuldig gebruik van ‘open house’ als inkoopmethode is het aantal aanbieders fors gestegen en is het zorglandschap minder overzichtelijk geworden. Op basis van een nadere analyse gaat het Rijk na of het (mede gelet op het bepaalde in 2.7.9) opportuun is deze methode uitsluitend onder voorwaarden respectievelijk in bijzondere omstandigheden toe te passen en de wettelijke mogelijkheden daartoe te verkennen.” (Hervormingsagenda Jeugd, paragraaf 2.7.8).

Alvorens wordt overgegaan tot het eventueel beperken van open house als inkoopmethode is het belangrijk om te onderzoeken of de beelden over open house inkoop en de effecten hiervan op jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning terecht zijn. Significant Synergy en PPRC hebben daarom in opdracht van het ministerie van VWS (Directies Jeugd en Maatschappelijke Ondersteuning) onderzoek uitgevoerd naar de effecten van het inkopen van jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning via de open house inkoopmethodiek. Dit onderzoek is een verkenning en richt zich op de effecten van het inkopen van jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning via open house op de kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg. Om zicht te krijgen op deze effecten kijken we ook naar andere vormen van inkoop, zoals niet-selectieve vormen van inkoop die lijken op open house en juist op

¹ Zie figuur 1 in hoofdstuk 4.

² Motie van de leden Kwint en Peters over zorgen dat private-equitypartijen, winstuitkeringen en openhouseconstructies binnen de jeugdzorg tot het verleden gaan behoren.

³ Memorie van toelichting op de Wet maatschappelijk verantwoord inkopen (Jeugdwet en Wmo 2015), Tweede Kamer vergaderjaar 2020-2021, 35816, nr.3.

⁴ Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028. 2003.

selectieve inkoop als 'tegenhanger' van open house en niet-selectieve vormen van inkoop. Het onderzoek richt zich op de volgende onderzoeksvragen:

Onderzoeksvragen:

1. Wat zijn de verschillende (semi) open house-varianten en wat zijn hun belangrijkste kenmerken?
2. Wat zijn de belangrijkste effecten van het contracteren via (semi) open house voor aanbieders, gemeenten, professionals en cliënten in alle fasen van het inkoopproces? Hierbij dient in ieder geval aandacht besteed te worden aan de effecten op kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid en beschikbaarheid van jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning.
 - a. Welke juridische overwegingen spelen hierbij een rol?
 - b. Welke vormen van jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning worden hierdoor voornamelijk beïnvloed?
 - c. Zijn deze effecten ook waarneembaar bij alle (semi) open house-varianten?
3. Wat is het effect van inkoop via open house op het aantal aanbieders, het vaststellen van een passende prijs en tariefdifferentiatie, het beheer van contracten, de opkomst van (excessieve) winstuitkeringen en private-equity beleggers en eventuele andere relevante onderwerpen?
4. Hoe vaak komen de genoemde effecten voor? Zijn deze effecten ook aanwezig bij inkoop via aanbesteding (SAS - met of zonder gunningscriteria), subsidietenders en (quasi) inbesteding, of zijn ze specifiek voor open house? Zo ja, in welke mate?
5. Is er een verband tussen de keuze voor open house en de keuze voor een uitvoeringsvariant (taakgericht, inspanningsgericht, resultaatgericht)?
 - a. Welke uitvoeringsvariant wordt het meest gebruikt bij open house?
 - b. Welke uitvoeringsvariant heeft de voorkeur bij inkoop via open house, rekening houdend met de gevraagde administratieve lasten (uitvoeringskosten) en sturingsmogelijkheden (voor gemeenten, het Rijk, aanbieders en cliënten)?
6. Zijn deze effecten van open house in zekere mate maatschappelijk ongewenst en vereisen ze daarom veranderingen in de benadering van open house voor aanbieders, gemeenten, professionals en cliënten? Zo nee waarom niet? Zo ja, op welke manier? En wat betekent dit voor de sturingsmogelijkheden bij het gebruik van open house?
7. Welke aanbevelingen zijn er voor gemeenten, het Rijk, aanbieders, professionals en cliënten, met inachtneming van de juridische mogelijkheden en beperkingen?

1.2 Onderzoeksaanpak

In het onderzoek hebben we literatuuronderzoek (wat is er al bekend ten aanzien van deze onderzoeksvragen?) gecombineerd met nader kwantitatief onderzoek (analyses op basis van bestaande data) en nader kwalitatief onderzoek: interviews met experts en betrokkenen uit diverse geledingen en met diverse perspectieven (gemeenten, zorgaanbieders, professionals, wetenschappers, cliëntvertegenwoordiging). Hieronder beschrijven we de aanpak op hoofdlijnen, in de verschillende hoofdstukken gaan we nader op de gehanteerde onderzoeksmethodieken in.

Literatuuronderzoek: In het literatuuronderzoek hebben we systematisch per mogelijke relatie met open house het volgende uitgewerkt:

- a. Om welke relatie gaat het?
- b. Welke veronderstelling(en) liggen hieraan ten grondslag? Wat is de (beleids)logica achter deze relatie en op welke manier werkt dat door?
- c. Wat zegt de literatuur over deze relatie? Hierbij hebben we onderscheid gemaakt tussen wat onderzoekers (conceptueel) stellen, in hoeverre er kleinschalig ('anekdotisch', bijvoorbeeld op basis van enkele voorbeelden of casestudies) bewijs is gevonden en in hoeverre het gaat om bewijs op basis van kwantitatief onderzoek (en er statistisch is getoetst of iets significant is op basis van empirische data).

Kwantitatieve analyses: In het onderzoek hebben we op twee momenten kwantitatieve analyses uitgevoerd:

-
- a. De eerste kwantitatieve analyse (hoofdstuk 4) richt zich op de relatie tussen de inkoopmethodiek en uitvoeringsvariant. Voor deze analyses maken we gebruik van de gegevens uit de Monitor gemeentelijke zorginkoop 2023. De Monitor gemeentelijke zorginkoop bevat data over (bijna) alle inkoop van Wmo en Jeugdzorg van Nederlandse gemeenten en de editie voor 2023 is volledig up-to-date voor de contracten die in 2023 zijn ingegaan.
 - b. De tweede kwantitatieve analyse (hoofdstuk 6) is een verdiepende analyse naar aanleiding van het literatuuronderzoek. De analyse richt zich op de relatie tussen open house inkoop en kwaliteit. Deze focus is gekozen in overleg met de begeleidingscommissie, omdat kwaliteit een onderbelicht thema is in de bestaande literatuur over (open house) inkoop in relatie tot Wmo en Jeugdzorg. De analyse richt zich op de jeugdzorg en maakt gebruik van openbare informatie (beleidsinformatie Jeugd, CBS).

Kwalitatieve verdieping: Op basis van de uitkomsten van het literatuuronderzoek is door middel van interviews een kwalitatieve verdieping uitgevoerd:

- a. Het doel van het kwalitatieve onderzoek is het verdiepen en aanvullen van de kennis over de effecten van open house inkoop als aanvulling op de literatuurstudie, bijvoorbeeld om beter te begrijpen hoe en waarom bepaalde effecten optreden die in het literatuuronderzoek onderkend zijn.
- b. In de **interviews** hebben we ons gericht op de facetten van de uitwerking van open house inkoop waar naar aanleiding van het literatuuronderzoek nog verdieping of aanvulling wenselijk was. De focus in de interviews heeft op de volgende effecten van open house inkoop gelegen:
 - i. (Sturen op) partnerschap met (een groot aantal) zorgaanbieders;
 - ii. (Sturen op) transformatiedoelstellingen;
 - iii. (Sturen op) kwaliteit van zorg;
 - iv. Fraude en niet-integer gedrag en toezicht van de gemeente hierop;
 - v. Kosten van zorg;
 - vi. Continuïteit van zorg.

In de eindfase van het onderzoek zijn twee groepsgesprekken georganiseerd waarvoor alle respondenten die zijn geïnterviewd tijdens de kwalitatieve verdieping waren uitgenodigd. Doel van deze groepsgesprekken was om de (concept)aanbevelingen die volgen uit dit onderzoek en door de onderzoekers waren opgesteld, te valideren en aan te scherpen. In totaal hebben hieraan 14 respondenten deelgenomen.

Bij de uitvoering van het onderzoek is een begeleidingscommissie betrokken geweest met deelname vanuit verschillende perspectieven (gemeenten, zorgaanbieders, professionals en cliënten). De begeleidingscommissie heeft op verschillende momenten meegelezen op tussenresultaten en hierop feedback gegeven. Ook hebben zij meegedacht over keuzes met betrekking tot de aanpak voor het onderzoek, zoals:

- a. Het aanleveren van relevante documenten ten behoeve van het literatuuronderzoek;
- b. Het betrekken van respondenten voor de kwalitatieve verdieping;
- c. Het bepalen van de thema's voor de kwalitatieve verdieping en de tweede kwantitatieve verdieping.

1.3 Leeswijzer

De opbouw van het onderzoeksrapport is als volgt:

- a. In hoofdstuk 2 formuleren wij een definitie van het voorwerp van het onderzoek: open house. We maken daarbij onderscheid tussen twee perspectieven op open house: een juridisch en een praktisch perspectief.
- b. In hoofdstuk 3 presenteren we de uitkomsten van het literatuuronderzoek, langs de thema's (1) relaties zorgaanbieders, (2) kwaliteit en (3) kosten. Per thema kijken we naar hoe de veronderstelde relatie tussen open house en het thema eruit ziet, welke bewijzen en/of tegenbewijzen hiervoor zijn vanuit de literatuur.
- c. In hoofdstuk 4 presenteren wij de uitkomsten van de (eerste) kwantitatieve analyse, gericht op de relatie tussen de inkoopmethodiek en de uitvoeringsvariant.

-
- d. In hoofdstuk 5 presenteren we de uitkomsten van de verdiepende kwalitatieve analyse. We presenteren de uitkomsten van de interviews aan de hand van de thema's die als centraal naar voren komen uit het literatuuronderzoek.
 - e. In hoofdstuk 6 presenteren wij de resultaten van de verdiepende (tweede) kwantitatieve analyses. De focus ligt op de vraag of de inkoopmethode (waaronder open house) samenhangt met de kwaliteit (een aantal outcome-indicatoren) van jeugdhulp.
 - f. In hoofdstuk 7 vatten we de belangrijkste conclusies vanuit de verschillende delen van het onderzoek samen en geven we aanbevelingen. De aanbevelingen splitsen we uit naar aanbevelingen voor VWS als stelselverantwoordelijke en voor gemeenten als uitvoeringsverantwoordelijken.

2 Definiëring van open house

2.1 Een juridisch perspectief op open house

Voor de juridische definitie van open house is een tweetal arresten van het Hof van Justitie van de EU (hierna: HvJ EU) relevant: zaak C-410/14 (2016), beter bekend als *Falk Pharma* en zaak C-9/17 (2018), beter bekend als *Tirkkonen*. In deze arresten legt het HvJ uit wanneer er sprake is van open house en niet van een aanbestedingsplichtige overheidsopdracht. Er is sprake van een open house wanneer diensten (of leveringen) worden uitbesteed door middel van een open systeem waarbij de aanbestedende dienst met elke geïnteresseerde ondernemer die aan vooraf vastgestelde (objectieve) randvoorwaarden (geschiktheidseisen, kwaliteitseisen) voldoet een contract sluit, en de keuze (voor daadwerkelijke afname) vervolgens aan derden overlaat.⁵ Deze voorwaarden zijn van belang omdat in deze vorm van inkoop het aanbestedingsrecht niet van toepassing is. Er is bij open house dus ook geen sprake van 'aanbesteden'.

De scheidslijn tussen een aanbestedingsplichtige overheidsopdracht en een open house is gelegen in de *exclusieve selectie*.⁶ Wanneer aanbestedende diensten voor een overheidsopdracht een beperkt aantal (één of meerdere) ondernemers wenst te contracteren, dan is er sprake van een aanbesteding. De aanbestedende dienst stelt vast op basis van welk gunningscriterium (laagste prijs, laagste levenscycluskosten of beste-prijs-kwaliteits-verhouding (BPKV)) zij de opdracht wil gunnen. Het aanbestedingsrecht is in feite een set aan regels die erop zien dat deze 'wedstrijd' voor alle ondernemers eerlijk verloopt. Hier ligt het duidelijke onderscheid met een open house: er is bij een open house geen wedstrijd tussen ondernemers: alle ondernemers die aan vooraf vastgestelde (objectieve) randvoorwaarden voldoen komen in aanmerking voor een contract. De regels voor het eerlijke verloop van een wedstrijd (het aanbestedingsrecht) zijn dus niet nodig bij open house inkoop.

Als gemeenten kiezen voor het aanbesteden van jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning, dan vallen de diensten onder het verlichte regime voor sociale en andere specifieke (SAS) diensten⁷. In het verlichte SAS-regime is het toepassen van de economisch meest voordelige inschrijving (EMVI) niet verplicht. Het EMVI criterium is bovendien in 2022 geschrapt uit de Jeugdwet en Wmo 2015. Aanbestedende diensten kunnen alsnog kiezen voor een reguliere aanbestedingsprocedure waarin zij op basis van gunningscriteria de economisch meest voordelige inschrijving(en) kiezen⁸. En zij kunnen dus ook kiezen om aan te besteden via een SAS-procedure zonder EMVI, zoals omschreven in de handreiking 'SAS-zonder-EMVI'.⁹ De handreiking beschrijft vier verschillende mogelijke varianten van deze procedure. Bij de basisvariant 'SAS-zonder EMVI-1' Bij SAS-zonder-EMVI vindt gunning van een contract plaats aan alle zorgaanbieders die voldoen aan de gestelde geschiktheidseisen en minimumeisen. Deze variant van de SAS-zonder-EMVI aanbesteding verschilt ten aanzien van selectiviteit dus niet van een open house, en is daarmee een voorbeeld van een niet-selectieve overheidsopdracht. Een belangrijk verschil met open house is dat een SAS-aanbesteding wel onder de aanbestedingswet valt waardoor tussentijds toetreden en wezenlijke wijzigingen niet mogelijk zijn, in tegenstelling tot bij open house waar dit wel mogelijk is (zie ook laatste alinea van deze sectie).

Gemeenten zijn overigens nog steeds gebonden aan bepaalde voorschriften bij een open house. Zo is ook voor de toelatingsprocedure voor een open house een passende mate van transparantie verplicht en gelden de beginselen van non-discriminatie, gelijke behandeling en transparantie vanuit het Werkingsverdrag (VWEU) als sprake is van een zeker

⁵ Bouwman, 2022. Instrumenten voor het uitbesteden van diensten in het sociaal domein, scheidslijnen tussen de overheidsopdracht, subsidie, vergunning, concessie en het open house model. Uitgeverij Paris.

⁶ Bouwman, 2022.

⁷ [Handreiking SAS - zonder EMVI \(piano.nl\)](#).

⁸ Op basis van artikel 2.11. Jeugdwet en 2.6.4 Wmo 2015 is gunnen op laagste prijs in het sociaal domein niet toegestaan.

⁹ Handreiking SAS-zonder-EMVI, Programma Inkoop en Aanbesteden Sociaal Domein, september 2021.

grensoverschrijdend belang. Uiteraard zijn ook de algemene beginselen van behoorlijk bestuur onverkort van toepassing op overheidshandelen in relatie tot aanbieders.¹⁰

In juridische zin is er dus sprake van een open contractvorm waarbij alle aanbieders die aan de voorwaarden (geschiktheidseisen, kwaliteitseisen) voldoen door de aanbestedende dienst gecontracteerd worden. De eindgebruiker, in het sociaal domein de cliënt die een voorziening krijgt toegewezen, mag zelf¹¹ een keuze maken uit het gecontracteerde aanbod. Het open house kan voortdurend open staan voor nieuwe toetreders, maar het Tirkkonen-arrest verduidelijkte in 2018 dat dit geen voorwaarde is. Een aanbestedende dienst mag het open house na eenmalige openstelling dus ook sluiten. In de praktijk komt ook een voorwaardelijke openstelling voor, waarbij tussentijdse toetreding slechts onder bepaalde omstandigheden mogelijk is. De juridische definitie van 'open house' omvat in lijn met de uitspraken van het HvJ EU dus ook de variant zonder tussentijdse toetreding tot het contract. Sommige gemeenten zijn de variant zonder tussentijdse toetreding gaan aanduiden als *semi-open house* of *quasi-open house*. Dit zijn termen die juridisch gezien dus geen betekenis hebben. Ook komen we deze termen (nog) niet tegen in de literatuur over open house. Voor de duidelijkheid verwijzen wij in dit onderzoek - waar dit relevant is - expliciet naar de aanwezigheid of afwezigheid van voortdurende openstelling van het open house.

In relatie tot de effecten van open house, waarop we in hoofdstuk 3 nader ingaan, is het van belang dat open house zich van aanbestedingsplichtige overheidsopdrachten onderscheidt in de mate van contractuele flexibiliteit gedurende de looptijd. Zo is op een aanbestede opdracht - in tegenstelling tot bij een open house - de wezenlijke wijzigingsdoctrine van toepassing: eenmaal gegund mag een opdracht nog maar beperkt worden gewijzigd. Er geldt bijvoorbeeld de grens van maximaal 10% aanpassing van de opdrachtwaarde (voor alle wijzigingen samen). Bij een overheidsopdracht moet daarom vooraf meer duidelijkheid gegeven worden over eventuele ontwikkelingen of opties als flexibiliteit gewenst is. Ook zijn voor meer flexibiliteit van een overheidsopdracht functionele of uitkomstgerichte eisen in plaats van technische of specifieke eisen gewenst.

2.2 Een praktisch perspectief op open house

Al lang voordat het HvJ EU in de twee arresten opheldering gaf over de scheidslijn tussen een open house en een overheidsopdracht en hiermee de aanduiding open house introduceerde, werden vergelijkbare open contractsystemen ruimschoots toegepast door gemeenten in het sociaal domein. Logischerwijs gebeurde dit lang niet altijd onder de aanduiding 'open house', deze term was tot 2016 in Nederland onbekend. Dit was met name in de eerste jaren na 2016 ook nog het geval. In 2018 bleek bijvoorbeeld dat 92% van de Wmo-ondersteuning op papier middels een overheidsopdracht was aanbesteed.¹² In werkelijkheid was het grootste deel van deze aanbestedingen conform de eigenschappen van een open house ingericht, dus zonder rangschikking van aanbieders op basis van offertes en zonder een maximum aantal te contracteren aanbieders.

Uit recenter monitoronderzoek blijkt dat gemeenten anno 2023 nog steeds vaak op papier een overheidsopdracht aanbesteden, terwijl de inrichting daarvan grote gelijkenis heeft met een open house: geen selectie van aanbieders op basis van een rangschikking van de inschrijvingen en het ontbreken van een maximum aantal te contracteren aanbieders: iedere aanbieder die aan de voorwaarden voldoet wordt gecontracteerd. Van alle contracten in de Monitor gemeentelijke zorginkoop 2023 die als overheidsopdracht zijn aanbesteed is slechts 40% echt selectief.¹³ De overige 60% van de contracten is op papier een overheidsopdracht, maar heeft de eigenschappen van een open house. Met *selectief* bedoelen we dat er sprake is van concurrentie om gecontracteerd te worden: de gemeente rangschikt inschrijvingen en contracteert een maximum aantal aanbieders. Of een aanbieder een contract 'wint' hangt dus af van zijn inschrijving (prijs en kwaliteit) in verhouding tot andere inschrijvingen. Met niet-selectieve inkoop bedoelen we hier

¹⁰ PIANOo. [Open House als inkoopmethodiek](#).

¹¹ Of een familielid.

¹² PPRC, 2018. [Monitor gemeentelijke zorginkoop 2018](#).

¹³ PPRC, 2023. Monitor gemeentelijke zorginkoop 2023.

dat elke inschrijving getoetst wordt aan een objectieve set eisen en voorwaarden, maar *niet* vergeleken wordt met andere inschrijvingen. Overigens kan deze objectieve set eisen en voorwaarden wel degelijk een hoge drempel opwerpen, waarop ook aanbieders afvallen. Deze definities van 'selectieve inkoop' versus 'niet-selectieve inkoop' komen precies overeen met de werkwijze van de onderzoekers in de Monitor gemeentelijke zorginkoop.

Als een aanbestedende dienst opschrijft dat er sprake is van een aanbesteding van een overheidsopdracht, dan is dit in juridisch opzicht leidend. De aanbestedende dienst verklaart in feite meer regels van toepassing dan strikt noodzakelijk. Dit wordt overigens als een onwenselijke situatie beschouwd door juridische onderzoekers, het kan leiden tot spanning tussen het gelijkheidsbeginsel en transparantiebeginsel enerzijds, en het proportionaliteitsbeginsel anderzijds.¹⁴

Voor onderzoek naar de effecten van open house is de juridische werkelijkheid echter niet het enige relevante kader. Veel van de veronderstelde effecten hangen niet af van de juridische, maar juist van de praktische vormgeving van de inkoop: eigenschappen zoals het aantal gecontracteerde aanbieders (doordat geen selectieve gunning is toegepast), de (door het maximaal aantal gecontracteerde aanbieders) ruime keuze voor cliënten en de bekostigingsstructuur. Veronderstelde effecten van open house zijn dus vooral veronderstelde effecten van niet-selectieve inkoop. Voor een zuiver onderzoek naar de effecten van niet-selectieve inkoop is dus niet de juridische status van een contract, maar de feitelijke eigenschappen en effecten daarvan relevant.

De interpretatie van open house in het literatuuronderzoek hangt voor elke bron af van de keuze van de onderzoekers in de betreffende onderzoeken. Wij zien dat het empirisch onderzoek waarnaar wij in het volgende hoofdstuk verwijzen hoofdzakelijk het *praktische* perspectief op open house als uitgangspunt neemt. Veel onderzoeken plaatsen 'niet-selectief' aanbestede overheidsopdrachten in dezelfde categorie als open house. Daar waar het zuiver juridische perspectief is gehanteerd geven wij dit aan bij de betreffende bronvermelding.

Bij aanvullend kwantitatief onderzoek gaan wij zelf ook uit van de praktische werkelijkheid. In de Monitor Gemeentelijke Zorginkoop (hierna: de Monitor) is sinds de eerste editie in 2018 dit praktische onderscheid door de onderzoekers al aangebracht. De Monitor onderscheidt naast het 'juridische' instrument ook de 'praktische' informatie over de daadwerkelijke mate van selectiviteit (wel of niet selectief). De onderzoekers beoordelen voor elke inkoopprocedure of er sprake is van rangschikking, onderlinge concurrentie om de contracten en een beperkt aantal te gunnen contracten ('selectief') of toetsing van inschrijvingen of aanmeldingen aan een objectieve set eisen en voorwaarden ('niet-selectief'). De Monitor maakt hiermee inzichtelijk hoeveel contracten werkelijk selectief zijn ingekocht, wat het mogelijk maakt om hier in empirisch onderzoek gebruik van te maken. Recente empirische onderzoeken maken van deze informatie ook gebruik.¹⁵ Overigens onderscheidt De Monitor binnen de groep selectieve inkoop ook nog specifiek de gemeenten die een beperkt aantal hoofdaanemers contracteren.

Kort samengevat betekent dit dat wij niet-selectieve overheidsopdrachten (overheidsopdrachten vormgegeven als open house) bij dit onderzoek als een open house zullen beschouwen. Overigens kan het relevante juridische kader wel van belang zijn voor de eventuele negatieve effecten van de inkoopssystematiek, en hier houden wij in dit onderzoek rekening mee.

¹⁴ Bouwman, 2022.

¹⁵ Zoals Stichting Instituut Publieke Sector Efficiëntie Studies, 2023. Jongleren in de jeugdzorg.

3 Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek beoogt het systematisch in kaart brengen wat er bekend is over open house. Op basis van een literatuuronderzoek brengen we eerst de beelden en veronderstellingen over open house in kaart. Hierna volgt een kritische toets welke beelden en veronderstellingen daadwerkelijk door betrouwbaar onderzoek worden gesteund - of juist ontkracht.

Voor dit literatuuronderzoek zijn we als volgt te werk gegaan. We hebben een lijst samengesteld van bronnen die waren genoemd in de vraagspecificatie van VWS, aangevuld met bronnen die bij de onderzoekers reeds bekend waren en die relevant zijn voor een of meerdere deelonderwerpen. Vervolgens hebben wij bij het bestuderen van deze bronnen gekeken naar verwijzingen die de verschillende studies maken naar andere bronnen en hebben deze bronnen verder bestudeerd op relevantie. Ook hebben wij de begeleidingscommissie gevraagd om potentieel relevante studies en overige literatuur aan te vullen aan de bestaande lijst. Wij hebben de analyse vooral gefocust op gemeentelijke inkoop, op jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning in Nederland. We kijken echter soms ook juist in (deels) andere context, bijvoorbeeld naar onderzoeken in andere landen of naar andere gebieden in de zorg en/of breder in het publieke domein. In de uitwerking beschrijven we daarom ook kort de context van elke studie die we aanhalen.

Dit literatuuronderzoek beoogt om een zo objectief mogelijk beeld te schetsen ten aanzien van de eigenschappen en effecten van open house inkoop. In tal van bronnen hebben we gezocht naar de - vooronderstelde of bewezen - effecten van open house, en deze zijn hier per thema uitgewerkt. Hierbij onderscheiden we telkens (1) wat de vooronderstelling, (2) de aanname of hypothese en (3) het eventuele bewijs voor (of tegen) en (4) wat de conclusie is. De veronderstellingen zijn opgedeeld in drie delen: veronderstellingen ten aanzien van relaties met zorgaanbieders, veronderstellingen ten aanzien van kosten, en veronderstellingen ten aanzien van kwaliteit.

In de diverse onderdelen van het literatuuronderzoek zetten wij open house¹⁶ tegenover aanbesteden (selectieve inkoop) en daarbinnen waar relevant ook expliciet het contracteren van hoofdaannemers. Dit doen we omdat (1) deze vormen in veel opzichten uitersten zijn op een spectrum van inkoopbenaderingen – en de verschillen hier het meest nadrukkelijk tot uitdrukking komen, en (2) dit aansluit bij de gevonden literatuur. Ook omvatten deze twee benaderingen veruit de meeste uitbestedingsrelaties. Gemeenten kunnen maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg ook uitbesteden middels subsidies. Zoals uit hoofdstuk 2 blijkt dat bepaalde overheidsopdrachten vanuit een praktisch oogpunt niet of nauwelijks verschillen van een open house, geldt ook dat een deel van de subsidies ten aanzien van relevante eigenschappen (procedure, financieringsvorm) niet of weinig verschillen van overheidsopdrachten. Uit dit hoofdstuk zal blijken dat vaak niet het instrument an sich (open house, overheidsopdracht of subsidie), maar de inrichtingskeuzes van procedure en contract binnen die instrumenten bepalend zijn voor veronderstelde en bewezen effecten.

De onderzoeksvragen die wij met dit literatuuronderzoek trachten te beantwoorden omvatten veel meer deelaspecten van inkoop, kosten en kwaliteit van zorg dan waar de literatuur een antwoord op geeft. Zo zijn er bijvoorbeeld kwantitatieve studies uitgevoerd voor Wmo óf Jeugdwet, maar ontbreekt het aan vergelijkend onderzoek tussen deze twee wetten. Ook beschouwen onderzoeken vaak een beperkt aantal deelaspecten, en blijft een ander deel van de relevante aspecten buiten beschouwing. Om het literatuuronderzoek leesbaar te houden, kiezen we ervoor om vooral de onderzoeksvragen te beschouwen waar in de literatuur wel relevante informatie over bekend is.

¹⁶ Als studies niet over 'open house' spreken maar wel gaan over 'niet selectieve inkoop' en daarmee belangrijke eigenschappen van 'open house' hebben, nemen we deze studies ook mee en benoemen we dit expliciet. In hoofdstuk 2 gaan we verder in op verschillende inkoopmethodieken.

3.1 Relaties met zorgaanbieders

3.1.1 Veronderstellingen ten aanzien van de relatie tussen gemeente en zorgaanbieders en hypotheses

Een veronderstelling is dat open house inkoop het niet mogelijk maakt voor gemeenten om hechte partnerschapsrelaties aan te gaan met zorgaanbieders. De redenering is dat er in partnerschapsrelaties veel tijd geïnvesteerd moet worden, en dat dit simpelweg niet kan of lastiger is als er veel aanbieders zijn gecontracteerd.

Nu is een relatie die kwalificeert als partnerschap tussen opdrachtgevers en opdrachtnemers geen doel op zich. De veronderstelde effecten van goede relaties tussen gemeenten en hun zorgaanbieders relateren aan de (ontwikkeling van de) kwaliteit, beschikbaarheid, toegankelijkheid en kosten van de zorg. We formuleren de volgende hypotheses:

- (1) In een hechte samenwerkingsrelatie realiseren gemeente en zorgaanbieders beter de wenselijke inhoudelijke verbeteringen van de zorg.
- (2) Goede relaties tussen gemeenten met zorgaanbieders leiden ertoe dat de zorgaanbieders zich meer in lijn met de belangen van de gemeente gaan gedragen, zowel financieel als inhoudelijk. Met andere woorden, goede relaties met zorgaanbieders leiden tot efficiëntere, doelmatigere en kwalitatief betere ondersteuning met betere beschikbaarheid en toegankelijkheid.

3.1.2 Bewijzen en tegenbewijzen

Er is veel wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd naar inkooprelaties tussen inkoper en opdrachtnemer. Een frequent kritiekpunt op overheidsinkoop in het algemeen is dat het proces van om de paar jaren aanbesteden het opbouwen van langdurige relaties met leveranciers in de weg staat¹⁷. Hoewel overheidscontracten gemiddeld relatief korte looptijden hebben (dit geldt vooral voor bouwopdrachten en energiecontracten), gaan aanbestedende diensten mede daarom steeds vaker contracten aan voor een langere termijn voor diensten-inkoop.¹⁸ Er zijn in beginsel ook geen juridische beperkingen voor de duur van een overheidscontract. Dit geldt ook voor raamovereenkomsten mits dit goed is gemotiveerd. Bij alle opdrachten dient wel telkens voor ogen gehouden te worden dat op grond van het Europees Verdrag de markt voor het vrije verkeer van goederen en diensten niet mag worden geblokkeerd door een te lange looptijd.¹⁹

In de algemene inkoopliteratuur wordt onderscheid gemaakt tussen de veelheid van gecontracteerde leveranciers. Niet elke leverancier is gelijk, verschillende leveranciers bieden verschillende voordelen en een gemeente kan maar een zeer beperkt aantal partnerschappen managen.²⁰ Hoewel dit niet hoeft te betekenen dat selectief moet worden ingekocht, wordt wel de aannahme gedaan dat als gemeenten slechts een beperkt aantal aanbieders contracteren, het partnerschap tussen gemeenten en aanbieders sterker kan worden. Zo geeft KMPG in hun rapport 'Inzicht in besteding jeugdhulpmiddelen' aan dat gemeenten minder grip ervaren door een toenemend aantal aanbieders, en adviseert daarom om het aantal aanbieders te beperken om partnerschap te versterken. Echter, hoewel de *selectie* van een

¹⁷ Steane, P. D., & Walker, D. H. T., (2000). Competitive tendering and contracting public sector services in Australia – a facilities management issue. *Facilities*, 18(5/6), 245-255.

¹⁸ Schotanus, F. & TenderNed (2023). Looptijd van overheidscontracten lijkt kort. *Publieke-Inkoop-Monitor (PIM)*.

¹⁹ PIANOo (g.d.), Minimum of maximum looptijd.

²⁰ Zie bijvoorbeeld Gadde, L.E. & Snehota, I. (2000). Making the Most of Supplier Relationships, *Industrial Marketing Management*, Volume 29, Issue 4.

partner erg belangrijk is²¹, leidt alleen *selectief contracteren* uiteraard niet automatisch tot meer partnerschap.²² Er is meer nodig voor een succesvol partnerschap, zoals goede communicatie, duidelijke doelen en rollen, etc.²³

Er is in literatuur over *diensten*-inkoop, in het bijzonder in dienstentriades waarbij de inkoper, de leverancier en de eindgebruiker van diensten drie afzonderlijke partijen zijn, veelvuldig geschreven over het nut van het opbouwen van vertrouwen tussen de inkoopende en de belangrijkste leverende partijen.²⁴ Bij de inkoop van diensten (schoonmaak, beveiliging, zorg) is het vaststellen van geleverde kwaliteit doorgaans moeilijker dan bij de inkoop van tastbare producten. Dat zorgt voor principaal-agent risico's die volgen uit informatie-asymmetrie (de leverancier heeft meer informatie over de transacties en zijn gedrag dan de inkoper) en doel-incongruentie (de leverancier streeft deels andere doelen na dan de inkoper) bij de inkoop van diensten groter. Als de ontvanger van de dienst (de klant) een andere partij is dan de inkoper, zoals bij zorg het geval is, worden deze risico's nog eens uitvergroot. De risico's worden daarentegen verkleind als de doelen van de aanbieder en de gemeenten meer overeenkomen. Er is veel onderzoek dat aantoont dat een hogere mate van onderling vertrouwen tussen leverancier en opdrachtgever (hier: zorgaanbieder en gemeente) ook deze risico's beperkt²⁵. Het ligt voor de hand dat deze waarnemingen ook van toepassing zijn op het gemeentelijk sociaal domein. Echter, empirisch onderzoek naar (1) de mate van partnerschap en vertrouwen in verschillende inkoopmodellen, en (2) de expliciete effecten van partnerschap en vertrouwen op kosten en kwaliteit ontbreekt in de specifieke context van sociale ondersteuning.

Het tweede deel van de veronderstelling is dat het opbouwen van een partnerschapsrelatie tussen gemeenten en de gecontracteerde zorgaanbieders in het open house niet, of minder goed, mogelijk is vergeleken met selectieve vormen van inkoop. Uit de literatuur over inkooprelaties komt naar voren dat aspecten als het voeren van dialoog, samen contractvoorwaarden uitwerken (met oog voor de belangen van alle betrokken partijen), het impliciet of expliciet afsluiten van een 'sociaal contract' met onderlinge gedragsafspraken allemaal een positieve uitwerking op onderling vertrouwen en partnerschap hebben²⁶. Aan de ene kant zou gesteld kunnen worden dat een formele aanbestedingsprocedure waarbij de aanbestedende dienst een schriftelijke offerte-uitvraag publiceert, inschrijvers een formele offerte moeten indienen, en dit proces volgens regels en zonder rechtstreekse communicatie plaatsvindt, tot minder vertrouwen en partnerschap kan leiden. Aan de andere kant kan een aanbesteding juist helpen om een schifting te maken: alleen de meest geïnteresseerde partijen nemen deel aan de aanbesteding. Ook is er ruimte om dialooggericht die partij(en) te selecteren die het meeste potentieel hebben om goed mee te kunnen samenwerken. Aanbestedende diensten zoals Rijkswaterstaat, ProRail, provincies en netbeheerders maken hier al geregeld van gebruik²⁷, en ook in het gemeentelijk sociaal domein hanteren gemeenten selectieve dialooggerichte aanbestedingsprocedures. Varianten 3 en 4 van de SAS-zonder-EMVI aanbestedingsprocedure, waarin gemeenten

²¹ Elmuti, D., & Kathawala, Y. (2001). An overview of strategic alliances. *Management decision*, 39(3), 205-218.

²² AEF, 2021. Stelsel in Groei.

²³ Elmuti, D., & Kathawala, Y. (2001). An overview of strategic alliances. *Management decision*, 39(3), 205-218.

²⁴ Zie bijvoorbeeld het literatuuroverzicht in Uenk, N., & Telgen, J., (2019). Managing challenges in social care service triads - Exploring public procurement practices of Dutch municipalities. *Journal of Purchasing & Supply Management*, 25(1), 5-17.

²⁵ Zie bijvoorbeeld Hartmann, E., & Herb, S., 2014. Opportunism risk in service triads - a social capital perspective. *Int. J. Phys. Distribution Logis. Management* 44 (3) 242 - 256. En Hartmann, E., Herb, S., 2015, Interconnectedness of actor bonds in service triads - a social capital perspective. *Ind. Mark. Management* 44, 154 - 165.

²⁶ Zie Uenk, 2019. Commissioning of Social Care Services - Municipal Commissioning approaches for social care services - evidence from a countrywide live experiment. Uenk, N. & Telgen, J. (2019). Managing challenges in social care service triads - Exploring public procurement practices of Dutch municipalities. *Journal of Purchasing & Supply Management*, 25(1), 5-17.

Een sociaal contract is een set afspraken over de omgang tussen betrokken partijen: hoe gaan we met elkaar om? Dit omvat impliciete gedragsregels maar het sociale contract kan ook concreet en expliciet uitgewerkt worden. Dit sociale contract staat naast het formele contract voor de uitvoering van de opdracht.

²⁷ Zie bijvoorbeeld Rijkswaterstaat (2017), Evaluatieverslag aanbesteding Project DOEN.

middels een dialoog met zorgaanbieders contractvoorwaarden afstemmen, werden voor 2023 door 20% van de gemeenten toegepast.²⁸ Hoewel een dialoog en onderhandelingen bij het contracteren van hoofdaannemers voor maatschappelijke ondersteuning dus heel goed mogelijk (en passend) is, zijn hier ook voorbeelden waarbij inkoopregio's juist de formele bureaucratische route bewandelen die niet gericht is op samenwerking, wat de goede relatie tussen de opdrachtgevende gemeente(s) en de zorgaanbieders juist onder druk kan zetten.

Voor inkoop van Wmo-ondersteuning en jeugdhulp blijkt dat veel gemeenten met open house inkoop dialooggerichte inkoopprocedures hanteren en ook na het afsluiten van contracten via overlegtafels regelmatig met zorgaanbieders samen (plenair) in dialoog zijn.²⁹ En in een onderzoek in de jeugdzorg herkennen gemeenten en aanbieders niet dat het beperken van het aantal gecontracteerde aanbieders (automatisch) leidt tot partnerschap tussen opdrachtgevers en opdrachtnemers³⁰.

3.1.3 *Samenvatting literatuuronderzoek ten aanzien van partnerschapsrelaties met aanbieders*

Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat partnerschapsrelaties en een hogere mate van wederzijds vertrouwen tussen leveranciers en inkoopende partijen in het algemeen de risico's op ongewenst gedrag van leveranciers verkleint. Er is geen empirisch onderzoek bekend naar deze relaties in de specifieke context van gemeentelijke zorginkoop. Wij zien echter geen reden waarom de gemeentelijke inkoop in het sociaal domein op dit vlak zou afwijken. Voor de zorg verwachten wij juist dat partnerschapsrelaties extra van belang zijn, vanwege de doelen die meer overeenkomen vergeleken met veel andere overheidsopdrachten, maar ook omdat gemeente en belangrijkste zorgaanbieders in een regio vaak tot 'elkaar veroordeeld' zijn en het onmogelijk is voor gemeenten om exact voor te schrijven wat de te leveren kwaliteit is. Samenwerking is dan meer van belang.

Voor de veronderstelling dat het opbouwen en onderhouden van 'partnerschapsrelaties' slechts mogelijk is met enkele zorgaanbieders en daarom minder goed mogelijk is bij open house is geen bewijs gevonden. De dialooggerichte inkoopbenadering van veel 'open house' gemeenten sluit juist goed aan bij onderzoek naar zogenaamd *relationeel contracteren*. Bij relationeel contracteren richten de contractpartijen zich op hechte samenwerking, opbouwen van wederzijds vertrouwen, erkennen de partijen elkaars belangen en gaan zij uit van een 'win-win' scenario. Hoewel er niet één vaste aanpak bestaat, is een gemene deler in de inkoopbenadering dat opdrachtgever en opdrachtnemer in dialoog de contractvoorwaarden uitwerken.³¹ Omgekeerd blijkt het contracteren van hoofdaannemers in de praktijk niet (automatisch) tot partnerschap te leiden. Ook dan helpt het om dialooggericht te contracteren en om tijdens het contract meer aandacht te geven aan communicatie, doelen afstemmen, etc. Er is geen bewijs voor de veronderstelling dat partnerschap in een open house niet mogelijk is en gefaciliteerd wordt louter door selectieve inkoop. De mate waarin gemeenten en aanbieders vertrouwen opbouwen en een 'partnerschapsrelatie' hebben relateert niet zozeer aan de inkoopmethodiek (open house of aanbesteden) 'an sich' maar meer in de keuzes en uitwerkingen ervan die gemeenten hanteren.

Ten aanzien van het opbouwen van partnerschapsrelaties tussen gemeenten en zorgaanbieders omvatten de gebruikte bronnen een grote variatie aan studies in een veel bredere context dan het gemeentelijk sociaal domein. Een onderscheid tussen Wmo-ondersteuning en jeugdzorg ligt ten aanzien van dit thema niet voor de hand. Wellicht zou het onderscheiden van specifieke ondersteuningsvormen relevant kunnen zijn. Bijvoorbeeld: is een hechte relatie tussen gemeenten en zorgaanbieders belangrijker bij huishoudelijke ondersteuning redelijk eenvoudige diensten met een hoog

²⁸ PPRC, 2023. Is de SAS-procedure zonder EMVI dé oplossing? Statistieken op basis van de Monitor gemeentelijke zorginkoop 2023.

²⁹ Monitor Gemeentelijke zorginkoop edities 2018 tot 2023.

³⁰ AEF, 2021. Stelsel in groei.

³¹ Rowlingson & Cheung, 2004. Relational contracting, culture and globalization. International Symposium of CIB W107/TG23 (pp. 17-19).

volume - of juist bij complexe weinig voorkomende ondersteuning? Het ontbreekt aan specifieke literatuur die op een dergelijk onderscheid in gaat.

3.2 Kosten

Er leven veel beelden over de effecten van open house inkoop op de kosten van de Wmo en jeugdzorg voor gemeenten. De tendens van de veronderstellingen is dat open house bijdraagt aan kostenoverschrijdingen en dus een kostenopdrijvend effect heeft. Deze tendens is overigens niet verrassend: tot enkele jaren terug werd 90% van alle gemeentelijke zorg ingekocht met niet-selectieve inkoop, én waren er bij veel gemeenten grote budgetoverschrijdingen. De kostenoverschrijdingen worden dan al snel (al dan niet voor een deel) aan de inkoopssystematiek toegedicht.

Om de veronderstellingen verder te verkennen en toetsen maken we onderscheid in de administratieve kosten en gemeentelijke beheerskosten enerzijds, en de kosten van de ingekochte voorzieningen anderzijds. Deze laatste kosten hangen samen met de inzet van zorg: aantallen cliënten, behandelduur en omvang van indicaties. De veronderstellingen rondom fraude en winstmarges relateren ook aan kosten, maar behandelen we apart.

3.2.1 *Veronderstellingen ten aanzien van administratieve kosten bij gemeenten en aanbieders en hypotheses*

Er komen diverse veronderstellingen rondom administratieve kosten en open house voor. De veronderstelling ten aanzien van de inkoopprocedure (of toetredingsprocedure) bij een open house is dat deze minder complex en tijdrovend is, zowel voor de gemeente als voor de zorgaanbieders. De gemeente toetst enkel of gegadigden aan de kwaliteitscriteria en geschiktheidseisen voldoen. Er vindt geen rangschikking plaats op basis van gunningscriteria. Dit betekent dat de gemeente dus ook geen gunningssystematiek (gunningscriteria en scoremethodiek) hoeft op te stellen. Inschrijvers hoeven geen offertes te schrijven, gemeenten hoeven geen offertes te lezen. Daarmee is de veronderstelling dat de toetredingsprocedure van een open house inkoop administratief lichter is - en minder kosten met zich meebrengt - dan bij een aanbesteding.

Dit ligt anders in de uitvoering van het contract: daar is de veronderstelling dat het grote aantal gecontracteerde zorgaanbieders leidt tot hogere administratieve lasten omdat de gemeente veel meer zorgaanbieders moet monitoren en veel meer contracten moet beheren en managen. De veronderstelling is vrij simpel: meer gecontracteerde zorgaanbieders betekent meer inspanningen voor contractmanagement en monitoring vanuit de gemeente.

Op basis van bovenstaande formuleren wij de volgende hypotheses:

- (3) *Open house zorgt voor lagere administratieve lasten bij gemeenten en aanbieders door een administratief lichte inkoopprocedure vergeleken met een (Europese) aanbesteding, tijdens de aanbesteding.*
- (4) *Het grote aantal gecontracteerde zorgaanbieders leidt tot hogere beheerskosten bij gemeenten in de uitvoering voor monitoring en contractmanagement.*

3.2.2 *Bewijzen en tegenbewijzen*

Er is geen specifiek onderzoek bekend naar de uitvoeringskosten van open house aan de kant van gemeenten. Het is plausibel dat monitoring en contractmanagement tijdsintensiever worden naarmate de gemeente met (veel) meer aanbieders een individueel contract heeft. Dit verhoogt de administratieve lasten aan de kant van de gemeenten. Hierbij plaatsen wij wel een kanttekening: bekend is dat een klein deel van de gecontracteerde zorgaanbieders het grootste deel van de cliënten verzorgt. Uit een onderzoek bij dertig gemeenten blijkt dat bijna 75% van het jeugdhulpbudget naar de tien grootste zorgaanbieders gaat.³² Als gemeenten inspanningen rondom contractmanagement en monitoring vooral richten op de grootste zorgaanbieders en inspanningen voor de kleinere zorgaanbieders beperken, dan is de vraag hoe groot het verschil in inspanningen dan nog is met selectieve inkoop. Aan de andere kant is het de vraag of de kleinere

³² Follow the Money, 2021. Geldstromen in jeugdzorg voor het eerst inzichtelijk na groot data-onderzoek door Follow the Money.

zorgaanbieders juist niet extra tijd kosten, bijvoorbeeld omdat er een grotere kans is dat er onderpresteerders tussen zitten of aanbieders die misbruik maken van de situatie dat elke aanbieder die aan bepaalde voorwaarden voldoet een contract kan krijgen.

Echter, door slechts de administratieve lasten aan de kant van de gemeente te beschouwen blijft een deel van de administratieve lasten buiten beeld: de lasten bij zorgaanbieders. Bij selectief inkopen is het aantal aanbieders dat een direct contract heeft met gemeente beperkter. In de praktijk betekent dit dat rechtstreeks gecontracteerde zorgaanbieders onderaannemers contracteren om voldoende capaciteit - en soms specialisme - te hebben voor de vraag. Zo verdwijnen er geen administratieve lasten, maar zij verschuiven van de gemeente naar de zorgaanbieders.³³ De lasten kunnen zelfs stijgen, bijvoorbeeld omdat een hoofdaannemer zwaardere eisen oplegt aan onderaannemers dan vereist door de gemeente.³⁴ De mate waarin administratieve lasten verschuiven naar zorgaanbieders door hoofd- en onderaannemers hangt af van de mate van selectiviteit van de gemeentelijke inkoop. Het meest extreme geval betreft gemeenten die een consortium of enkele hoofdaannemers contracteren. Dan contracteren hoofdaannemers veel zorgaanbieders als onderaannemer. Uit onderzoek van de Jeugdautoriteit blijkt dat er bij deze manier van inkopen sprake is van een groot aantal onderaannemers in de regio, van ongeveer 50 tot ver over de 100.³⁵ In dit onderzoek is ook gevraagd aan verschillende aanbieders welke marges (afdrachtspercentage) hoofdaannemers rekenen aan onderaannemers. Dit is gemiddeld een marge van 6,6%, wat naar schatting sectorbreed bijdraagt aan transactiekosten van ongeveer 16,6 miljoen per jaar wanneer hoofd- en onderaannemerschap 7% van de totale marktomvang bedraagt.³⁶ Deze totale transactiekosten bij aanbieders zullen stijgen naarmate gemeenten vaker selectief inkopen, en er dus meer gebruik gemaakt wordt van hoofd- en onderaannemers.

Aan de andere kant kan op basis van *resource based view* theorie ook gesteld worden dat hoofdaannemers - als zorgexperts - beter, flexibeler en effectiever dan de gemeente het zorgaanbod kunnen managen. Dit geldt zeker voor kleinere gemeenten die minder capaciteit en zorgkennis in huis hebben. Verder is een afdrachtspercentage niet een probleem als dit (mede) wordt gebruikt voor investeringen en innovaties in de zorg. Tot slot kan een hoofdaannemer mogelijk beter dan een gemeente zorgen voor een betere verdeling van zorggelden, waarbij wordt voorkomen dat bepaalde zorgaanbieders het systeem misbruiken of alleen 'de krenten uit de pap' halen.³⁷

Uit dit alles kunnen diverse conclusies getrokken worden. Er is geen concreet en specifiek onderzoek naar de administratieve lasten van een open house toetredingsprocedure in vergelijking met aanbesteden. Omdat bij open house een kwantitatieve gunningsmethodiek ontbreekt en het schrijven van een plan van aanpak niet nodig is, ligt voor de hand dat de open house *procedure* doorgaans lichter is dan een selectieve aanbesteding, en dus tot lagere administratieve lasten leidt bij gemeenten en zorgaanbieders tijdens de inkoopfase, maar tot hogere lasten tijdens de uitvoering. Uit diverse onderzoeken blijkt dat hoofd- en onderaannemerschap tot extra transactiekosten leidt, en dat dergelijke constructies in aantal toeneemt naarmate inkoop selectiever wordt vormgegeven. Daarmee stijgen dus de administratieve lasten bij zorgaanbieders in verband met hoofd- en onderaannemersconstructies naarmate de inkoop selectiever is, terwijl bij open house de gemeente meer administratieve lasten draagt. Betrouwbaar onderzoek naar de netto administratieve lasten van aanbieders én gemeenten ontbreekt echter. Ook ontbreekt betrouwbaar onderzoek over wat de lasten opleveren aan baten voor de cliënt, gemeente en zorgaanbieder, zoals meer innovaties, een eerlijkere verdeling van zorggelden en minder misbruik (zie verder paragraaf 3.2.6). Wel ligt voor de hand dat de totale administratieve lasten samenhangen met het aantal aanbieders dat de gemeente rechtstreeks contracteert en het aantal onderaannemers. Daarnaast hangen deze lasten ook af van de wijze waarop gemeenten en zorgaanbieders allerlei processen rondom contractering en monitoring concreet inrichten.

³³ AEF, 2021. [Stelsel in Groei](#).

³⁴ JB Lorenz, 2018. [En de rekening komt later](#).

³⁵ Jeugdautoriteit, 2023. [Hoofd- en onderaannemerschap in de jeugdhulpsector](#).

³⁶ Jeugdautoriteit, 2023. [Hoofd- en onderaannemerschap in de jeugdhulpsector](#).

³⁷ Jeugdautoriteit, 2023. De stand van de jeugdzorg.

3.2.3 Veronderstellingen ten aanzien van de kosten van de zorg

Er leven diverse veronderstellingen rondom het effect van open house op de kosten van de uitvoering van zorg. Hieronder verstaan we de hoeveelheid geleverde zorg (zorgvolume) en de prijs van de geleverde zorg. Hierover leven in betrekking tot open house de volgende veronderstellingen:

- (5) *Bij open house zijn er veel aanbieders gecontracteerd, waar veel kleine aanbieders ook zorg (willen) verlenen aan één of meerdere cliënten. Des te meer aanbieders gecontracteerd zijn door de gemeente, des te meer jeugdigen gebruik maken van jeugdhulp waardoor de kosten voor zorg stijgen door een groter totaal zorgvolume.*
- (6) *Er ontstaat een aanzuigend effect door te betalen per product bij open house, waardoor aanbieders meer en zwaardere zorg leveren en langer zorg blijven geven. Dit zorgt voor hogere kosten voor zorg per cliënt.*

De eerste veronderstelling relateert rechtstreeks aan het aantal gecontracteerde zorgaanbieders en dus aan de open house systematiek. De tweede veronderstelling gaat over de bekostigingssystematiek. Gemeenten passen 'betaling per product' net zo vaak toe binnen een (selectieve) overheidsopdracht als bij open house. Wel is relevant dat open house zich slecht laat verenigen met een taakgerichte financiering (zie paragraaf 4.1).

3.2.4 Bewijzen en tegenbewijzen

De theorie dat een zorgaanbieder meer vraag creëert is wetenschappelijk onderzocht in de context van de thuiszorg voor ouderen in Nederland. Dit effect heet 'supplier-induced demand': een zorgaanbieder creëert meer vraag naar zorg omdat deze daar zelf baat bij heeft. Dat dit effect zich (met name in de zorg) voor kan doen is in meerdere studies aangetoond. Zo onderzochten Van Noort, Schotanus, Van de Klundert en Telgen welke vraag en aanbod variabelen invloed hebben op het totale gebruik van thuiszorg bij ouderen in Nederland.³⁸ Van Noort et al constateren dat er sprake is van 'competition induced demand': een vorm van supplier-induced demand wanneer er veel aanbieders zijn en er daardoor een hogere mate van concurrentie tussen zorgaanbieders is. Het geconstateerde effect komt tot uitdrukking in méér cliënten per zorgaanbieder, niet in een hogere zorginzet per cliënt.

In 2021 heeft het Centraal Planbureau (CPB) de notitie De gemeentelijke inkoop van jeugdzorg gepubliceerd, waarin statistische analyses zijn uitgevoerd rondom het toepassen van lichte en strenge selectie op het gebruik van zorg.³⁹ Hierbij correspondeert 'lichte selectie' met open house en 'strenge selectie' met de selectieve aanbestedingen. Zoals verwacht zijn er grote verschillen in het aantal gecontracteerde zorgaanbieders tussen lichte en strenge selectie: 23,9 aanbieders per 1000 kinderen bij ambulante jeugdhulp (lichte selectie), en slechts 2,9 aanbieders per 1000 kinderen bij strenge selectie. Hierin zijn echter betrokken onderaannemers niet meegeteld. Anders dan Van Noort et al. kan het CPB geen effect aantonen van het licht of streng selectief inkopen op het zorgvolume. Ook de analyse voor jeugdhulp met verblijf toont dezelfde uitkomst: bij lichte selectie maken er niet meer kinderen gebruik van jeugdhulp dan bij strenge selectie. Een recent onderzoek van IPSE⁴⁰ sluit bij deze bevindingen aan. Deze studie toont aan dat de toepassing van Open house statistisch significant positief uitpakt voor de kostendoelmatigheid. Als open house tot een hogere zorgvraag zou leiden, dan zouden de kosten juist stijgen. Ook een recent onderzoek van IPSE - met soortgelijke limitaties als de CPB-studie - komt tot dezelfde resultaten als de CPB studie. Het toestaan bij een open house van tussentijdse toetreding tot contracten blijkt in deze studie wel nadelig voor de doelmatigheid. Mogelijk komt dit doordat er als gevolg hiervan meer aanbieders worden gecontracteerd. Dit is een interessante bevinding omdat het vergelijken

³⁸ Van Noort, O., Schotanus, F., Van de Klundert, J., & Telgen, J. (2018). Explaining regional variation in home care use by demand and supply variables. *Health Policy* 122, 140-146.

³⁹ Centraal Planbureau, 2021. [De gemeentelijke inkoop van jeugdzorg](#).

⁴⁰ Stichting Instituut Publieke Sector Efficiëntie Studies, 2023. [Jongleren in de jeugdzorg](#).

van open house met of zonder tussentijdse toetreding geen (of minder) problemen met zich meebrengt met betrekking tot het meten van het aantal onderaannemers.

Een derde relevante studie is van PPRC en de Universiteit Twente en was gericht op het in kaart brengen van de kostenontwikkeling van ingekochte jeugdhulp van 2018 tot 2020 in relatie tot het gehanteerde inkoopmodel.⁴¹ Uit deze masterscriptie van Hoogenraad blijkt dat het verschil in kostenstijging tussen open house en selectieve inkoop niet statistisch significant was. Dit betekent mogelijk dat gemeenten met open house een vergelijkbare kostenstijging doormaakten als gemeenten met selectieve inkoop van jeugdhulp. Ook is dit een indicatie dat de daadwerkelijke verschillen in de praktijk tussen open house en selectieve inkoop niet groot zijn. Mogelijk verschilt bijvoorbeeld het aantal aanbieders niet veel als selectief wordt ingekocht als gevolg van onderaannemerschap.

In het onderzoek van Hoogenraad werd ook gekeken naar gemeenten die recentelijk hun inkoopstelsel wijzigden: van open house naar selectieve inkoop of vice versa. Uit het onderzoek blijkt dat wanneer gemeenten voor veel zorgvormen veranderingen aanbrengen in inkoopstelsel (van open house naar selectieve inkoop of vice versa) dit tot significant hogere kostenontwikkeling leidt. Uit een verdere verdieping in dit onderzoek bleek er geen significant verschil in kostenstijging te zijn tussen gemeenten die hun inkoop wijzigen van open house naar selectieve inkoop en gemeenten die van selectief juist naar open house inkoop gingen.

Naast de effecten van het aantal aanbieders op kosten richt één veronderstelling zich op de uitvoeringsvariant (bekostigingsvorm), waarbij cliëntvolgende bekostiging in relatie zou staan met een kostenverhogend effect, in tegenstelling tot taakgerichte bekostiging. De hierboven genoemde kwantitatieve onderzoeken zijn niet specifiek op taakgerichte financiering gericht. Het onderzoek Stelsel in Groei heeft hier wel aandacht aan besteed in kwalitatief onderzoek.⁴² Bij taakgerichte bekostiging waarbij (een deel van) de jeugdhulp voor een gebied bij één organisatie is belegd is de veronderstelling dat aanbieders scherpere afwegingen maken ten aanzien van zorginzet. Echter, driekwart van de geïnterviewde aanbieders herkent deze veronderstelling niet in de praktijk. Daarnaast blijkt uit kwantitatief onderzoek dat omzetbegrenzing leidt tot minder groei van jeugdhulp met verblijf (66% met begrenzing en 85% zonder begrenzing)⁴³.

3.2.5 *Samenvatting literatuuronderzoek ten aanzien van de kosten van de zorg*

De veronderstellingen over open house ten aanzien van de kosten wijzen doorgaans in één richting: open house vergroot zorgkosten omdat meer zorgaanbieders meer cliënten zouden aantrekken. Het taakgericht financieren van hoofdaannemers (wat per definitie samengaat met selectieve vormen van inkoop) zou meer mogelijkheden bieden om de zorgconsumptie te beteugelen. Tot slot kan omzetbegrenzing tot minder groei leiden.

Dat meer zorgaanbieders contracteren tot significant meer zorgkosten kan leiden in andere sectoren blijkt uit diverse wetenschappelijke studies⁴⁴. Of dit ook het geval is specifiek voor de inkoop van jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning is echter nog niet duidelijk aangetoond. Verschillende kwantitatieve onderzoeken laten zelfs zien dat de zorgvraag niet significant samenhangt met het aantal gecontracteerde aanbieders en dat de kosten ook niet significant hoger zijn als er veel aanbieders zijn gecontracteerd. De studies die hiernaar zijn gedaan hebben diverse limitaties, bijvoorbeeld omdat er geen data over het aantal onderaannemers is meegenomen. Er is wel een indicatie dat open house met tussentijdse toetreding minder doelmatig is, wat mogelijk komt doordat er meer aanbieders worden gecontracteerd, maar ook hiervoor geldt dat data ontbreekt om hier een betrouwbare conclusie over te kunnen trekken.

⁴¹ Hoogenraad, W.D., Uenk, N., Knight, L.A., & Vos, F.G.S. (2022). [Impact of changes in purchasing practices in the municipal procurement of youth healthcare services in the Netherlands.](#)

⁴² AEF, 2021. [Stelsel in Groei.](#)

⁴³ Centraal Planbureau, 2021. [De gemeentelijke inkoop van jeugdzorg.](#)

⁴⁴ Hiermee bedoelen we studies die in academische journals zijn gepubliceerd.

Wel kunnen we op basis van de studies vaststellen dat de kostenverschillen waarschijnlijk beperkt zijn tussen de manier waarop open house en andere inkoopvormen ingericht zijn in Nederland.

3.2.6 *Veronderstellingen ten aanzien van zorgfraude, excessieve winstmarges en private equity-financiering*

Naast de veronderstellingen over kosten wordt open house ook vaak in verband gebracht met zorgaanbieders die hoge winstmarges behalen, private-equity financiering en met frauderende aanbieders. De redenering is dat het voor gemeenten bij open house veel lastiger is om voldoende zicht te houden op alle gecontracteerde zorgaanbieders en om voldoende tariefdifferentiatie te kunnen creëren. Ook zou open house meer mogelijkheden kunnen bieden voor *cherry-picking*. De kans neemt dan toe dat er zorgaanbieders gecontracteerd worden die primair op winst gericht zijn, en zorgaanbieders die frauderen. Primair op winst gerichte jeugdhulpaanbieders worden in dit kader ook in verband gebracht met private-equity financiering. De veronderstelling is dat privaat gefinancierde jeugdhulpaanbieders primair winst willen maken, waardoor geld wegvloeit uit de jeugdzorgsector. Open house inkoop zou dergelijke jeugdhulpaanbieders aantrekken.

- (7) *Des te meer aanbieders er gecontracteerd zijn, des te lastiger het is voor gemeenten om voldoende toezicht te houden op de gecontracteerde zorgaanbieders. Hierdoor neemt de kans toe dat er bij open house zorgaanbieders gecontracteerd worden die primair op winst gericht zijn, en zorgaanbieders die frauderen. Deze toegenomen kans op zorgfraude en excessieve winstmarges zorgt voor hogere kosten bij open house.*
- (8) *Doordat er meer aanbieders gecontracteerd zijn, neemt de kans op private-equity gefinancierde zorgaanbieders toe. Deze zorgaanbieders zijn primair op winst gericht en daardoor vloeit er geld weg uit de jeugdzorgsector.*

3.2.7 *Bewijzen en tegenbewijzen*

In de discussie over 'excessieve winstmarges' ontbreekt nogal eens de nuance, terwijl het een lastig onderwerp is. Elke onderneming heeft een bepaalde marge nodig om financieel gezond te blijven, te investeren en te innoveren en bedrijfsrisico's op te vangen. Dit is in het voordeel van alle betrokkenen (cliënt, gemeente, de zorgaanbieder als organisatie en hulpverleners als medewerkers). Er is geen absolute grens te bepalen waar een gezond rendement omslaat in een excessieve winstmarge. Daar komt bij dat zorgorganisaties soms tegen wil en dank een hoge marge realiseren. Gemeenten die met standaard producten en tarieven werken, moeten een reëel tarief vaststellen. Dit reële tarief ligt logischerwijs ergens tussen het kostenniveau van de meest efficiënt opererende zorgaanbieder en dat van de minst efficiënte aanbieder. Er zijn dan dus per definitie aanbieders die meer marge op de zorg realiseren dan noodzakelijk - en er zijn aanbieders die als gevolg van deze systematiek verlies maken. Zeker bij een beperkte tariefdifferentiatie kan het tarief substantieel hoger liggen dan sommige organisaties nodig hebben. Dit kan bovendien cherry-picking in de hand werken: zorgaanbieders die zich bewust richten op ondersteuningsvormen en cliënten met de hoogste marge. Het kan echter ook onbewust en ongewenst plaats vinden, omdat de gemeente nu eenmaal geen lager tarief voor een bepaalde voorziening betaalt. Tenslotte zijn er boekhoudkundig ook allerlei mogelijkheden voor organisaties om de winst in de jaarrekening kunstmatig laag te houden. De winst in de jaarrekening geeft dus lang niet altijd een goed beeld over de gerealiseerde marge.

Er is steeds meer aandacht voor (excessieve) winsten bij zorgaanbieders. In 2021 publiceerde Follow The Money (FTM) het artikel 'Inkoopformule open house is doping voor jeugdzorgaanbieders'. Zo zouden er door het toepassen van open house aanbieders binnenkomen die eigenlijk om de verkeerde redenen in de zorg zitten, bijvoorbeeld voor het geld.⁴⁵ Het artikel 'Schreeuwend tekort aan jeugdzorgplekken creëert cowboymarkt' van FTM uit 2022 gaat hier verder op in, en laat zien dat sommige gezinshuizen stevige marges behalen. Hierbij worden diverse voorbeelden gegeven: zo behaalde 29% van de onderzochte gezinshuizen in een vennootschap onder firma een winstmarge van boven de

⁴⁵ Follow the Money, 2021. [Inkoopformule 'open house' is doping voor jeugdzorgaanbieders](#).

144.000 euro.⁴⁶ De bijdragen van Follow the Money richten zich vaak op individuele - extreme - gevallen, die in veel detail onder de loep worden genomen. Het beantwoordt echter niet de vragen (1) in welke mate (excessief) hoge winstmarges voorkomen en (2) of er een relatie is met de specifieke inkoopssystematiek.

Uit onderzoek naar niet-integere bedrijfsvoering jeugdhulp van EY blijkt dat bijna de helft van de jeugdzorginstellingen zorgelijke signalen vertonen (zogenoemde 'red flags'), waarbij het risico op niet-integere bedrijfsvoering stijgt wanneer er meer 'red flags' zijn. Hierbij hanteert EY voor rendement een grens van 7%: een rendement boven dit percentage resulteert in een 'red flag'. Uit het onderzoek blijkt dat 3 op de 10 jeugdhulpaanbieders een rendement van meer dan 7% heeft. Dit kan samenhangen met een gebrek aan tariefdifferentiatie, wat ongewenst gedrag kan stimuleren zoals cherry-picking, waardoor specifiek bepaalde instellingen zoals gezinshuizen financieel profiteren.⁴⁷ EY benoemt in het onderzoek zowel kort de open house inkoop als selectieve inkoop waarbij hoofdaannemers ook onderaannemers moeten inschakelen. Beide hebben volgens de onderzoekers nadelen in relatie tot niet-integere bedrijfsvoering. Bij open house moet de gemeente toezicht houden op veel gecontracteerde zorgaanbieders en dit is arbeidsintensief. Uit eerder onderzoek is gebleken dat het Wmo toezicht in een deel van de gemeenten vrij minimaal wordt ingevuld en dat deze toezichtsfunctie in veel gemeenten nog in ontwikkeling is.⁴⁸

Bij het contracteren van hoofdaannemers verschuift deze verantwoordelijkheid naar de zorgaanbieders, die toezicht moeten houden op onderaannemers terwijl een uniform toetsingskader dan ontbreekt. Op onderaannemers is een stuk minder toezicht vanuit de (gemeentelijke) toezichthouder, wat het onderaannemers bijvoorbeeld in theorie mogelijk maakt om hogere vergoedingen aan zichzelf uit te keren, en jeugdhulpgelden te verleggen naar (verbonden of gelieerde) subonderaannemers en zo winsten weg te laten vloeien uit de sector. De aanbevelingen van EY richten zich onder andere op het verbeteren van de kwaliteit en standaardisatie van monitoring, het controleren op de toetreding van nieuwe jeugdhulpaanbieders, het hanteren van uniforme toetsingskaders voor consortia van jeugdhulpaanbieders en het bevorderen van tariefdifferentiatie. Het onderzoek gaat niet specifiek in op de vraag of open house inkoop of andersoortige inkoop de risico's verhoogt ten opzichte van selectieve inkoop. Toezicht houden op een grote diversiteit aan zorgaanbieders is arbeidsintensief. Daar staat tegenover dat een inkoop met veel onderaannemers het toezicht ook moeilijk maakt. Tegelijkertijd zou een hoofdaannemer als zorgexpert in theorie beter dan een gemeente in de gaten kunnen houden of onderaannemers misbruik maken van het systeem.

In de media is er veel geschreven over voorbeelden van private financiering in de zorg, waaronder het gemeentelijk sociaal domein. Specifiek op het gebied van lichte (jeugd)ggz zijn er voorbeelden van internationale investeringsmaatschappijen die Nederlandse zorginstellingen opkopen.⁴⁹ De vergoeding voor met name lichte jeugdGGZ is rendabel en 'cherry picking' lijkt in deze vorm van jeugdhulp eenvoudig mogelijk, wat de interesse wekt van investeringsmaatschappijen. De vraag is niet of private financiering voorkomt in het gemeentelijk sociaal domein, maar of het ook in relatie staat met open house inkoop. Er is geen onderzoek bekend dat de relatie tussen private financiering en open house inkoop. In hoeverre open house inkoop bijdraagt aan de private financiering is dus niet bekend. Enkele van de organisaties die in de genoemde bronnen naar voren komen betreffen echter grote, landelijk opererende zorgaanbieders die naast het gemeentelijk domein ook actief zijn in de volwassenen-GGZ, ingekocht door zorgverzekeraars. Of gemeenten selectief of niet-selectief inkopen speelt voor deze zorgaanbieders geen rol. Ook zijn voorbeelden bekend van privaat gefinancierde aanbieders die juist in diverse gemeenten als hoofdaannemer (selectief ingekocht) actief zijn.⁵⁰ Dit laat zien dat private financiering van zorgaanbieders binnen en buiten de gemeentelijke zorg

⁴⁶ Follow the Money, 2022. [Schreeuwend tekort aan jeugdzorgplekken creëert cowboymarkt.](#)

⁴⁷ EY Consulting, 2023. [Onderzoek niet-integere bedrijfsvoering jeugdhulp.](#)

⁴⁸ Significant Public, 2021. [Toekomstscenario's Wmo-toezicht](#); Significant Public, 2020. [Evaluatie ondersteuningsprogramma toezicht en handhaving VNG Naleving.](#)

⁴⁹ Zie bijvoorbeeld Follow The Money, 2021, [Gemeenten lopen leeg op jeugdzorg, maar op winst gerichte investeerders ruiken geld.](#) en GGZ Totaal, 2021: [Over oorlogskassen, een ADHD-fabriek en niet-kloppende declaraties.](#)

⁵⁰ Bijvoorbeeld Inluzio, eigendom van investeringsmaatschappij Facilicom.

voorkomt, binnen de diverse vormen van financiering (naast inspanningsgericht ook taakgerichte financiering) en zowel bij niet-selectieve als selectieve inkoop.

3.2.8 *Samenvatting literatuuronderzoek ten aanzien van fraude, private equity en excessieve winstuitkeringen*

Er zijn uit onderzoeken - bijvoorbeeld de eerder genoemde van Follow The Money - diverse overtuigende voorbeelden van excessieve winsten en frauduleuze zorgaanbieders beschreven. EY laat daarnaast in hun onderzoek zien dat een substantieel aantal jeugdhulpaanbieders zorgelijke signalen vertoont (wat aanwijzingen kunnen zijn voor fraude of excessieve winst). Inherent aan deze problematiek is het lastig om nauwkeurig in beeld te brengen wat de omvang van de problematiek is.

Er is geen eenduidig bewijs dat open house inkoop fraude en excessieve winstuitkering in de hand werkt. Uit de onderzoeken kunnen we vaststellen dat open house inkoop tot fraude en excessieve winstuitkering kan leiden als gemeenten verder geen goede invulling geven aan hun toezichtsfunctie (hoe meer aanbieders, hoe moeilijker het wordt om ze allemaal te controleren), als ze geen goed contractmanagement voeren, als ze geen goede toetredingseisen stellen, et cetera. Dit geldt ook bij selectieve inkoop, waarbij daar de onderaannemers die op een grotere afstand van de gemeente staan een extra aandachtspunt vormen, al zijn er ook kansen omdat zorgaanbieders mogelijk beter dan gemeentes andere zorgaanbieders kunnen controleren.

De financiering met private kapitaal van zorgaanbieders in de gemeentelijke zorg raakt aan de discussie over excessieve winstuitkering. Er is geen kwantitatief onderzoek naar de mate waarin met privaat kapitaal gefinancierde zorgaanbieders actief zijn in het gemeentelijk sociaal domein, en of er een relatie is met open house inkoop. Echter, de voorbeelden die in de media zoals Follow The Money uitvoerig zijn onderzocht overstijgen duidelijk één bepaalde inkoopssystematiek. Deze zorgaanbieders zijn net zo goed actief in selectief inkopende gemeenten, en zijn soms zelfs specifiek gericht op de inkoopssystematiek van taakgerichte financiering van hoofdaannemers.

3.3 **Kwaliteit**

Om te weten welke effecten open house inkoop op de kwaliteit van zorg heeft, moeten we eerst kwaliteit van zorg definiëren. Kwaliteit is een breed begrip met veel verschillende aspecten. We gaan hierbij uit van de definitie van het ministerie van VWS. Het ministerie van VWS definieert goede zorg⁵¹ als

- a. Zorg die veilig is;
- b. Zorg die cliëntgericht is (sluit aan op behoefte cliënt en wordt op het juiste moment geleverd);
- c. Zorg die beschikbaar is voor iedereen die het nodig heeft;
- d. Zorg die effectief en doelmatig is.

Deze definitie is nog erg generiek en kan op onderdelen geconcretiseerd worden. Dit geldt bijvoorbeeld voor de cliëntgerichtheid. Dit omvat de tevredenheid van de cliënt met de ontvangen zorg, wat een van de meest gebruikelijke kwaliteitsindicatoren in het sociaal domein is. Veel gemeenten meten periodiek middels ervaringsonderzoek de tevredenheid en ervaring van cliënten met hun ondersteuning. Daarnaast geven de wetteksten van Wmo 2015 en Jeugdwet aanvullende aanwijzingen ten aanzien van kwaliteitsaspecten van maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp. De Wmo 2015 verplicht gemeenten in een beleidsplan voor maatschappelijke ondersteuning rekening te houden met *keuzemogelijkheden tussen aanbieders voor degenen aan wie een maatwerkvoorziening wordt verstrekt*.⁵² Tevens moet in het beleidsplan aandacht zijn voor de wijze waarop de *continuïteit van hulp wordt gewaarborgd*.⁵³ De continuïteit van zorg komt tevens aan bod in de bepalingen rondom het aanbesteden van maatschappelijke

⁵¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [Wat is goede zorg? Recht op goede zorg.](#)

⁵² Wmo 2015 Art. 2.1.2 lid 4 sub-C.

⁵³ Wmo 2015 Art. 2.1.2 lid 4 sub-E.

ondersteuning.⁵⁴ De Jeugdwet⁵⁵ heeft vergelijkbare bepalingen rondom continuïteit en keuzevrijheid. Kortom, concrete aspecten die met kwaliteit - en dan met name cliëntgerichtheid - van zorg samenhangen zijn cliënttevredenheid, keuzevrijheid en continuïteit van zorg.

In de literatuur hebben we diverse veronderstellingen gevonden over de effecten van een open house inkoop op de kwaliteit van zorg. Het gaat daarbij zowel om veronderstellingen met een negatieve invloed op de kwaliteit van zorg als veronderstellingen met een positieve invloed op de kwaliteit van zorg. Hieronder werken we deze veronderstellingen verder uit. Vervolgens toetsen we ook in welke mate er bewijs is om deze veronderstellingen kracht bij te zetten.

3.3.1 *Veronderstellingen waarbij open house een positieve invloed heeft op de kwaliteit*

In de literatuur over open house vinden we veronderstellingen waarbij open house een positieve invloed heeft op de cliëntgerichtheid van de zorg en de beschikbaarheid van zorg.

De veronderstelling is bijvoorbeeld dat doordat de overeenkomsten in principe niet beperkt zijn in aantal aanbieders en in duur, en toetreding tussentijds mogelijk is, continuïteit voor de professional en inwoner geborgd kan worden (KPMG, 2021). Dit is dus positief ten aanzien van de aspecten 'beschikbaarheid van zorg' en voor 'continuïteit van de zorg'. Bij open house inkoop kan een aanbieder die nog niet gecontracteerd is en voldoet aan de selectiecriteria namelijk gemakkelijk tussentijds toetreden. Bij een aanbesteding is tussentijdse toetreding niet mogelijk (tenzij hier onder specifieke voorwaarden expliciet ruimte voor is gecreëerd), waardoor een aanbieder alleen toegang heeft tot de markt als onderaannemer van een wel-gecontracteerde zorgaanbieder.

Bij een toetredingsprocedure voor een open house is bovendien de kans erg klein dat voorheen gecontracteerde zorgaanbieders niet opnieuw gecontracteerd worden. Als zij aan de voorwaarden voldoen en goede zorg leveren, dan komen ze opnieuw voor een contract in aanmerking. Ook dit is positief voor de continuïteit van zorg: het minimaliseert de kans dat bestaande cliënt-hulpverlenerrelaties worden verbroken doordat een zorgaanbieder niet opnieuw is gecontracteerd. Dit risico is bij het aanbesteden van een overheidsopdracht nadrukkelijker aanwezig, afhankelijk van het aantal zorgaanbieders dat de gemeente(n) wenst te contracteren. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat een cliënt moet overstappen, maar het kan wel betekenen dat een zorgaanbieder die geen nieuw contract meer krijgt geen nieuwe cliënten meer krijgt toegewezen.

Een andere veronderstelling is dat bij open-house inkoop het aanbod beter kan aansluiten bij de behoeften van hun burgers (CPB, 2018). Doordat de inkoop met open house niet selectief is, kan een ruim aanbod ontstaan voor cliënten. Cliënten hebben keuzevrijheid bij een open-house inkoop en kunnen zo de aanbieder kiezen die het beste aansluit bij hun zorgvraag en bij hun (culturele) achtergrond. Aanbieders worden zo geprikkeld om hoge kwaliteit van zorg te bieden. Daarnaast kunnen nieuwe (en bijvoorbeeld innovatieve) aanbieders sneller en makkelijker toetreden en hun diensten aanbieden. De gedachte is dat gemeenten zo sneller kunnen reageren op veranderingen in behoeften van cliënten. Hiervoor gelden wel randvoorwaarden:

- a. *"Er is ruimte voor meerdere aanbieders in de markt".⁵⁶*
- b. *Cliënten kunnen kwaliteitsverschillen waarnemen en hiernaar handelen, eventueel met hulp van het eigen netwerk of via onafhankelijke cliëntondersteuning."* Dit is mogelijk gemakkelijker bij eenvoudige vormen van zorg

⁵⁴ Wmo 2015 Art. 2.6.5 lid 2.

⁵⁵ De Jeugdwet spreekt daarnaast van 'verantwoorde hulp' (hulp van goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de jeugdige of ouder. Verder legt de Jeugdwet nadruk op de inzet van (kwalitatief en kwantitatief) goede professionals en verwijst de Jeugdwet naar de professionele standaard waar de hulpverlening in overeenstemming mee moet zijn (Jeugdwet, Artikel 4.1.1).

⁵⁶ Centraal Planbureau, 2018. [Naar een effectieve inkoop binnen het sociaal domein](#).

zoals begeleiding of hulp bij huishouden, maar minder makkelijk bij situaties waarin het om complexe zorg gaat. In dergelijke gevallen kan een cliëntondersteuner helpen bij het kiezen van de best passende zorg.⁵⁷

Dit alles hierboven kan worden samengevat in volgende hypothesen rondom de veronderstellende positieve effecten van open house op de kwaliteit van zorg:

- (9) *Bij open house zijn de overeenkomsten niet beperkt in het aantal aanbieders en de duur van het contract, en tussentijdse toetreding is een mogelijkheid. Dit betekent dat gecontracteerde aanbieders relatief simpel gecontracteerd kunnen blijven bij een nieuwe aanbesteding, waardoor de continuïteit van zorg voor de professional en de cliënt wordt gewaarborgd. Dit heeft een positief effect op de kwaliteit van de verleende zorg.*
- (10) *Bij open house is de inkoop niet-selectief, wat betekent dat er een breed assortiment aan zorgaanbieders gecontracteerd kan worden. Door dit ruime aanbod kunnen cliënten de zorgaanbieder kiezen die het beste aansluit bij hun zorgvraag en persoonlijke achtergrond. Dit heeft een positief effect op de kwaliteit van de verleende zorg.*
- (11) *Bij open house zijn er relatief veel aanbieders gecontracteerd. Aanbieders hebben met dit contract nog geen cliënten toegewezen. Aanbieders worden geprikkeld om na het verkrijgen van een contract kwalitatief goede zorg te verlenen om voorgesteld te worden door verwijzers en uiteindelijk gekozen te worden door de cliënt. Dit heeft een positief effect op de kwaliteit van de verleende zorg.*
- (12) *Bij open house kunnen nieuwe (en bijvoorbeeld) innovatieve aanbieders sneller en makkelijker gecontracteerd worden en hun diensten gaan verlenen. Zo kunnen gemeenten sneller reageren op veranderingen in de behoeften van cliënten. Dit heeft een positief effect op hoe de cliënt de kwaliteit van de zorg ervaart, doordat het beter aansluit op hun persoonlijke behoeften.*

3.3.2 Veronderstellingen waarbij kwaliteit een negatieve invloed heeft op de kwaliteit

Een veronderstelling is dat het bij open house lastiger is om te sturen op kwaliteit. Enerzijds omdat de hulp niet aanbesteed wordt en een gemeente daardoor minder mogelijkheden heeft om aanbieders te selecteren die het beste passen bij de visie en doelstellingen van een gemeente.⁵⁸ Anderzijds omdat een open house inkoop niet of slechts beperkt limitatief is, en een groot aantal partijen kan toetreden. Het is minder makkelijk om op een grote hoeveelheid aan partijen toezicht te houden (ook op toetreding ervan) en gesprekken te voeren met hen over de kwaliteit, dan bij een overzichtelijk aantal partijen.⁵⁹ Zo is er minder garantie dat aanbieders die toetreden, ook daadwerkelijk voldoen aan de kwaliteitsnormen.

“Om die transformatie gestalte te geven, is voortdurend praten met zorgaanbieders onontbeerlijk, op basis van een contract waarin gezamenlijke, heldere doelen staan. ‘En tja, ik kan me voorstellen dat je dat niet met zeshonderd organisaties kan.’”(Jansen, 2021)⁶⁰

Een ander mogelijk negatief effect van open house inkoop op de kwaliteit van zorg is de versnippering van het zorglandschap.⁶¹ Door toetreding van meerdere, diverse partijen kan het moeilijker worden om een samenhangend geheel van zorgaanbod te organiseren. Bovendien kan het leiden tot de afbrokkeling van meer specialistische voorzieningen waarvoor een bepaalde schaalgrootte nodig is. Ook zou op basis van algemene competitietheorie gesteld kunnen worden dat selectievere inkoop (in combinatie met een partnerschap tijdens de uitvoering) kan zorgen voor meer ontwikkeling, vernieuwing, innovatie en doelmatigheid. Omdat het niet zeker is dat een contract wordt verkregen is er een grotere prikkel om een goede prijs-kwaliteitverhouding aan te bieden en om te blijven innoveren. Aanbieders die dat niet doen, komen minder snel in aanmerking voor een nieuw contract.

⁵⁷ Centraal Planbureau, 2018.

⁵⁸ PIANOo. [Aanbesteden, inbesteden, subsidie of Open House.](#)

⁵⁹ Verbon. 2020. [Waarom gemeenten de zorg niet langer ‘open house’ moeten inkopen - Zorg&Sociaalweb.](#)

⁶⁰ Follow the money. 2021. [Inkoopformule ‘open house’ is doping voor jeugd zorgaanbieders - Follow the Money - Platform voor onderzoeksjournalistiek \(ftm.nl\).](#)

⁶¹ Uenk, 2021. [Inkoopmodel over een andere boeg? De beste gemeenten zijn juist koersvast.](#)

Samenvattend zijn er volgende beoogde negatieve effecten van open house op de kwaliteit van zorg:

- (13) *Doordat bij open house de zorg niet aanbesteed wordt en niet-selectief is, hebben gemeenten (veel) minder mogelijkheden om te selecteren welke aanbieders het beste passen bij de visie en doelstellingen van de gemeenten en dus een contract krijgen. Dit heeft een negatief effect op de kwaliteit van de zorg.*
- (14) *Met het grote aantal partijen dat gecontracteerd kan worden bij open house is het lastig om toezicht te houden op de toetreding van deze partijen, en het volume aanbieders maakt het lastig om gezamenlijke gesprekken te hebben over de kwaliteit. Daardoor is er minder garantie dat de aanbieders voldoen aan de (gewenste) kwaliteitsnormen van de gemeenten. Dit heeft een negatief effect op de kwaliteit van de zorg.*
- (15) *Het grote aantal gecontracteerde aanbieders bij open house kan leiden tot versnippering in het zorglandschap. Doordat er veel diverse (en mogelijk kleinere) aanbieders gecontracteerd zijn, kan het moeilijk worden om een samenhangend zorgaanbod te creëren, in het bijzonder bij meer specialistische voorzieningen. Dit leidt tot een negatief effect op de kwaliteit van de zorg.*

3.3.3 Bewijzen en tegenbewijzen

Voor de diverse positieve effecten van open house inkopen op de kwaliteit van zorg zijn ook wetenschappelijke bronnen beschikbaar die de (veronderstelde) effecten onderbouwen. Allereerst is van belang vast te stellen dat de tevredenheid of meer algemeen de 'ervaring' van de cliënt met de zorg een goede indicator is voor de kwaliteit: dit blijkt ook uit wetenschappelijk onderzoek van onder andere Bergman et al.⁶² Bergman et al. hebben aangetoond dat het vergroten van keuzevrijheid een positief effect heeft op de door cliënten ervaren kwaliteit van sociale zorg.⁶³ Dit Zweedse onderzoek speelde in een context waarbij cliënten voorheen géén keuze tussen aanbieders hadden. Uenk onderzocht de impact van inkoopmodellen en vrije keuze op cliënttevredenheid in de Wmo na de decentralisatie in 2015.⁶⁴ Dit onderzoek toont aan dat ook het verruimen van de keuzevrijheid (van de beperktere keuzeruimte ten tijde van de AWBZ naar de vaak zeer grote keuzeruimte in open house-modellen) de tevredenheid van cliënten nog steeds vergroot. Wij concluderen op basis van deze wetenschappelijke studies die zijn uitgevoerd in een context van ouderenzorg dat het kunnen kiezen uit een ruime hoeveelheid zorgaanbieders voor sociale zorg een positieve uitwerking heeft op de ervaren kwaliteit en tevredenheid. Dit zijn deelaspecten van kwaliteit. Binnen de context van de jeugdzorg zijn geen studies bekend die naar deze relatie hebben gekeken.

Ten aanzien van de continuïteit van zorg is al langer bekend dat 'relationele zorgcontinuïteit' voor cliënten van groot belang is. Uenk (2019) beschrijft in Hoofdstuk 11 van zijn proefschrift diverse wetenschappelijke studies die dit onderschrijven. Er is ons geen wetenschappelijk onderzoek bekend waarin open house specifiek ten aanzien van zorgcontinuïteit met andere inkoopvormen is vergeleken. Wel is er anekdotisch bewijs dat er na aanbestedingen veel cliënten afscheid moeten nemen van hun vaste hulpverlener. Zo beschrijft Van der Lans in Het Dogma Aanbesteden in 2020 tal van voorbeelden waarbij zorgaanbieders van buitenaf aanbestedingen winnen voor sociaal en maatschappelijk werk, ter vervanging van de zittende zorgaanbieders.⁶⁵ Van der Lans duidt het aanbesteden in deze context als een *georganiseerde discontinuïteit*. Dat hier bij open house geen sprake van is, is ook zonder wetenschappelijk onderzoek duidelijk.

⁶² Bergman, Johansson, Lundberg & Spagnolo, 2016, Privatization and quality: Evidence from Elderly care in Sweden. *Journal of Health Economics*, 49, 109-119.

⁶³ Bergman, Jordahl, & Lundberg. 2018. Choice and competition in the welfare state: Home Care as the Ideal Quasi-market.

⁶⁴ Uenk, 2019. Commissioning of social care services. Municipal commissioning approaches for social care services - evidence from a countrywide live experiment.

⁶⁵ Van der Lans, 2020. [Het Dogma aanbesteden](#).

We hebben geen wetenschappelijk bewijs gevonden die de veronderstellingen bevestigen over open house inkopen met een negatieve invloed op de kwaliteit van zorg. Het ligt voor de hand dat gemeenten niet met 'honderden zorgaanbieders' periodiek intensieve gesprekken kunnen voeren (over kwaliteit). De vraag is of dit werkelijk nodig is voor een goede kwaliteit van zorg. Uit het onderzoek van Verweij Jonker, waarin een aantal succesvolle gemeenten in het sociaal domein onderzocht zijn, blijkt bijvoorbeeld dat open house inkopen niet noodzakelijk hoeft te leiden tot minder goed partnerschap met aanbieders (vanwege het grote aantal gecontracteerde aanbieders) en dat nog steeds gesprekken gevoerd kunnen worden met de aanbieders die belangrijk zijn voor de gemeente.⁶⁶ Zo kan dus alsnog gestuurd worden op de kwaliteit. Bijna 75% van het jeugdzorgbudget gaat ook bij 'open house' gemeenten naar de tien grootste jeugdhulp-aanbieders⁶⁷, dus de gemeente(n) kunnen inzetten op de relaties met dit beperkte aantal belangrijkste organisaties.

Tegelijkertijd wordt in het onderzoek van Verweij Jonker geopperd dat de gemeenten scherp moeten zijn op nieuwe toetreders, omdat zij zich soms afvragen of aanbieders nog wel aansluiten bij de visie van de gemeente. Deze stelling sluit aan bij de onmogelijkheid in open house om middels het toetsen van de visie en plan van aanpak de best passende zorgaanbieders te selecteren. Tegelijk zijn er duidelijke signalen dat een geschreven offerte ('papieren werkelijkheid') lang niet altijd in de praktijk wordt waargemaakt door de inschrijver.⁶⁸ Goede inschrijvers zijn niet altijd goede zorgaanbieders en vice versa.⁶⁹ Daarentegen zijn diverse studies gedaan naar de effectiviteit van aanbesteden, bijvoorbeeld voor openbaar vervoer, waaruit blijkt dat aanbesteden (of alleen al de mogelijkheid van aanbesteden) tot een kwaliteitsimpuls kan leiden.⁷⁰

Ten slotte hebben we geen specifiek onderzoek gevonden over de impact van open house inkoop op de samenwerking tussen zorgaanbieders en de gevolgen voor de kwaliteit en integraliteit van zorgverlening. Er is veel aandacht voor samenwerking rondom cliënten waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn, en het is bekend dat hierin vaak nog veel te verbeteren is. Gebrekkige samenwerking tussen hulpverleners kan desastreus gevolgen hebben. De vraag in dit onderzoek is of open house daadwerkelijk leidt tot minder goede samenwerking, en of selectieve inkoop wel bijdraagt aan betere samenwerking tussen zorgaanbieders. We hebben geen studies gevonden naar de impact van open house inkoop op de samenwerking tussen zorgaanbieders (en veronderstelde nadelige gevolgen). Ook voor veronderstelde positieve(re) uitwerking van selectieve inkoop op samenwerking hebben we geen empirisch bewijs gevonden. Wel is er anekdotisch bewijs dat bijvoorbeeld hoofd-onderaannemersconstructies juist nadelig kunnen uitwerken op de relatie en samenwerking tussen zorgaanbieders. Zo schreef Follow The Money over ontevreden onderaannemers van een hoofdaannemer voor Wmo- en jeugdhulp in de gemeente Hollands Kroon.⁷¹

3.3.4 *Samenvatting literatuuronderzoek kwaliteit*

Samenvattend concluderen we dat het beschikbare wetenschappelijk bewijs erop wijst dat keuzevrijheid bijdraagt aan de kwaliteit van zorg en de tevredenheid van cliënten. Bij open house inkoop staat de continuïteit van zorg over het algemeen niet onder druk: de kans dat cliënten na een nieuwe inkoop van hun hulpverlener afscheid moeten nemen is hier klein. Bij selectieve inkoop hangt dit af van de specifieke keuzes in de inkoop. Hoewel er voorbeelden bekend zijn waarbij aanbesteding tot aanzienlijke 'discontinuïteit' leidde, ontbreekt kwantitatief onderzoek op dit vlak. Ten aanzien van de relatie tussen open house en doelmatigheid en effectiviteit is bij ons geen onderzoek bekend. Wel is onderzoek

⁶⁶ Verweij-Jonker Instituut, 2021. [Eigenwijs transformeren](#).

⁶⁷ Follow the Money, 2021. [Geldstromen in jeugdzorg voor het eerst inzichtelijk na groot data-onderzoek door Follow the Money](#).

⁶⁸ Uenk en Robbe, 2021. [De Volgende Stap, Inkoop Jeugdhulp 2022 en verder. Advies in opdracht van Groninger gemeenten](#).

⁶⁹ Aanbestedingscafé, 2018. [Openhouse-methode populair voor inkoop sociaal domein \(interview met Niels Uenk\)](#).

⁷⁰ Zie bijvoorbeeld Decisio, Twynstra Gudde & inno-V (2020). Effecten van openbaar aanbesteden in het Openbaar Vervoer en SEO (2012). Het effect van aanbesteden op de kwaliteit van het openbaar vervoer.

⁷¹ Follow the Money, 2019. [Hoe een schoonmaakgigant in gemeente Hollands Kroon zorgmonopolist werd](#).

bekend vanuit andere markten dat aantoonde dat selectiviteit zorgt voor prikkels voor vernieuwing, innovatie en prijs-kwaliteitimpulsen. Voor de veronderstelde negatieve gevolgen van open house inkoop op de kwaliteit is géén bewijs gevonden.

3.4 Conclusie

In onderstaande tabellen vatten we de bevindingen uit het literatuuronderzoek samen.

Partnerschap met aanbieders	
Veronderstelling / hypothesen	Open house maakt het niet mogelijk om hechte partnerschapsrelaties aan te gaan met zorgaanbieders. Hierin moet veel tijd geïnvesteerd worden en dit kan niet als er veel aanbieders zijn gecontracteerd. De hypothesen die hieronder liggen zijn als volgt: <ol style="list-style-type: none"> 1. In een hechte samenwerkingsrelatie kunnen gemeenten en zorgaanbieders beter de wenselijke inhoudelijke verbeteringen van de zorg organiseren. 2. Goede relaties met zorgaanbieders leiden ertoe dat zorgaanbieders zich meer in lijn met de belangen van de gemeente gaan gedragen, zowel financieel als inhoudelijk.
Bewijs	Het voeren van dialoog, samen contractvoorwaarden uitwerken (met oog voor de belangen van alle betrokken partijen), het impliciet of expliciet afsluiten van een 'sociaal contract' met onderlinge gedragsafspraken hebben allemaal een positieve uitwerking op onderling vertrouwen en partnerschap.
Tegenbewijs	<ul style="list-style-type: none"> - Het bureaucratische proces van om de paar jaar aanbesteden staat het opbouwen van langdurige relaties met leveranciers in de weg. - Het beperken van het aantal gecontracteerde aanbieders leidt niet tot partnerschap.
Conclusie	De mate waarin gemeenten en aanbieders vertrouwen opbouwen en een 'partnerschapsrelatie' hebben relateert niet zozeer aan de inkoopmethodiek (open house of aanbesteden) 'an sich' maar meer in de keuzes en uitwerkingen ervan die gemeenten hanteren.

Administratieve kosten van zorg	
Veronderstelling / hypothesen	<ol style="list-style-type: none"> 3. Open house zorgt voor lagere administratieve lasten bij gemeenten en aanbieders door een administratief lichte inkoopprocedure vergeleken met een (Europese) aanbesteding, tijdens de aanbesteding. 4. Het grote aantal gecontracteerde zorgaanbieders leidt tot hoge beheerskosten bij gemeenten in de uitvoering voor monitoring en contractmanagement.
Bewijs	Er is geen bewijs gevonden voor hypothesen 3 en 4.
Tegenbewijs	<ul style="list-style-type: none"> - Geen tegenbewijs gevonden tegen hypothese 3. - Bewijs tegen hypothese 4: Uit onderzoek blijkt dat bij het contracteren van een consortium of enkele hoofdaannemers er sprake is van een groot aantal onderaannemers, waardoor de administratieve lasten van monitoring en contractmanagement verschuiven naar de zorgaanbieders. Hieraan zijn kosten verbonden. Deze kosten stijgen naarmate gemeenten selectiever inkopen en meer gebruikmaken van hoofd- en onderaannemers. Er zijn geen studies die de totale administratieve (en beheers)kosten voor zowel gemeenten, aanbieders (hoofd- en onderaannemers) beschouwen.
Conclusie	Omdat bij open house een kwantitatieve gunningsmethodiek ontbreekt en het schrijven van een plan van aanpak niet nodig is, ligt voor de hand dat de open house <i>procedure</i> doorgaans lichter is dan een selectieve aanbesteding, en dus tot lagere administratieve lasten leidt bij gemeenten en

	<p>zorgaanbieders tijdens de inkoopfase. Hiervoor is echter geen bewijs, maar ook geen tegenbewijs vanuit de literatuur gevonden omdat dit niet eerder concreet is onderzocht.</p> <p>Uit diverse onderzoeken blijkt dat hoofd- en onderaannemerschap tot substantiële administratieve lasten leidt, en dat dergelijke constructies in aantal toeneemt naarmate inkoop selectiever wordt vormgegeven. Daarmee stijgen dus de administratieve lasten bij zorgaanbieders in verband met hoofd- en onderaannemersconstructies naarmate de inkoop selectiever is, terwijl bij open house de gemeente meer administratieve lasten draagt. Het is niet duidelijk wat open house betekent voor de totale administratieve lasten ten opzichte van meer selectieve vormen van inkoop, omdat in onderzoeken de administratieve lasten van (alle) onderaannemers niet wordt meegenomen en de vergelijking niet zuiver gemaakt kan worden.</p>
--	--

Kosten van zorg	
Veronderstelling / hypothesen	<p>5. Bij open house zijn er veel aanbieders gecontracteerd, waar veel kleine aanbieders ook zorg (willen) verlenen aan één of meerdere cliënten. Des te meer aanbieders gecontracteerd zijn door de gemeente, des te meer jeugdigen gebruik maken van jeugdhulp (supplier induced demand) waardoor de kosten voor zorg stijgen door een groter totaal zorgvolume.</p> <p>6. Er ontstaat een aanzuigend effect door te betalen per product bij open house, waardoor aanbieders meer en zwaardere zorg leveren en langer zorg blijven geven. Dit zorgt voor hogere kosten voor zorg per cliënt.</p>
Bewijs	In meerdere studies is het principe van supplier induced demand aangetoond, maar deze studies hebben geen betrekking op de maatschappelijke ondersteuning of jeugdzorg. We hebben geen bewijs gevonden ter verdediging van hypothesen 5 en 6 voor jeugdzorg en maatschappelijke ondersteuning in Nederland.
Tegenbewijs	Verschillende studies tonen aan dat het aantal gecontracteerde zorgaanbieders geen effect heeft op het zorgvolume en de kosten die hieraan gerelateerd zijn. Een studie toont een positieve relatie tussen open house en doelmatigheid (bij jeugdzorg). In tegenstelling tot de studies die het principe van supplier induced demand aantonen, gaat het hier niet om studies die (al) zijn gepubliceerd in wetenschappelijke peer-reviewed tijdschriften.
Conclusie	Het principe van supplier induced demand is in meerdere onderzoeken (in andere sectoren) aangetoond. Dit principe hangt vooral samen met het totale aantal actieve aanbieders (ook in onderaanneming). Er is in een aantal studies geen statistisch verschil in zorgvraag afhankelijk van of gemeenten werken met open house of met selectieve inkoop. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er geen zicht is op het aantal onderaannemers dat actief is bij selectieve inkoop. In één studie blijkt open house inkoop zelfs positief uit te werken voor de kosten van jeugdzorg.

Zorgfraude en excessieve winstmarges	
Veronderstelling / hypothesen	<p>7. Des te meer aanbieders er gecontracteerd zijn, des te lastiger het is voor gemeenten om voldoende toezicht te houden op de gecontracteerde zorgaanbieders. Hierdoor neemt de kans toe dat er bij open house zorgaanbieders gecontracteerd worden die primair op winst gericht zijn, en zorgaanbieders die frauderen. Deze toegenomen kans op zorgfraude en excessieve winstmarges zorgt voor hogere kosten bij open house.</p> <p>8. Doordat er meer aanbieders gecontracteerd zijn, neemt de kans op private-equity gefinancierde zorgaanbieders toe. Deze zorgaanbieders zijn primair op winst gericht en daardoor vloeit er geld weg uit de jeugdzorgsector.</p>

Bewijs	We hebben geen bewijs gevonden ter verdediging van deze hypothesen, omdat er geen (grootschalige) studies zijn uitgevoerd waarin deze verbanden met open house is onderzocht.
Tegenbewijs	We hebben geen tegenbewijs gevonden bij hypothese 7. De voorbeelden die in de media zoals Follow The Money uitvoerig zijn onderzocht in relatie tot private-equity gefinancierde zorgaanbieders overstijgen duidelijk één bepaalde inkoopssystematiek. Deze zorgaanbieders zijn net zo goed actief in selectief inkopende gemeenten, en zijn soms zelfs specifiek gericht op de inkoopssystematiek van taakgerichte financiering van hoofdaannemers
Conclusie	Er is geen eenduidig bewijs dat open house inkoop fraude en excessieve winstuitkering in de hand werkt. Uit de onderzoeken kunnen we vaststellen dat open house inkoop tot fraude en excessieve winstuitkering <u>kan leiden</u> als gemeenten verder geen goede invulling geven aan hun toezichtsfunctie, als ze geen goed contractmanagement voeren, als ze geen goede toetredingseisen stellen, etc. Dit geldt ook bij selectieve inkoop, waarbij daar de onderaannemers een extra aandachtspunt vormen. Private-equity investeringen vinden (ook) plaats in de Wmo en jeugdzorg, maar er is geen bewijs dat dit samenhangt met de inkoopmethodiek.

Kwaliteit	
Veronderstelling / hypothesen	<p>9. Bij open house zijn de overeenkomsten niet beperkt in het aantal aanbieders en de duur van het contract, en tussentijdse toetreding is een mogelijkheid. Dit betekent dat gecontracteerde aanbieders relatief simpel gecontracteerd kunnen blijven bij een nieuwe aanbesteding, waardoor de continuïteit van zorg voor de professional en de cliënt wordt gewaarborgd. Dit heeft een positief effect op de kwaliteit van de verleende zorg.</p> <p>10. Bij open house is de inkoop niet-selectief, wat betekent dat er een breed assortiment aan zorgaanbieders gecontracteerd kan worden. Door dit ruime aanbod kunnen cliënten de zorgaanbieder kiezen die het beste aansluit bij hun zorgvraag en persoonlijke achtergrond. Dit heeft een positief effect op de kwaliteit van de verleende zorg.</p> <p>11. Bij open house zijn er relatief veel aanbieders gecontracteerd. Aanbieders hebben met dit contract nog geen cliënten toegewezen. Aanbieders worden geprikkeld om na het verkrijgen van een contract kwalitatief goede zorg te verlenen om voorgesteld te worden door verwijzers en uiteindelijk gekozen te worden door de cliënt. Dit heeft een positief effect op de kwaliteit van de verleende zorg.</p> <p>12. Bij open house kunnen nieuwe (en bijvoorbeeld) innovatieve aanbieders sneller en makkelijker gecontracteerd worden en hun diensten gaan verlenen. Zo kunnen gemeenten sneller reageren op veranderingen in de behoeften van cliënten. Dit heeft een positief effect op hoe de cliënt de kwaliteit van de zorg ervaart, doordat het beter aansluit op hun persoonlijke behoeften.</p> <p>13. Doordat bij open house de zorg niet aanbesteed wordt en niet-selectief is, hebben gemeenten (veel) minder mogelijkheden om te selecteren welke aanbieders het beste passen bij de visie en doelstellingen van de gemeenten en dus een contract krijgen. Dit heeft een negatief effect op de kwaliteit van de zorg.</p> <p>14. Met het grote aantal partijen dat gecontracteerd kan worden bij open house is het lastig om toezicht te houden op de toetreding van deze partijen, en het volume aanbieders maakt het lastig om gezamenlijke gesprekken te hebben over de kwaliteit. Daardoor is er minder garantie dat de aanbieders voldoen aan de (gewenste) kwaliteitsnormen van de gemeenten. Dit heeft een negatief effect op de kwaliteit van de zorg.</p> <p>15. Het grote aantal gecontracteerde aanbieders bij open house kan leiden tot versnippering in het zorglandschap. Doordat er veel diverse (en mogelijk kleinere) aanbieders gecontracteerd zijn, kan het moeilijk worden om een samenhangend zorgaanbod te creëren, in het bijzonder</p>

	<p>bij meer specialistische voorzieningen. Dit leidt tot een negatief effect op de kwaliteit van de zorg.</p>
Bewijs	<ul style="list-style-type: none"> - Er is bewijs voor hypothese 9 dat bij open house de continuïteit van de zorg voor de professional en cliënt wordt gewaarborgd. Er is weliswaar anekdotisch, maar geen hard bewijs dat bij selectieve inkoop deze continuïteit niet gewaarborgd wordt. - Bewijs voor hypothese 10: het kunnen kiezen uit een ruime hoeveelheid zorgaanbieders voor sociale zorg (ouderenzorg) heeft een positieve uitwerking op de ervaren kwaliteit en tevredenheid. - We hebben geen hard bewijs gevonden die hypothesen 11, 12, 13, 14 en 15 kunnen bevestigen.
Tegenbewijs	<ul style="list-style-type: none"> - (Anekdotisch) Tegenbewijs tegen hypothese 14: Uit onderzoek blijkt dat gemeenten die werken met open house alsnog partnerschap met aanbieders kunnen opbouwen en dus gesprekken over kwaliteit kunnen voeren. - (Anekdotisch) Tegenbewijs tegen hypothese 15: Uit een onderzoek bij dertig gemeenten blijkt dat bijna 75% van het jeugdhulpbudget naar de tien grootste zorgaanbieders gaat.
Conclusie	<p>Keuzevrijheid draagt bij aan de kwaliteit van zorg en tevredenheid van cliënten (bevestiging hypothese 10). De overige hypothesen kunnen we moeilijk bevestigen op basis van de literatuur; wel zijn er anekdotische bewijzen voor en tegen de verschillende hypothesen.</p>

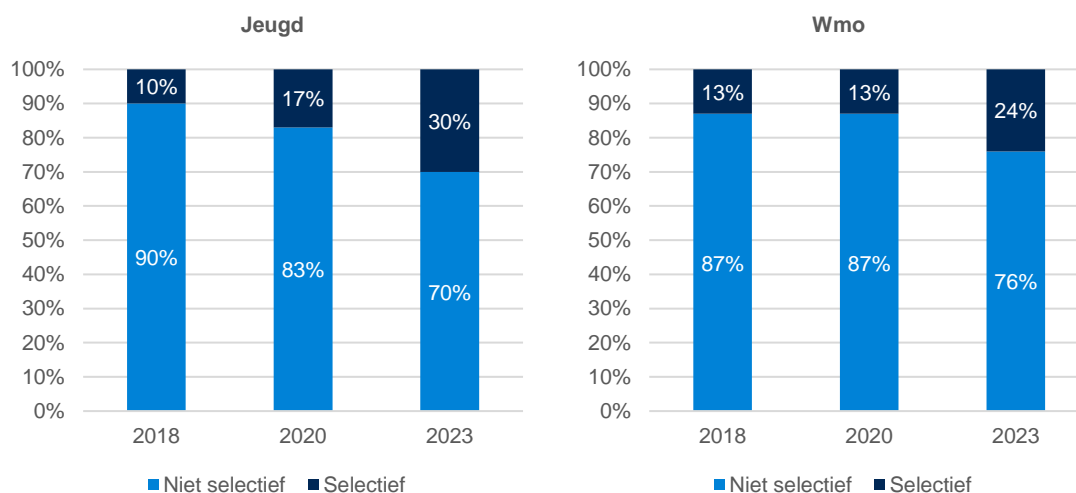
4 Kwantitatieve analyse over de relatie tussen open house en uitvoeringsvariant

4.1 Uitvoeringsvarianten en open house inkoop - beschrijvende statistieken

In dit hoofdstuk gaan we in op de relatie tussen open house en de gebruikte bekostigingsvorm/uitvoeringsvariant. De analyses in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de Monitor gemeentelijke zorginkoop. De Monitor gemeentelijke zorginkoop bevat data over (bijna) alle inkoop van Wmo en Jeugdzorg van Nederlandse gemeenten. Deze data is verkregen door het analyseren van alle inkoopdocumenten Wmo en Jeugdzorg en deze te verwerken in een dataset. In dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van de meest recente versie van de Monitor gemeentelijke zorginkoop ten tijde van dit onderzoek. Dit betekent dat we kijken naar het meest recente (complete) jaar met lopende contracten, namelijk 2023.

Alvorens we ingaan op de relatie tussen open house en de gebruikte bekostigingsvariant/uitvoeringsvariant, is het interessant om te kijken hoe vaak open house wordt gebruikt ten opzichte van andere inkoopmethodes. We maken hierbij onderscheid tussen selectieve vormen van inkoop en niet selectieve vormen van inkoop. Onder niet selectieve vormen van inkoop verstaan we open house, maar ook niet selectieve overheidsopdrachten (zie ook ons praktisch perspectief op open house in paragraaf 2.2). In de afgelopen jaren heeft een ontwikkeling plaatsgevonden, zowel binnen Jeugd als Wmo naar meer selectieve inkoop. Desondanks zijn niet selectieve vormen van inkoop nog steeds veruit het meest gebruikelijk.

Figuur 1. Ontwikkeling van lopende contracten die selectief of niet selectief (open house en niet-selectieve inkoop van overheidsopdrachten) zijn in de jaren 2018, 2020 en 2023, voor zowel Wmo als Jeugd.



Bij de kwantitatieve analyse hanteren we de definities van het ketenbureau I-sociaal domein over uitvoeringsvarianten.⁷² Deze definities zijn weergegeven in de tabel hieronder.

⁷² Ketenbureau i-Sociaal Domein, 2022. [Drie uitvoeringsvarianten](#).

Uitvoeringsvarianten	Definitie
Inspanningsgericht	Uitvoering van zorg en/of ondersteuning waarbij een duidelijke afspraak tussen gemeente en zorgaanbieder is gemaakt over de levering van een specifiek product of dienst in een afgesproken tijdseenheid (minuut, uur, dagdeel, etmaal).
Outputgericht (ook wel resultaatbekostiging)	<p>Uitvoering van zorg en/of ondersteuning waarbij er een duidelijke afspraak tussen gemeente en zorgaanbieder is over de te behalen output. De manier waarop deze output wordt behaald, is niet vastgelegd. Soms worden de trajecten of arrangementen volledig bij start bekostigd, maar soms kiezen gemeenten ook voor een bedrag bij start zorg en een bedrag bij (succesvolle) afronding van zorg.</p> <p>Anders dan bij inspanningsgerichte bekostiging heeft een aanbieder bij deze bekostigingsvariant (ook wel resultaatbekostiging genoemd) ruimte om zelf te bepalen hoeveel tijd besteed wordt om het resultaat te behalen. Sinds 2016 zijn er diverse uitspraken van de CRvB hierover, omdat dit voor cliënten onvoldoende rechtszekerheid biedt, waardoor gemeenten met outputgerichte bekostiging alsnog tijdseenheden waar cliënten recht op hebben moeten vastleggen, om voldoende rechtszekerheid te borgen⁷³. De toekomst van outputgerichte bekostiging is hierdoor onzeker⁷⁴.</p>
Taakgericht	Uitvoering van zorg en/of ondersteuning waarbij de gemeente een taak voor een (deel)populatie heeft gegeven aan een aanbieder en deze aanbieder de vrijheid heeft om de invulling van deze taak vorm te geven. In deze variant is geen sprake van een verantwoording op individueel niveau.
Gemengde bekostigingsvorm	De 'gemengde' bekostiging betreft ofwel het toepassen van outputgerichte bekostiging en inspanningsgerichte bekostiging binnen één zorgvorm (bijvoorbeeld een outputgerichte bekostiging voor diagnose en inspanningsgerichte bekostiging voor de behandeling), ofwel een combinatie van vast budget en

⁷³ Om gemeenten en aanbieders enerzijds vrijheid te geven, en cliënten rechtszekerheid, zou er een wetsvoorstel resultaatgericht indiceren komen, maar in 2023 heeft de staatssecretaris besloten deze niet in te dienen omdat er geen overeenstemming met het veld kon worden bereikt ten aanzien van het wetsvoorstel. Vanuit zowel cliënten, aanbieders als gemeenten waren er bezwaren. Tevens was de Raad van State zeer kritisch op dit voorstel. Ook na een intensief traject met het veld om een gewogen alternatief te ontwikkelen, is er geen overeenstemming over hoe het resultaatgericht beschikken vormgegeven zou moeten worden en dienen gemeenten conform de uitspraken van de CRvB te handelen.

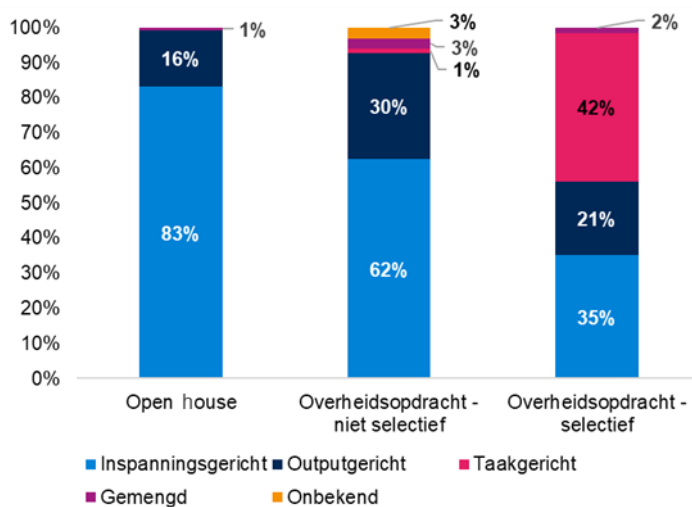
⁷⁴ VNG, 2023. [Wetsvoorstel Resultaatgericht beschikken niet ingediend](#).

inspanningsgerichte bekostiging. Het laatstgenoemde komt bij Wmo voor bij beschermd wonen.⁷⁵ Overigens is het niet toegestaan om voor één voorziening (product) twee bekostigingsvormen te combineren.

In de Monitor gemeentelijke zorginkoop hebben de onderzoekers aan de hand van het analyseren van alle inkoopdocumenten bepaald welke uitvoeringsvarianten gemeenten hanteren voor bepaalde zorg. In de lopende contracten van 2023 gebruiken gemeenten drie verschillende bekostigingsvormen in combinatie met open house, namelijk inspanningsgericht (83%), outputgericht (16%) en gemengd (1%). Veruit het grootste deel van de gemeenten die een open house inkoop hanteren, kiest dus voor inspanningsgerichte bekostiging (zie figuur 1). Ditzelfde is het geval bij niet-selectief ingekochte overheidsopdrachten. Qua invulling en eigenschappen is een niet-selectief ingekochte overheidsopdracht erg vergelijkbaar met open house procedure. Interessant is om te zien dat gemeenten bij niet-selectieve overheidsopdrachten vaker gebruik maken van een outputgerichte uitvoeringsvariant dan bij open house procedures.

Dit is een groot verschil met de gebruikte bekostigingsvormen bij een selectieve overheidsopdracht. Hierbij is slechts 35% inspanningsgericht en 21% outputgericht, de overige contracten worden grotendeels taakgericht gefinancierd. Hier is een logische reden voor, namelijk dat open house inkoop en taakgerichte bekostiging inhoudelijk niet verenigbaar zijn. Bij taakgerichte bekostiging worden op voorhand een of enkele aanbieders geselecteerd die de taak krijgen om zorg te leveren voor een gehele (afgebakende) populatie. Dit kan alleen middels een selectieve inkoop en is niet mogelijk wanneer elke aanbieder zou kunnen toetreden. De populatie moet immers op voorhand vastgesteld worden. Overigens contracteren zorgaanbieders met taakgerichte financiering ook weer andere zorgaanbieders als onderaannemer, waarbij de onderaannemers inspanningsgericht worden bekostigd.

Figuur 1. Bekostigingsvorm voor alle lopende contracten Wmo en jeugdzorg in 2023, uitgesplitst naar open house en selectieve of niet-selectieve overheidsopdracht

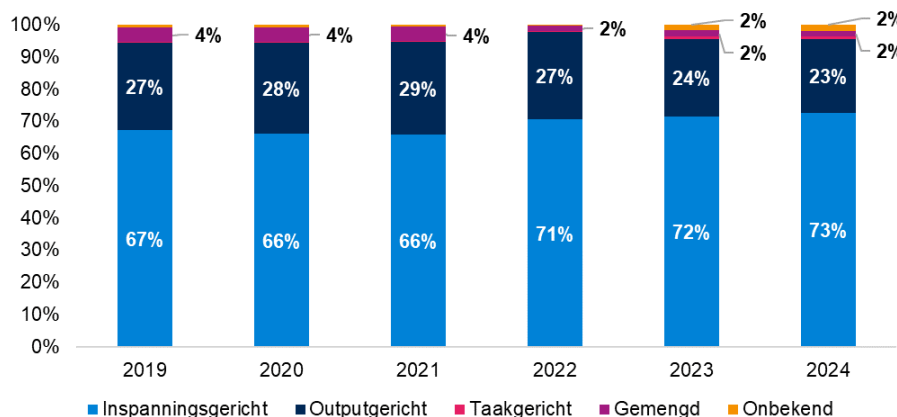


Bij de volgende figuren nemen we open house en niet-selectief ingekochte overheidsopdrachten samen (gecategoriseerd als niet-selectieve inkoopprocedure) omdat deze qua invulling en eigenschappen vergelijkbaar zijn.

⁷⁵ PPRC, [Monitor Gemeentelijke zorginkoop 2020](#).

Figuur 2 toont het percentage van de verschillende bekostigingsvormen bij niet-selectieve inkoop over de tijd. We zien in alle jaren dat inspanningsgerichte bekostiging veruit het meest wordt gebruikt. Daarnaast zien we een toename van inspanningsgerichte bekostiging van 67% in 2019 naar 73% in 2024 bij niet-selectieve contractering. De combinatie van outputgerichte bekostiging en niet-selectieve inkoop is over de jaren afgenomen van 29% in 2021 naar 23% in 2024. Mogelijk houdt deze afname ook verband met uitspraken van de CRVB over resultaatgerichte bekostiging, waardoor gemeenten genoodzaakt zijn om in tijdseenheden te beschikken.⁷⁶ Hiermee verliest de bekostigingsvorm het onderliggend fundament waarbij aanbieders de prikkel hebben om zorg op een efficiënte manier te leveren.

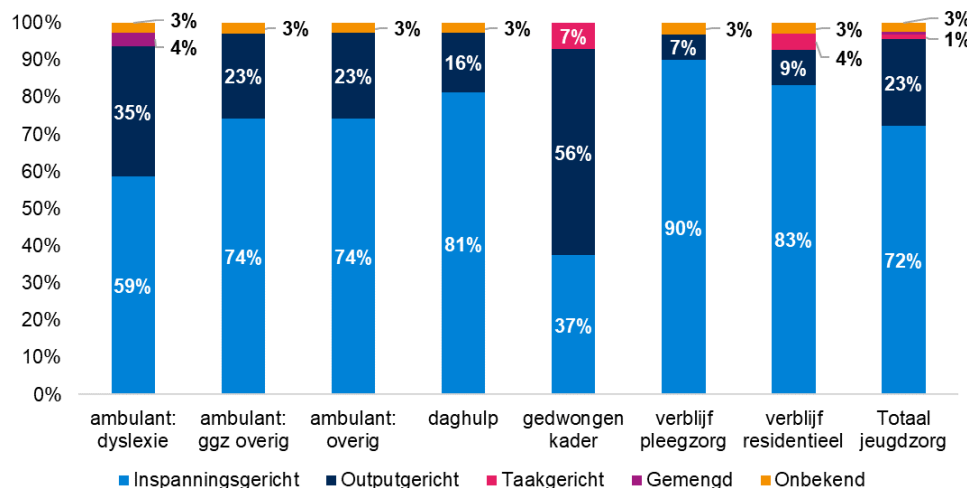
Figuur 2. Bekostigingsvorm met niet-selectieve inkoopprocedure in lopende contracten Wmo en jeugdzorg 2019-2024



Binnen de *jeugdzorg* wordt het vaakst gewerkt met een inspanningsgerichte uitvoeringsvariant in combinatie met niet-selectieve inkoop (72%, zie figuur 3). Het verschilt echter per zorgvorm voor welke bekostigingsvorm gemeenten kiezen in combinatie met niet-selectieve inkoop. Bij dyslexiebegeleiding en gedwongen kader wordt relatief vaak gekozen voor een outputgerichte bekostiging (zie figuur 3). Bij de lopende contracten dyslexiebegeleiding in 2023 wordt namelijk 35% outputgericht gefinancierd, voor gedwongen kader is dit 56% en voor de andere zorgvormen binnen de jeugdzorg is dit 7%-23%. Een mogelijke reden dat het percentage outputgerichte bekostiging hoger is bij producten binnen het gedwongen kader (OTS, Voogdij, JR) en bij dyslexie ten opzichte van andere vormen van jeugdzorg, is dat het bij deze producten om relatief 'vaste' en afgebakende trajecten gaat. De verschillen in intensiteit zijn beperkt in het spectrum van cliënten (soms zijn deze wel vastgelegd per vaste tijdseenheid, zoals per maand, halfjaar of jaar). Bij producten met een groot spectrum aan verschillende intensiteiten is het lastiger om te werken met een 'gemiddelde' trajectprijs. Met beperkte tariefdifferentiatie en een open house inkoop (en in verhouding veel aanbieders) bestaat er een risico dat bepaalde aanbieders zich alleen richten op cliënten met een lage intensiteit (zie ook 3.2.7).

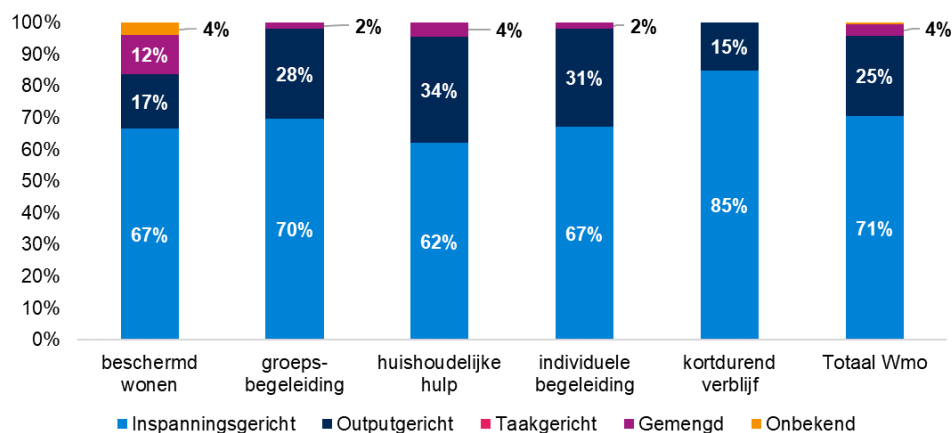
Figuur 3. Bekostigingsvorm met niet-selectieve inkoopprocedure in lopende contracten jeugdzorg 2023

⁷⁶ VNG, 2023. [Wetsvoorstel Resultaatgericht beschikken niet ingediend](#).



Binnen de *Wmo* wordt ook het vaakst gewerkt met een inspanningsgerichte uitvoeringsvariant in combinatie met niet-selectieve inkoop (71%, zie figuur 4). Binnen de *Wmo* zijn de verschillen in uitvoeringsvariant per zorgvorm relatief klein. Het meest opvallende verschil is dat bij beschermd wonen relatief vaak wordt gekozen voor een gemengde bekostiging (12%). Gemengde bekostiging komt ook voor bij de zorgvormen groepsbegeleiding, huishoudelijke hulp en individuele begeleiding maar in minder mate (2%-4%). Daarnaast valt op dat bij de zorgvorm kortdurende verblijf relatief vaak wordt gekozen voor inspanningsgerichte bekostiging (85%) ten opzichte van de andere zorgvormen (62%-70%).

Figuur 4. Bekostigingsvorm met niet-selectieve inkoopprocedure in lopende contracten *Wmo* 2023



4.2 Welke uitvoeringsvariant heeft de voorkeur bij inkoop via open house, rekening houdend met de gevraagde administratieve lasten en sturingsmogelijkheden

In de (wetenschappelijke) literatuur is het nodige geschreven over voor- en nadelen van de drie verschillende uitvoeringsvarianten. De voor- en nadelen van uitvoeringsvarianten in relatie tot de inkoopmethodiek, en dan specifiek open house versus selectief aanbesteden, zijn niet of slechts beperkt besproken en/of onderzocht. In hoeverre de kenmerken van de open house inkoopmethodiek (zoals relatief veel gecontracteerde partijen en de mogelijkheid om tussentijds toe te treden) maken dat er voorkeur is voor de een of de andere uitvoeringsvariant is naar ons weten niet onderzocht. Zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven sluit de open house inkoopmethodiek een taakgerichte uitvoeringsvariant inhoudelijk gezien uit en zoals hiervoor beschreven komt deze combinatie in de praktijk dan ook niet voor.

4.2.1 Voorkeur ten aanzien van administratieve lasten

Bij outputgerichte bekostiging hoeven aanbieders geen verantwoording af te leggen over het aantal uren, maar over de resultaten die zij hebben bereikt per cliënt. Bij inspanningsgerichte bekostiging is het wel nodig om 'tijd te schrijven'. Er is veel onderzoek naar de administratieve lasten in de zorg en een breed gedeelde behoefte om deze te verminderen, bijvoorbeeld blijkens het Convenant Stoppen met Tijdschrijven en het programma (Ont)regel de Zorg.⁷⁷ De omvang van de administratieve lasten bij outputgerichte bekostiging hangt samen met de eisen die gemeenten bij de inkoop stellen. Hier is minder over bekend, mogelijk is er variatie in de mate waarin zorgaanbieders resultaten moeten verantwoorden en de hiermee samenhangende lasten. Er is ons geen onderzoek bekend dat de mate van administratieve lasten van de uitvoeringsvarianten met elkaar vergelijkt.

Voor dit onderzoek is het echter relevanter dat de administratieve lasten vooral samenhangen met de gehanteerde uitvoeringsvariant an sich. We zien geen veronderstellingen en ook geen onderzoek naar de invloed van contracteringsmethoden (open house versus aanbesteden) in relatie tot uitvoeringsvarianten op de administratieve lasten. Vanuit deze constatering is terughoudendheid gepast om hier normatieve uitspraken over te doen.

4.2.2 Voorkeur ten aanzien van sturingsmogelijkheden

Voor gemeenten is het belangrijk om sturing te (kunnen) houden op kosten en kwaliteit. Bij inspanningsgerichte bekostiging bestaat er voor aanbieders in principe een financiële prikkel om zo veel mogelijk productie te draaien, zowel voor wat betreft het aantal cliënten als het aantal uren zorg (per cliënt). In combinatie met de veronderstelling dat het bij een open house inkoop ook lastig is om te sturen op het aantal aanbieders dat toetreedt, is het risico dat deze prikkel tot meer productie leidt bij open house (en veel aanbieders) in potentie groter dan bij selectieve inkoop (we beschrijven in hoofdstuk 3 studies die zich richten op deze veronderstelde relatie). Gemeenten werken overigens ook soms met budgetplafonds (ook in combinatie met open house) als een manier om te sturen op de uitgaven. De effecten van budgetplafonds worden in de literatuur betwist. Wel blijkt uit kwantitatief onderzoek dat omzetsbegrenzing leidt tot minder groei van jeugdhulp met verblijf (66% met begrenzing en 85% zonder begrenzing)⁷⁸. In de monitor gemeentelijke zorginkoop zien we dat slechts bij een beperkt deel van de contracten wordt gewerkt met budgetplafonds. Bovendien is nauwelijks onderscheid tussen het aandeel dat bij inspanningsgerichte of outputgerichte bekostiging met budgetplafonds werkt. Het overgrote merendeel van de gemeenten werkt met raamcontracten.

Bij outputgerichte bekostiging sturen gemeenten niet op het 'hoe', maar op het resultaat. Aanbieders krijgen ruimte bij deze bekostigingsvorm om het 'hoe' te bepalen. Zij krijgen een vaste prijs per traject, ongeacht het aantal uur dat zorg wordt verleend, zolang het resultaat wordt behaald. Zij hebben hierdoor de prikkel om de zorg zo efficiënt als mogelijk te leveren en niet meer uren dan nodig voor het realiseren van het (minimale) resultaat. Daarmee is er in verhouding tot inspanningsgerichte bekostiging nog steeds een prikkel om meer cliënten te helpen, maar geen prikkel om meer uren te maken. Als het lastig is om te sturen op het aantal aanbieders (en met open house is dit aantal niet gelimiteerd en potentieel groot), is het voor gemeenten mogelijk een geruststellende gedachte dat deze prikkel er niet is. Overigens leidt een outputgerichte bekostiging soms tot discussie met zorgaanbieders over het meest passende cliëntenprofiel of de meest passende intensiteit, en wordt outputgerichte bekostiging in verband gebracht met 'upcoding' - het zwaarder voorstellen van de zorgbehoefte van cliënten dan in werkelijkheid het geval.⁷⁹ We zien in de praktijk echter geen voorkeur voor een outputgerichte uitvoeringsvariant bij open house (zie figuur 1). In figuur 2 is zelfs te zien dat het aandeel outputgerichte bekostiging bij open house in de contractering (en in z'n totaliteit) de afgelopen jaren is afgenomen.

⁷⁷ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. [Stoppen met Tijdschrijven - \(Ont\)regel de zorg](#).

⁷⁸ Centraal Planbureau, 2021. [De gemeentelijke inkoop van jeugdzorg](#).

⁷⁹ Significant, 2019. [Benchmarkanalyse uitgaven jeugdhulp in 26 gemeenten](#).

Wij denken dat gemeenten bij de keuze voor een uitvoeringsvariant allerlei overwegingen maken die (vele malen) belangrijker en doorslaggevender zijn dan de gekozen inkoopmethodiek.

4.2.3 *Conclusie*

Open house heeft voor zover wij hebben kunnen nagaan op basis van de Monitor gemeentelijke zorginkoop en de literatuur geen belangrijke invloed op de keuze van een gemeente voor een uitvoeringsvariant. Een uitzondering is dat de combinatie van een taakgerichte uitvoeringsvariant onverenigbaar is met open house inkoop. Dat komt omdat de redenen om te kiezen voor een open house of selectieve inkoop, en de redenen om te kiezen voor een inspannings- of resultaatgerichte bekostiging heel anders zijn. Zo kiezen gemeenten voor open house met als belangrijkste redenen: een dekkend zorgaanbod realiseren, keuzevrijheid cliënt maximaliseren, continuïteit van zorg borgen, administratief arme inkoopprocedure, et cetera. Belangrijkste redenen voor gemeenten om te kiezen voor een inspanningsgerichte uitvoeringsvariant: eenvoudig (administratief) systeem, makkelijk en beter inzicht in de productie, et cetera. Belangrijkste redenen om te kiezen voor resultaatgerichte uitvoeringsvariant: meer vrijheid geven aan de aanbieder (en professional) om te bepalen wat er nodig is (het hoe), het stimuleren om niet meer te doen dan nodig is, om beter en samen met de cliënt te bepalen welke resultaten nagestreefd worden en hoe deze gerealiseerd worden.

5 Kwalitatieve verdieping

In dit hoofdstuk presenteren we de bevindingen op basis van de gehouden interviews. De resultaten presenteren we aan de hand van de belangrijkste deelonderwerpen. Voordat we de resultaten presenteren lichten we toe hoe we de kwalitatieve verdieping hebben uitgevoerd.

5.1 Aanpak kwalitatief onderzoek

We hebben in totaal 25 interviews gehouden met 39 respondenten. Hiervoor is een zorgvuldige selectie gemaakt van respondenten, om tot een goede mix van perspectieven en ervaringen te komen:

- a. We hebben rekening gehouden met de verschillende perspectieven (gemeente, zorgaanbieder, professional, cliënt). Daarnaast is zo veel mogelijk rekening gehouden met de ervaringen en expertise van respondenten met verschillende manieren van inkopen. Respondenten met ervaring en expertise met meerdere inkoopssystemen zijn naar verwachting beter in staat om bepaalde effecten correct te attribueren aan een inkoopssystematiek en ook te onderkennen als uitkomsten géén effect van inkoopssystematiek zijn.
- b. We hebben er bewust voor gekozen om geen gemeenten te selecteren die recent zijn overgestapt naar een andere manier van inkoop, in de veronderstelling dat betrokkenen van deze gemeenten nog te weinig resultaten (hebben) kunnen zien van de nieuwe inkoopmethode en daarmee mogelijk te veel vanuit verwachtingen in plaats van ervaringen zullen reflecteren op de thema's.
- c. In de gesprekken hebben we aan de hand van de hierboven genoemde thema's getoetst wat de (mogelijke) effecten van open house inkoop hierop zijn. Daarbij hebben we ook doorgevraagd naar overeenkomsten en/of verschillen met selectieve inkoop. We hebben daarbij soms bewust de tegenstelling gebruikt van open house tegenover vergaande selectieve inkoop, zoals waarbij een consortium gecontracteerd wordt, om effecten van de inkoop scherp te stellen. In de praktijk zijn er veel meer vormen van aanbestedingen (bijvoorbeeld SAS zonder Emvi en zonder nadere selectie), zoals ook in hoofdstuk 2 is uitgelicht.
- d. Bij de interviews met deskundigen vanuit gemeenten lag de focus in de interviews op één interview na zowel op de Wmo⁸⁰ als op de jeugdzorg. In de interviews met het gemeentelijke perspectief spraken we bovendien in vier interviews met verschillende betrokkenen vanuit een regionale inkooporganisatie. Deze deskundigen hadden binnen de regio zicht op en ervaring met verschillende inkoopmethodes waaronder open house, en hadden zij betrokkenheid bij zowel inkoop voor de Wmo 2015 als voor jeugdzorg.
- e. In de interviews met de experts werd soms specifiek ingegaan op Wmo, soms op jeugdzorg, maar vaak hadden de uitspraken van de geïnterviewde experts betrekking op generieke principes en zijn deze van toepassing op zowel Wmo als jeugdzorg. Een aantal van de geïnterviewde experts is zelf al jarenlang betrokken bij gemeentelijke zorginkoop en heeft hier ook zelf mede vorm aan gegeven.
- f. Bij de interviews met deskundigen vanuit het zorgaanbiedersperspectief hebben we gesproken met een mix van grotere en kleinere aanbieders, met aanbieders die (hoofdzakelijk) in de Wmo actief zijn en met aanbieders die in de jeugdzorg actief zijn. Twee van deze interviews waren met betrokkenen vanuit brancheorganisatie en samenwerkingsverbanden van (kleinere) zorgaanbieders, waarin zowel ervaringen met (inkoop van) Wmo als jeugdzorg aan de orde zijn geweest. Bovendien spraken we deskundigen vanuit zorgaanbieders die in meerdere regio's en voor verschillende gemeenten actief zijn of zijn geweest. Deze deskundigen hebben doorgaans dan ook ervaring met meerdere inkooptrajecten en inkoopmethodieken.
- g. De interviews met professionals als ervaringsdeskundigen hadden betrekking op persoonlijke ervaringen binnen een of enkele zorgorganisaties.
- h. De interviews met deskundigen die het cliëntperspectief vertegenwoordigen hadden ook zowel betrekking op Wmo als op jeugdzorg.

⁸⁰ Wanneer we het in dit onderzoek hebben over de Wmo, bedoelen wij de Wmo 2015 en de zorgvormen die vanaf 2015 onder verantwoordelijkheid van de gemeenten zijn komen te vallen. Deze afbakening van de Wmo was ook de focus in de interviews.

Aangezien de open house inkoopssystematiek én de maatschappelijke dialoog over de (veronderstelde) effecten in hoofdzaak betrekking heeft op hulpverleningsdiensten - en niet of nauwelijks op hulpmiddelen en vervoersdiensten - is gekozen om zowel in vraagstelling als in de selectie van respondenten de focus te leggen op Wmo-ondersteuningsdiensten en jeugdzorg.

5.1.1 *Analyse en synthese*

Met de gehouden interviews hebben we inzichten van verschillende experts en ervaringsdeskundigen opgehaald. De inzichten en ervaringen met betrekking tot open house inkoop (en alternatieve vormen van inkoop) verschillen per respondent en per perspectief. We hebben als onderzoekers een synthese uitgevoerd op alle gespreksverslagen en geven in de gepresenteerde resultaten aan op welke punten (grotendeels) sprake is van consensus, of dat een deel van de respondenten de betreffende inzichten heeft gedeeld. Daar waar verschillen in mening, inzicht of ervaringen bestaan, hebben we dit ook aangegeven. Dat geldt ook voor eventuele verschillen tussen Wmo en jeugdzorg of verschillende zorgvormen: daar waar de inzichten verschillen per domein of zorgvorm, geven we dit expliciet aan⁸¹. Een belangrijke notie hierbij is dat de meningen, inzichten of ervaringen *binnen* een specifiek perspectief soms verschillen; er is niet altijd consensus tussen alle respondenten van een bepaald perspectief. Met andere woorden: het is niet zo dat alle zorgaanbieders het op alle thema's met elkaar eens zijn en hetzelfde geldt voor de respondenten vanuit het gemeentelijk perspectief. Het is dus niet zo dat bijvoorbeeld aanbieders het altijd met elkaar eens zijn en daarmee tegenover gemeenten of professionals staan. Wij zien dit als een aanwijzing dat de respondenten eerlijk op de vragen antwoord hebben gegeven, en organisatiebelangen hierin geen nadrukkelijke rol hebben gespeeld.

De bevindingen die we beschrijven representeren daarmee de rode draden uit de verschillende gesprekken. Dit betekent ook dat niet alle in deze rapportage beschreven bevindingen door alle respondenten worden onderschreven. Per deelonderwerp beschrijven we de belangrijkste bevindingen en trekken hierbij waar mogelijk conclusies. Deze hebben dus betrekking op dit onderdeel van dit onderzoek.

5.2 **Open house in relatie tot partnerschap**

5.2.1 *Partnerschap tussen gemeenten en aanbieders van groot belang, vooral wanneer er een veranderopgave ligt*

Alle respondenten vinden partnerschap tussen gemeenten en aanbieders belangrijk en bij veel gemeenten is dit ook het streven. Hoewel een vaste definitie van partnerschap ontbreekt, hebben de respondenten zeker op hoofdlijnen hetzelfde beeld over de 'ingrediënten' van partnerschap: frequent constructief contact, bekende gezichten bij de andere partij en wederzijds begrip en vertrouwen. Enkele respondenten benoemen daarnaast de bereidheid bij beide partijen om compromissen te sluiten. Partnerschap is echter niet altijd even belangrijk. Er is consensus onder de respondenten dat wanneer er een belangrijke transformatie- of veranderopgave ligt, partnerschap tussen gemeenten en betrokken aanbieders randvoorwaardelijk is. Puur voor het leveren van zorg - vooral bij cliënten die een enkelvoudige ondersteuningsbehoefte hebben (bijvoorbeeld hulp bij huishouden, begeleiding of jeugd-ggz bij enkelvoudige problematiek) - is dit partnerschap minder belangrijk en er zijn zorgvormen waarvoor geen wezenlijke veranderopgave (gewenste transformatie) bestaat, waardoor partnerschap tussen gemeente en aanbieders ook minder belangrijk is. Naarmate de hulpvragen meervoudig en complexer worden, er meer zorgaanbieders bij betrokken zijn en er een meer integrale aanpak nodig is, neemt ook het belang van samenwerking en partnerschap toe.

5.2.2 *Het is niet goed mogelijk om partnerschap met een groot aantal zorgaanbieders op te bouwen en in stand te houden*

De meeste respondenten geven aan dat het onmogelijk is om met bijvoorbeeld 200 gecontracteerde partijen allemaal een intensieve en hechte relatie (een partnerschap) op te bouwen. In het geval van selectieve inkoop waarbij het aantal

⁸¹ Daarnaast gaan we in paragraaf 2.9 in op verschillen tussen zorgvormen en verschillen tussen Wmo en jeugdzorg.

gecontracteerde partijen is beperkt, lukt het meestal wel om een partnerschap met de geselecteerde aanbieders aan te gaan. In dit model zijn echter meestal ook veel onderaannemers actief waarmee de opdrachtgevende gemeenten geen partnerschap aangaan. De aanbieders die wij hebben gesproken vinden het juist fijn om wel een rechtstreekse relatie met de gemeente te hebben. In een constructie met hoofd- en onderaannemers is die rechtstreekse relatie er met veel aanbieders niet.

5.2.3 *Nuance bij de invloed van het aantal gecontracteerde aanbieders*

In de discussies over inkoopmethoden wordt vaak het aantal gecontracteerde partijen genoemd bij open house, dit zijn er soms wel enkele honderden. Dat betekent in de praktijk niet dat ze allemaal even veel zorg leveren (meestal levert een beperkt aantal aanbieders de bulk). Daarnaast worden veel aanbieders regionaal gecontracteerd. Het aantal aanbieders dat actief is in een gemeente is meestal een stuk kleiner volgens een aantal respondenten. De relevante zorgaanbieders op wijkniveau zijn volgens deze respondenten in aantal vaak beperkt en overzichtelijk genoeg om een (lokale) samenwerking mee op te bouwen.

Er lijkt bovendien consensus te zijn dat in situaties waarbij één partij (of een consortium) is gecontracteerd, er veel zorgaanbieders als onderaannemer worden ingezet. Dit wordt ook bevestigd vanuit het literatuuronderzoek⁸². Het aantal betrokken zorgaanbieders is volgens verschillende respondenten waarschijnlijk ook groot en mogelijk ongeveer evenveel als wanneer er met open house wordt ingekocht, maar dat is niet per definitie zo. Selectieve inkoop hangt dus niet altijd samen met een kleiner aantal zorgaanbieders dat actief is.

5.2.4 *Het is wel mogelijk om bij open house inkoop partnerschappen met strategische zorgaanbieders aan te gaan*

De veronderstelling die bij enkele respondenten leeft is dat met open house inkoop (waarbij meestal sprake is van veel gecontracteerde partijen) het praktisch gezien niet goed lukt om een partnerschap met al deze partijen aan te gaan. Zij gaan uit van het principe van gelijke behandeling en op z'n minst op gelijkwaardige manier informeren van gecontracteerde partijen. Er zijn in de interviews echter ook verschillende voorbeelden genoemd waar partnerschap tussen gemeenten en aanbieders wel bij een open house inkoop van de grond komt. Verschillende regio's die zorg via open house inkopen, kiezen ervoor om niet met alle, maar met een beperkte selectie van zorgaanbieders een partnerschap aan te gaan. De gemeenten in deze regio's zien voldoende mogelijkheden om binnen de kaders van de open house inkoop deze strategie te volgen en, afhankelijk van de situatie en zorgvorm, alleen met strategische partners een partnerschap aan te gaan. Deze gemeenten hebben met de 'strategische partners' - dat is dan een selectie van alle gecontracteerde zorgaanbieders - bijvoorbeeld frequenter contact, en ook op meerdere niveaus binnen de organisaties. Een van de geïnterviewde regio's benoemde dat zij ook aparte vergoedingsafspraken hanteren met de strategische partners voor deze extra inzet. Deze zorgaanbieders leveren meer dan alleen de standaard hulpverlening en daar staat in deze regio dus een extra vergoeding tegenover. Samen met deze strategische partners *binnen een open house* geven de gemeenten dan vorm aan transformatieopgaven.

5.2.5 *De verwachtingen van en ervaringen bij een partnerschap verschillen lopen uiteen*

Partnerschap was een belangrijk thema in de interviews. Uit de beantwoording blijkt dat de verwachtingen van en ervaringen met partnerschap in de praktijk nog wel uiteenlopen. Op een meer conceptueel niveau kun je stellen dat gemeenten en aanbieders (deels) verschillende belangen hebben en dat er sprake is van informatie-asymmetrie tussen gemeenten en aanbieders. Dit houdt in dat gemeenten niet dezelfde informatie hebben over de uitvoering van de zorg als de zorgaanbieders. Dat is een belangrijke reden voor gemeenten om een partnerschap aan te gaan: verbeteren van de informatiepositie en het beter in lijn krijgen van de verschillende belangen. Een partnerschap tussen aanbieder en gemeenten heft de verschillende belangen natuurlijk niet (geheel) op. Aanbieders hebben juist de verwachting dat zij door een partnerschap meer zekerheid (voor de langere termijn) krijgen, de kosten voor de door hun geleverde zorg

⁸² Jeugdautoriteit, 2023. [Hoofd- en onderaannemerschap in de jeugdhulpsector](#).

(goed) betaald krijgen. Dergelijke uiteenlopende verwachtingen bij een partnerschap hoeven volgens verschillende experts niet te conflicteren in de praktijk.

Gemeenten geven aan dat het contact met belangrijke aanbieders frequenter en intensiever is. Gemeenten zetten vooral in op contractgesprekken met deze belangrijkste zorgaanbieders en organiseren daarnaast (transformatie)tafels. Soms zijn die bedoeld voor een select aantal zorgaanbieders, soms worden alle gecontracteerde aanbieders hiervoor uitgenodigd. De ervaringen met partnerschappen wisselen in de praktijk. Zorgaanbieders geven aan dat, ongeacht de manier van inkoop, contractgesprekken vaak (vooral) gaan over rechtmatigheid, productie(volume), beschikbaarheid en wachttijden. Zij zouden graag zien dat deze gesprekken meer over de inhoud zouden gaan (bijvoorbeeld over kwaliteit van zorg en over veranderopgaves). Ook geven verschillende aanbieders in de interviews aan dat hun ervaringen met overlegtafels (vaak in de context van open house inkoop) vrij negatief zijn omdat deze tafels tot weinig opvolging en (dus) resultaten leiden. De ervaring van een aantal aanbieders bij selectieve inkoop is dat er in de aanbesteding veel aandacht is voor de visie op transformatiethema's en bijbehorende plannen van aanpak, maar dat gemeenten daar na de gunning vervolgens niet of nauwelijks op terugkomen, bijvoorbeeld in de contractgesprekken.

5.2.6 *Wat draagt bij aan partnerschap en wat beperkt dit?*

Veel respondenten geven aan dat de inkoopmethode niet of nauwelijks van invloed is op de mate waarin een partnerschap tot stand komt. Gemeenten, zorgaanbieders en experts noemen vergelijkbare factoren die bijdragen aan partnerschap en die belemmerend zijn:

- a. Dat er sprake is van **continuïteit op persoonlijk niveau** (aan beide kanten). Partnerschap gaat uiteindelijk om persoonlijke relaties. Het is daarom heel moeilijk om partnerschap (relaties) op te bouwen als er sprake is van veel verloop en wisselingen in functies. Veel respondenten geven aan dat zij dergelijke wisselingen (te) veel hebben ervaren in de afgelopen jaren.
- b. Een **langere contractduur (en geen discontinuïteit)** draagt bij een partnerschap. Het kost namelijk veel tijd (en investeren in elkaar) om tot een goed partnerschap te komen. Bij selectieve aanbestedingen staat de continuïteit van de bestaande relaties (tijdelijk) onder druk en als een aanbieder buiten de boot valt, kan een goed functionerend partnerschap door een aanbesteding worden beëindigd. Met open house inkoop is die continuïteit beter geborgd. Wanneer een gemeente of regio een nieuw open house veel selectiever inricht dan voorheen en er als gevolg meer aanbieders afvallen, dan gaat dit ook ten koste van de genoemde continuïteit.
- c. Veel respondenten geven aan dat partnerschap tussen gemeenten en aanbieders **vaak onder druk komt te staan door de financiële tekorten** bij gemeenten. De focus komt in de relatie dan op controle en verantwoording te liggen en minder op de inhoud.
- d. Voor aanbieders geldt ook dat als zij 'te weinig betaald' krijgen voor de zorg die zij leveren, dit ook belemmerend werkt voor partnerschap. Er moet **recht worden gedaan aan de kosten die gemoeid gaan met (de investering in) partnerschap**.
- e. In **periode van (voorbereiding op) aanbesteding** ontstaat volgens verschillende respondenten (met name vanuit het aanbiedersperspectief) een dynamiek in 'de markt' die **niet bijdraagt aan samenwerking** en partnerschap tussen aanbieders onderling en met de gemeente. Aanbesteding brengt dan de betrokkenen (zowel gemeente versus aanbieders en aanbieders onderling) niet dicht bij elkaar, maar zorgt juist voor verwijdering omdat (eigen) belangen zoveel nadruk krijgen.

Samenvattend over open house inkoop in relatie tot partnerschap

Iedereen is het erover eens dat gemeenten niet met honderden aanbieders allemaal een hechte partnerschapsrelatie kunnen opbouwen en onderhouden. Echter, er is ook consensus dat partnerschap vooral van belang is wanneer een verandering gerealiseerd moet worden: dit doe je als gemeente samen met enkele (strategische) partners. Partnerschap draait om persoonlijke (en langdurige) relaties en heeft baat bij continuïteit in de relatie. Financiële tekorten, druk op tarieven en dynamiek rondom een nieuwe aanbesteding werken juist belemmerend. Wanneer bij een open house inkoop veel zorgaanbieders zijn gecontracteerd, bestaat het risico dat

partnerschap niet goed van de grond komt als er geen extra aandacht voor is. Verschillende respondenten uit het gemeentelijke perspectief, de experts én de zorgaanbieders benoemen dat een partnerschap opbouwen in een open house setting ook kan met een deel van de gecontracteerde aanbieders. Daaruit concluderen we dat open house het partnerschap met strategische aanbieders (daar waar het nodig is) niet in de weg hoeft te staan. Er bestaan bovendien verschillende factoren die belangrijker dan de gekozen inkoopmethode zijn, die bijdragen aan partnerschap of juist belemmerend werken.

5.3 Open house in relatie tot transformatie

5.3.1 *Transformatie is een belangrijk thema voor gemeenten*

De behoefte om te transformeren bestaat zowel in de Wmo als in de jeugdzorg en alle respondenten benadrukken het belang ervan. Transformatie is een verzamelbegrip voor allerlei verschillende veranderingen waaraan verschillende partijen in een zorgsysteem werken. Voorbeelden van veranderingen in het sociaal domein zijn de bewegingen van verblijfszorg naar ambulante zorg, van grootschalige naar kleinschalige voorzieningen, van zorg bij de aanbieder naar zorg dichtbij het gezin en het netwerk organiseren, van individuele naar meer groepsgerichte zorg, het versterken van integraliteit in de hulpverlening, het versterken van de samenwerking met het voorliggend veld (inclusief initiatieven waarbij vrijwilligers worden ingezet) et cetera. De behoefte om te transformeren hangt daarmee af van de zorgvorm, en ook van de huidige situatie in een regio of gemeente.

5.3.2 *Transformeren doe je met een beperkt aantal partijen*

Er is consensus onder de respondenten dat transformatie idealiter wordt opgepakt en uitgevoerd met een beperkt aantal (strategische) partners. Gemeenten moeten volgens de meeste respondenten het voortouw nemen bij transformatie en op z'n minst duidelijke visie en kaders meegeven. Verschillende gemeenten hebben in de afgelopen jaren gekozen voor selectieve inkoop in combinatie met taakgerichte bekostiging om het aantal partijen waarmee de veranderingen worden opgepakt te verkleinen. Het idee is dat de zorgaanbieders als aangewezen consortium beter in staat zijn om aan verschillende veranderingen te werken, doordat zij als zorgaanbieders in een samenwerkingsconstructie zitten en de gemeente op één partij kan sturen. Een dergelijke constructie kan worden beschouwd als verst doorgevoerde vorm van selectieve inkoop. Het werken met taakgerichte bekostiging verhoudt zich slecht met een open house⁸³. De ervaringen van enkele respondenten met selectieve inkoop waarbij een partij/consortium de opdracht krijgt zijn wisselend (van negatief tot positief). Het is echter nog te vroeg om de conclusie te trekken dat het taakgericht bekostigen van een hoofdaannemer of consortium in de praktijk ook slaagt ten aanzien van het realiseren van transformatie; er zijn nog te weinig voorbeelden waar dit gedurende een langere periode is geprobeerd.

Bij open house inkoop zijn er meestal (aanzienlijk) meer partijen gecontracteerd. De ervaringen in hoeverre transformatie van de grond komt in verschillende gemeenten lopen sterk uiteen. Respondenten wijzen naar bepaalde regio's waar transformatieopgaven zijn belegd bij een groot aantal partijen en dat hier weinig tot niets van de grond komt. Als belangrijke redenen noemen zij dat transformeren moeilijk is als voor het realiseren van de betreffende opgaves meerdere organisaties noodzakelijk zijn waarbij er verschillende opvattingen en belangen spelen. Het lukt dan niet om zorgorganisaties een kant op te bewegen die voor (een deel van) de betreffende organisatie nadelig is. Andere respondenten wijzen op voorbeelden waarbij de regio of gemeente binnen (het grote aantal) gecontracteerde aanbieders een beperkter aantal 'strategische partners' uitkiest waarmee intensief wordt samengewerkt aan bepaalde transformatieopgaven (zie ook de vorige paragraaf over partnerschap binnen open house). Zij zien hierbij positieve

⁸³ Bij taakgerichte bekostiging stelt de gemeente een budget per aanbieder vast voor het verrichten van een bepaalde 'taak'. Nu is bij open house de omvang van de taak op voorhand onduidelijk omdat cliënten zelf kiezen uit het gecontracteerde aanbod. Daarom staan open house en taakgerichte bekostiging met elkaar op gespannen voet.

resultaten en geven aan dat de manier van inkoop niet van invloed hoeft te zijn op het realiseren van transformatie, wel dat er vervolgens niet met alle partijen tegelijkertijd wordt geprobeerd te transformeren. Door binnen open house inkoop gericht met een klein(er) aantal strategische partners samen vorm te geven aan transformatie is het totale aantal gecontracteerde zorgaanbieders dus niet belemmerend.

5.3.3 *Voorbeelden hoe transformatieopgaven vormgegeven kunnen worden binnen open house*

Binnen open house inkoop is het volgens diverse respondenten (dus) mogelijk om met een beperkt aantal strategische aanbieders transformatieopgaven op te pakken. Zo maken diverse regio's binnen de (vele) gecontracteerde aanbieders bij open house onderscheid tussen een beperkte groep strategische partners binnen het sociaal domein en de overige aanbieders. De strategische partners zijn bijvoorbeeld aanbieders met een groot volumeaandeel in de markt, maar dit kunnen ook kleinere en meer innovatieve partijen zijn. Gemeenten willen transformatieopgaven vormgeven met deze groep strategische partners en hebben daardoor meer contact en afstemming met deze partners. Zo is er een regio die gebruikmaakt van aparte overeenkomsten met de strategische partners buiten de open house inkoop om, waarbij de strategische partners vergoedingen ontvangen voor het deelnemen aan overlegtafels en andere inspanningen om de gewenste transformatie te bereiken. Dit staat los van de vergoedingen die ze ontvangen voor het leveren van de zorg die via open house is gecontracteerd.

Verschillende respondenten (zowel experts en gemeenten) geven aan dat open house juist bij transformatieopgaven een voordeel heeft door de flexibiliteit die de inkoopmethodiek biedt om ook tijdens de looptijd van een contract te kunnen bijsturen. Binnen open house hoeft er niet opnieuw aanbesteed te worden wanneer er (wezenlijke) wijzigingen zijn binnen de looptijd van het contract. Dit geeft bij open house bijvoorbeeld de mogelijkheid om nieuwe producten toe te voegen of bepaalde producten te wijzigen tijdens de looptijd van het contract die nodig zijn voor bepaalde transformatiedoelstellingen.

5.3.4 *Andere factoren die bijdragen aan transformatie of dit beperken*

In aanvulling op de hierboven genoemde punten, hebben verschillende respondenten factoren genoemd die (sterk) bijdragen aan transformatie of dit juist beperken:

1. Als transformeren het doel is, dan ligt het voor de hand om dit te doen met strategische (systeem) aanbieders, maar verschillende respondenten wijzen op de **meerwaarde van kleinere en innovatieve aanbieders** die voor verschillende transformatieopgaven van toegevoegde waarde zijn. Verschillende gemeenten betrekken daarom juist ook deze kleinere en innovatie partijen bij het oppakken van transformatieopgaven.
2. De ervaring bij verschillende zorgaanbieders (die deze ervaring in meerdere regio's hebben gehad) is dat gemeenten bij aanbestedingen uitgebreide plannen gericht op de veranderopgaves vragen, waarbij gemeenten er na de gunning vervolgens niet meer op terug komen. Om te transformeren is het juist **noodzakelijk om gedurende de contractperiode samen op te trekken**. Gemeenten hebben hierin blijvend een actieve rol. Bij open house inkoop is het niet gebruikelijk om uitgebreide plannen op te vragen ten aanzien van transformatie.
3. Verschillende respondenten wijzen erop dat een **kwalitatief goede inschrijving bij een aanbesteding niet altijd gelijk staat aan kwalitatief goede zorg**. Sommige partijen zijn goed in het schrijven van een inschrijving en huren hiervoor ook speciaal mensen in.
4. Aanbieders ervaren dat gemeenten vooral sturen op kosten. De door gemeenten gehanteerde **tarieven worden vaak niet als passend ervaren bij de transformatieopgaven die er liggen**. Steeds vaker kiezen aanbieders vervolgens vanwege deze te lage tarieven soms strategisch om geen contract aan te gaan en staan dan op afstand voor de transformatie.
5. Verschillende respondenten wijzen erop **dat de manier van bekostiging bepaalde prikkels voortbrengt**. Zo wordt erop gewezen dat de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant niet bijdraagt aan het zo snel als mogelijk weer afschalen van hulp en het benutten van de eigen kracht. In het geval van verblijfszorg leidt inspanningsgerichte bekostiging tot de perverse prikkel om bedden zo veel mogelijk bezet te houden, omdat

zorg onrendabel wordt als er te veel bedden leeg staan. In dat geval kan een beschikbaarheidsvergoeding bijdragen aan het doel om zo min mogelijk verblijfszorg in te zetten.

6. Het **ombouwen van verblijfszorg naar ambulante varianten vraagt veel van zorgaanbieders** die de zorg moeten ombouwen. Deze aanbieders moeten kosten maken (bijvoorbeeld vastgoed afschrijven) die niet makkelijk terugverdiend kunnen worden met het leveren van zorg alleen. Gemeenten zouden hier rekening mee moeten houden. Een taakgerichte benadering kan hieraan bijdragen, door het ombouwen van de zorg onderdeel van 'de taak' te maken en hier middelen aan te verbinden. Met de andere bekostigingsvarianten is onzekerheid in het volume en daarmee financiële middelen (zowel van verblijfszorg als ambulante varianten) een knelpunt: je kunt afschrijvingskosten en andere vaste kosten verdisconteren in een tarief, maar als het volume of de bezettingsgraad van een voorziening onzeker is, dan is dit lastig om de opslag betrouwbaar te berekenen. Taakgerichte bekostiging past doorgaans niet goed bij open house - en dus is in die gevallen open house inkoop minder passend.
7. Verschillende respondenten geven aan dat het bij **transformatie** belangrijk is dat dit gebeurt met de juiste mensen, **vanuit een gemeenschappelijke visie, met de juiste mindset**. Het gaat er dan om dit met mensen te doen die mee willen veranderen en zich daar persoonlijk aan committeren. En van belang is dat er gemeenschappelijke en duidelijke visie is over het 'wat' en 'hoe' van het transformeren.

Samenvattend over open house inkoop in relatie tot transformatie

Transformeren lukt alleen met een beperkt aantal partijen. Bij open house inkoop waarbij veel partijen zijn gecontracteerd, lukt dit dan ook niet goed met al deze partijen **tegelijk** is de ervaring van veel respondenten. Verschillende respondenten vanuit het gemeenteperspectief en verschillende experts geven aan dat binnen het (bijvoorbeeld middels open house inkoop) gecontracteerde aanbod enkele strategische partners kunnen worden uitgekozen waarmee intensief wordt samengewerkt aan transformatieopgaven. Er zijn verschillende factoren die bijdragen aan transformatie of dit juist belemmeren. Deze hangen niet per se samen met de inkoopmethode zelf. Indien er grote investeringen of afschrijvingen moeten worden gedaan (bijvoorbeeld met betrekking tot vastgoed), zijn deze kosten moeilijk te verdisconteren in een tarief als het volume onzeker is. Een taakgerichte uitvoeringsvariant, wat op gespannen voet staat met open house, biedt hiervoor een mogelijke uitkomst. Duidelijk is dat plannen op papier (bijvoorbeeld opgevraagd in het kader van een aanbesteding) een beperkte waarde kunnen hebben: gemeenten moeten voortdurend met zorgaanbieders in de uitvoering werken aan transformatie. Verschillende respondenten van verschillende perspectieven geven aan dat open house flexibiliteit biedt, doordat tijdens een contract producten gewijzigd of toegevoegd kunnen worden die nodig zijn voor transformatiedoelstellingen, iets wat binnen het regime van aanbestedingen minder makkelijk mogelijk is.

5.4 Open house in relatie tot kwaliteit

5.4.1 *Kwaliteit is een breed begrip, sturing hierop gebeurt op verschillende manieren door verschillende partijen*

Respondenten vanuit aanbieders, gemeenten en cliënten hebben het over verschillende onderwerpen in relatie tot kwaliteit. Vanuit het perspectief van cliënten gaat het bij kwaliteit vooral om professionaliteit van de zorgverlener (onder andere het goed weten wanneer je moet handelen), de bejegening en het empathisch vermogen naar de cliënt toe, en de kwaliteit van de zorgsetting (bijvoorbeeld het gebouw in het geval van verblijfszorg). Idealiter wordt de kwaliteit van de zorg in kaart gebracht aan de hand van de 'cliëntreis' en/of met input van gebruikers van de zorg. Respondenten die het cliëntperspectief vertegenwoordigen, geven aan dat dit echter maar weinig gebeurt.

Gemeenten sturen vooral op kwaliteit door kwaliteitseisen te stellen in de inkoop. Bijvoorbeeld eisen aan het kennis- en opleidingsniveau van de professional, het handelen conform kwaliteitsstandaarden en het toepassen van een kwaliteitscyclus (uitvoeren, evalueren, verbeteren). In het geval van open house inkoop is er sprake van minimeisen. Deze juridische term voor deze eisen betekent niet dat het daarmee om 'zo laag als mogelijke' (kwaliteits)eisen gaat. De eisen die worden gesteld kunnen net zo goed 'streng' en veelomvattend zijn.

Respondenten die het aanbiedersperspectief vertegenwoordigen, geven aan dat gemeenten in het contractmanagement kwaliteit slechts beperkt meenemen. Er wordt wel gekeken naar verschillende KPI's, maar een inhoudelijk gesprek over kwaliteit (vanuit het perspectief van de cliënt) komt volgens deze respondenten maar beperkt voor. Respondenten vanuit het cliëntperspectief beamen dit.

Daarnaast is toezicht op kwaliteit een wettelijke taak (door de IGJ op jeugdhulp of door de gemeente op maatschappelijke ondersteuning). Ook branchepartijen en coöperaties van zorgaanbieders stellen kwaliteitseisen aan hun leden. Soms zetten aanbieders via deze 'koepelorganisaties' ook in op kwaliteitsontwikkeling door middel van leernetwerken en visitaties of het werken met cliëntenraden.

5.4.2 De totale inspanning van toezicht op kwaliteit hoeft bij open house niet anders te zijn dan bij selectieve inkoop

Een veronderstelling uit de literatuuranalyse is dat het bij een groot aantal contractpartijen lastiger is om goed toezicht te houden op partijen. Ondanks dat we dit in enkele interviews terug hebben gehoord, kwam in andere interviews naar voren dat het voor gemeenten die selectief inkopen niet minder inspanning vergt. Bij selectieve inkoop kunnen er alsnog veel zorgaanbieders actief zijn als onderaannemer, waar ook toezicht op gehouden moet worden. Bij open house ligt de monitoring en het contractmanagement bij de gemeente, daar waar deze rol nadrukkelijker bij hoofdaanemers komt te liggen naarmate de inkoop selectiever wordt en onderaannemers actief zijn. Op de vraag wie beter toezicht kan houden op de kwaliteit van zorg komen wisselende beelden naar voren. Aan de ene kant was het beeld dat aanbieders beter ingevoerd zijn in wat de kwaliteit van zorg is en daarom beter dan gemeenten in staat zijn om de kwaliteit van (andere) zorgaanbieders te beoordelen. In de interviews geven echter meerdere aanbieders en gemeenten aan dat juist gemeenten beter het toezicht kunnen houden op kwaliteit. Genoemde redenen zijn dat gemeenten hier al meer ervaring mee hebben opgebouwd dan aanbieders, het beter past bij hun rol én dat gemeenten meer instrumenten hebben om toezicht te houden. Gemeenten hebben namelijk de wettelijke taak en formele mogelijkheden om te controleren op rechtmatigheid en kwaliteit (toezicht op kwaliteit van jeugdhulp is formeel belegd bij de IGJ). Ongeacht wie het toezicht op kwaliteit uitvoert, is het (vooral in het geval er wordt gewerkt met veel onderaannemers) belangrijk dat het duidelijk belegd is en ook uitgevoerd wordt. Sommige gemeenten houden bij selectieve inkoop alsnog actief toezicht op onderaannemers (bijvoorbeeld door hoofdaanemers toestemming te laten vragen om een nieuwe onderaannemer in te schakelen en te toetsen of deze ook aan de contracteisen voldoet) om te voorkomen dat partijen die bewust niet geselecteerd zijn (omdat ze niet gekwalificeerd waren), via onderaannemersschap alsnog zorg kunnen leveren.

5.4.3 Gemeenten houden buiten de inkoop weinig toezicht op de kwaliteit van zorg

Volgens zorgaanbieders stellen gemeenten bij de inkoop (zowel in open house als bij selectieve inkoop) veel en zeker voldoende kwaliteitseisen. Daar zijn zij in de basis ook tevreden over. Zij vinden het echter vervelend als de gestelde kwaliteitseisen per regio of gemeente verschillen. Dit levert veel administratieve lasten op bij aanbieders. Zij stellen dat de door gemeenten gestelde kwaliteitseisen uniform zouden moeten zijn (zoals in de Wlz). Bovendien wordt er volgens veel respondenten uit het aanbiedersperspectief, nadat zij een contract hebben gekregen, zelden toezicht gehouden op of zij in lijn met de kwaliteitseisen handelen. Voor aanbieders voelen de gestelde kwaliteitseisen daarom als een papieren werkelijkheid die niet bijdraagt aan kwaliteit van zorg. Los van of er selectieve inkoop of met open house in wordt gekocht, vinden aanbieders het belangrijk dat ook gedurende de contractperiode en voorafgaand aan de inkoop met hen over kwaliteit wordt gepraat. Dit gebeurt nu nog weinig volgens deze zorgaanbieders. Ook vanuit het cliëntperspectief wordt benadrukt dat een feedbackloop gewenst is en dat eisen stellen aan de voorkant niet voldoende is. In die feedbackloop vinden zij het belangrijk dat gemeenten en aanbieders ook input van cliënten meenemen. Dat kan bijvoorbeeld door in gesprek te gaan met participatieraden of door periodiek cliëntvervingsonderzoeken uit te voeren. Uitkomsten van die gesprekken kunnen bijvoorbeeld besproken worden in contract- en relatiegesprekken tussen gemeenten en aanbieders.

Samenvattend over open house inkoop in relatie tot kwaliteit

Kwaliteit is een veelomvattend begrip dat raakt aan tevredenheid van cliënten, bejegening, effectiviteit van ondersteuning en professionaliteit van de hulpverlening. Gemeenten sturen op kwaliteit door het stellen van kwaliteitseisen en het daarop toezien in de uitvoering. Continuïteit van zorg en keuzevrijheid voor cliënten kunnen ook als kwaliteitsaspecten gezien worden, maar deze behandelen we in aparte paragrafen.

Hoewel kwaliteitseisen een belangrijk onderdeel zijn in de inkoop (zowel bij open house als bij andere vormen van inkoop), is de ervaring dat hier gedurende de contractperiode zelf vanuit de gemeente veel minder aandacht voor is, ongeacht de inkoopmethodiek. Dit geldt vooral als het gaat om ervaren kwaliteit vanuit het cliëntperspectief. Er is geen goed beeld uit de interviews gekomen waarom dit zo is.

Als er meer aanbieders gecontracteerd zijn, ligt het voor de hand dat de totale inspanning van de gemeente op het gebied van toezicht groter is dan wanneer het aantal gecontracteerde aanbieders kleiner is. Bij selectieve inkoop waarbij een klein(er) aantal aanbieders is gecontracteerd, is echter vaak sprake van aanbieders die als onderaannemer actief zijn waar ook (al dan niet door de hoofdaannemer maar ook door de gemeente) op zal moeten worden toegezien. De totale inspanning van toezicht op kwaliteit hoeft bij open house (daarom) niet anders te zijn dan bij selectieve inkoop. Samenvattend ontstaat uit de interviews het beeld dat open house inkoop geen afwijkend effect heeft op de kwaliteit van ondersteuning dan andere inkoopmethodieken. Ten aanzien van dit aspect komt uit de verschillende perspectieven van respondenten hetzelfde beeld naar voren.

5.5 Fraude en niet-integer gedrag zorgaanbieders

5.5.1 *Zowel bij selectieve als open house inkoop is toezicht houden op fraude en niet-integer gedrag van zorgaanbieders complex*

In de literatuurstudie zijn we ingegaan op een veronderstelling over de relatie tussen open house inkoop en 'fraude en niet integer gedrag van zorgaanbieders'. Voorbeelden van fraude en niet-integer gedrag zijn excessieve winstuitkeringen aan bestuurders of aandeelhouders, het declareren van niet-geleverde zorg en andere doelbewuste praktijken om onevenredig hoge winsten te realiseren (en vervolgens te maskeren). De veronderstelling is dat het lastiger zou zijn voor gemeenten om toezicht te houden op rechtmatigheid van veel zorgaanbieders dan op minder zorgaanbieders, waardoor het risico op fraude en niet-integer gedrag van zorgaanbieders bij open house inkoop groter is. Respondenten zijn het er inderdaad over eens dat toezicht houden op een grote hoeveelheid zorgaanbieders lastig is. Uit de gesprekken met gemeenten en aanbieders blijkt echter dat bij selectieve inkoop er alsnog veel zorgaanbieders actief kunnen zijn via onderaannemerschap, waar net zo goed ook fraude en niet-integer gedrag kan plaatsvinden. Bovendien zijn onderaannemers verder van gemeenten af georganiseerd dan wanneer zij een directe contractrelatie met een gemeente hebben via open house. Vanuit het gemeenteperspectief lijkt het toezicht (op een beperkt aantal gecontracteerde partijen) beter te overzien, maar de vraag is of er in deze situatie voldoende toezicht wordt gehouden (en mogelijk is) op de onderaannemers. Gemeenten kunnen hier vanuit hun toezichtsfunctie alsnog extra aandacht voor hebben, of hebben deze verantwoordelijkheid belegd bij de hoofdaannemers.

5.5.2 *Het gemeentelijke toezicht op rechtmatigheid kan beter*

In de inkoop kunnen belangrijke stappen genomen worden om onrechtmatigheid zo veel als mogelijk te voorkomen, zoals het toepassen van de wet Bibob om gegadigden voor een opdracht te screenen⁸⁴. Dit geldt overigens zowel voor een open house inkoop⁸⁵ als voor selectieve inkoop. Meerdere respondenten geven aan dat gemeenten, los van de

⁸⁴ Wat overigens een arbeidsintensief instrument is en daarom proportioneel moet worden toegepast.

⁸⁵ Per 1 oktober 2022 is de [Wet Bibob](#) hierop aangepast en bestaat de mogelijkheid om ook bij (semi) open house contractering Bibob-onderzoeken uit te voeren.

inkoop, het toezicht op rechtmatigheid nog verder kunnen ontwikkelen. Het toezicht op rechtmatigheid kan weliswaar intensief zijn (ongeacht de wijze van inkoop), volgens een respondent van een gemeente verdient het toezicht op rechtmatigheid zich met gemak terug. Er zijn voorbeelden van gemeenten die met open house inkoop werken (en te maken hebben met veel zorgaanbieders) die hun toezichtsfunctie al ver hebben doorontwikkeld en in staat zijn om goed toezicht te houden op deze zorgaanbieders. Zij controleren bijvoorbeeld alle nieuw gecontracteerde zorgaanbieders, hebben toezicht op rechtmatigheid onderdeel gemaakt van het contractmanagement en voeren (rechtmatigheids)onderzoeken uit naar aanleiding van signalen over mogelijke onrechtmatigheden.

5.5.3 De wijze van inkoop heeft volgens onze respondenten geen relatie met hoge winsten binnen de zorg

Hoge winsten komen voor in het sociaal domein, daar zijn alle respondenten het over eens. De relatie tussen hoge winsten en de wijze van inkopen ligt echter genuanceerd. We hadden het in de vorige paragrafen al over fraude en onrechtmatigheid (te veel factureren of zorg leveren en niet aan de gestelde voorwaarden voldoen, bijvoorbeeld door niet de geëiste kwaliteit te leveren). Dit is bewust onrechtmatig handelen door organisaties met als doel zoveel mogelijk geld verdienen. Deze oorzaak van hoge winsten kan echter niet direct gekoppeld worden aan de open house inkoopmethodiek.

Hoewel een groter aantal aanbieders de toezichtstaak van gemeenten groter maakt, ligt de oorzaak van hoge winsten vanwege fraude eerder in de mate waarin gemeenten prioriteit geven aan dit toezicht en de mate waarin de toezichtsfunctie is (door)ontwikkeld.

Ten aanzien van het realiseren van winst die hoger is dan maatschappelijk wenselijk wordt geacht, komt in diverse interviews ook een andere oorzaak aan bod: het werken met standaardtarieven voor Wmo en jeugdzorg en (te) beperkte tariefdifferentiatie. Gemeenten stellen tarieven vaak vast op basis van (gewogen) gemiddelde kostprijzen van aanbieders. Dit is vaak de praktijk bij open house inkoop, maar ook bij aanbesteden komt het voor dat er wordt gekozen voor een vaste prijs per producttype. Dit heeft dus niet zozeer met open house inkoop te maken, maar met gemeentelijke keuzes voor producten en bekostigingssystematiek. Standaardtarieven kunnen voor een systeemaanbieder met een hogere overhead knellen, terwijl dit tarief ruim dekkend is voor een kleine zorgaanbieder met een lage overhead. Met name zorgaanbieders met lagere overheadkosten kunnen hierdoor hogere marges behalen, zonder dat zij dit met verkeerde intenties doen. Daarbij zijn producten in de Wmo en jeugdzorg door de gemeenten soms vrij breed gedefinieerd en wordt er volgens respondenten geen of (te) beperkt onderscheid gemaakt tussen verschillende subgroepen van cliënten die verschillende maten van specialisatie vragen. Ook dat kan een oorzaak zijn voor verschillende kostenniveaus, zeker als de ene aanbieder meer focust op de cliënten met de (binnen het spectrum van het betreffende zorgproduct) minst complexe zorgvragen en de andere aanbieder meer focust op cliënten met de meest complexe zorgvragen. Bij open house inkoop wordt vaak met vaste tarieven gewerkt en speelt dit risico in de praktijk. Het is echter wel mogelijk, ook bij open house inkoop, om meer en beter te differentiëren in de tarieven, bijvoorbeeld op doelgroepen en/of de omvang van aanbieders, waarmee dit risico kan worden beperkt. Volgens respondenten gebeurt dit in de praktijk nog beperkt en zitten hier ook nadelen aan, omdat grenzen lastig af te bakenen zijn en het strategisch gedrag van zorgaanbieders in de hand kan werken om het meest gunstige tarief te ontvangen.

5.5.4 Private equity komt volgens respondenten nauwelijks voor in het gemeentelijke sociaal domein

Meerdere respondenten geven aan dat het gemeentelijke domein minder interessant is in vergelijking tot andere zorgdomeinen. Het is volgens hen niet aantrekkelijk voor private equity-partijen om toe te treden tot de gemeentelijke zorgmarkt (Wmo en jeugdzorg). Van alle respondenten wist er één een voorbeeld te noemen van een zorgorganisatie die (mede) wordt gefinancierd door private equity en die actief is in het sociaal domein. Respondenten, waaronder verschillende experts wijzen vooral naar andere zorgsectoren die aantrekkelijk(er) zijn voor private equity-investeerders, zoals de Wlz.

Samenvattend over open house inkoop in relatie tot fraude en niet-integer gedrag van zorgaanbieders

Zowel bij selectieve als open house inkoop is toezicht houden op fraude en niet-integer gedrag van zorgaanbieders complex. Volgens respondenten vanuit verschillende perspectieven is niet zozeer de inkoopmethodiek, maar de mate waarin toezicht op een goede manier wordt uitgevoerd bepalend voor het risico op fraude en niet-integer gedrag van zorgaanbieders. Wanneer er veel aanbieders actief zijn (zoals vaak bij open house inkoop, maar ook bij andere vormen van inkopen) is de totale toezichtopgave groter dan wanneer er relatief weinig aanbieders actief zijn. Daarom concluderen wij dat de wijze van inkoop slechts een beperkte en indirecte relatie heeft met het risico op niet-integer gedrag binnen de zorg. Onwenselijk hoge winst hangt samen met niet-integer gedrag, maar kan ook andere oorzaken hebben (zie ook onze literatuurstudie). Een veel belangrijkere oorzaak voor het ontstaan van hoge winsten is volgens veel respondenten vanuit de verschillende perspectieven het feit dat er (te) weinig met tarieven wordt gedifferentieerd.

Op één na, kon geen van de respondenten voorbeelden noemen van zorgaanbieders die met private equity zijn gefinancierd en actief zijn in de Wmo en/of jeugdzorg. De belangrijkste verklaring hiervoor is dat andere zorgsectoren financieel veel aantrekkelijker zijn dan de Wmo en jeugdzorg voor dergelijke partijen (met name de Wlz werd genoemd).

5.6 Open house in relatie tot continuïteit van zorg

5.6.1 *Bij een open house inkoop is de continuïteit van zorg beter geborgd dan bij selectieve vormen van inkoop*

In de literatuurstudie is ingegaan op de relatie tussen open house en continuïteit van zorg, waarbij bewijs werd gevonden voor het bijdragen van open house inkoop aan de continuïteit van de zorg. In verschillende interviews is het onderwerp continuïteit van zorg besproken en verder uitgediept.

De respondenten denken bij continuïteit van zorg aan continuïteit van het zorglandschap, aan continuïteit van de hulpverlenersrelatie en aan de continuïteit van de arbeidsrelatie van de professional. Doordat bij open house inkoop zorgaanbieders die al een contract hadden bij een nieuwe inkoopronde relatief eenvoudig een nieuw contract kunnen krijgen (en er niet een beperkt aantal wordt geselecteerd waardoor bestaande partijen mogelijk geen contract meer krijgen), is continuïteit van zorg (en alle genoemde deelaspecten) beter geborgd dan bij selectieve vormen van inkoop. Bij selectie inkoop bestaat bij elke inkoopronde het 'risico' dat bestaande aanbieders geen contract meer krijgen, met verschillende gevolgen van dien. Natuurlijk hangt de omvang van het risico bij aanbesteden samen met de mate van selectiviteit: hoeveel aanbieders gecontracteerd worden. Hieronder gaan we in op verschillende aspecten van continuïteit en de gevolgen van discontinuïteit.

5.6.2 *Continuïteit van het zorglandschap*

Verschillende respondenten hebben de ervaring gehad of hebben gezien dat door selectieve inkoop het lokale of regionale zorglandschap in grote mate is veranderd. Gemeenten hebben met selectieve inkoop soms juist ook als doel om het zorglandschap te veranderen, maar er zijn soms ook onbedoelde en zelfs ongewenste effecten. Zo zijn er voorbeelden van aanbieders die nadat ze een aanbesteding hebben verloren uit de regio zijn vertrokken of zelfs failliet zijn gegaan, waardoor de beschikbaarheid van zorg (voor bepaalde zorgvormen) flink werd beperkt. Beschikbaarheid van zorg is in steeds meer regio's een thema: er zijn voor veel zorgvormen wachtlijsten en voor aanbieders is het moeilijk om aan gekwalificeerd personeel te komen. In de praktijk worden zorgaanbieders die na een aanbesteding buiten de boot vallen, soms ook weer als onderaannemer gecontracteerd door een aanbieder die wel een contract heeft gekregen. Kleinere zorgaanbieders, waaronder een aanzienlijke groep professionals die als zelfstandige werken, trekken in dergelijke situaties vaak aan het kortste eind: zij hebben geen contract meer en komen ook als onderaannemer soms moeilijk nog aan een contract, of alleen onder slechte voorwaarden (lage tarieven en op flinke afstand van de gemeente).

5.6.3 *Continuïteit van de hulpverlenersrelatie*

Verschillende respondenten wijzen op de nadelige gevolgen voor bestaande hulpverlenersrelaties, als deze door selectieve inkoop worden doorbroken. Cliëntvertegenwoordigers geven aan dat het, vooral bij meervoudige en complexere hulpvragen, soms lang duurt voordat er een geschikte zorgaanbieder (bijvoorbeeld een verblijfsplek) is gevonden. Vooral bij zorgvormen waar cliënten langdurig van afhankelijk zijn, kan het ernstige gevolgen hebben als de betreffende zorgaanbieder geen contract meer krijgt bij een (nieuwe) aanbesteding. Gemeenten die selectief inkopen werken vaak wel met een overgangperiode, waardoor bestaande hulpverleningsrelaties niet abrupt en op korte termijn moeten worden beëindigd, maar deze periode van overgang is meestal wel begrensd. Ook hebben aanbieders aan wie gegund wordt (zowel binnen de Wmo als Jeugdwet), een inspanningsverplichting om te overleggen met aanbieders die voor gunning de opdracht uitvoerden, over overname van personeel^{86, 87}. Het gaat hierbij niet om een wettelijke verplichting tot overname van het personeel, daarmee is dit geen garantie voor de instandhouding van cliënt-hulpverlener relaties. Gemeenten kunnen hier wel nadere contractuele afspraken over maken.

5.6.4 *Continuïteit van de werkgevers-werknemersrelatie van professionals*

Voor professionals heeft selectieve inkoop soms ook grote gevolgen. Zij kunnen als de huidige werkgever geen contract heeft gekregen, soms alleen nog maar voor een gecontracteerde werkgever werken als zij in de regio (waar zij vaak zelf wonen) willen blijven werken, tenzij de werkgever van de betreffende professional door kan gaan als onderaannemer.

5.6.5 *Continuïteit als randvoorwaarde om te (kunnen) transformeren*

Verschillende zorgaanbieders die wij hebben gesproken geven aan dat continuïteit (gelezen als zekerheid voor de langere termijn om zorg te mogen leveren) een belangrijke randvoorwaarde is voor het inzetten op transformatie-opgaven. Zonder langetermijnperspectief vinden zorgaanbieders het moeilijk om investeringen te doen die noodzakelijk zijn voor de beoogde transformatie-opgaven. Hoewel zorgaanbieders die via open house zijn gecontracteerd geen volumezekerheid hebben, geven respondenten vanuit het aanbiedersperspectief aan dat deze manier van inkoop hen meer zekerheid geeft voor de langere termijn dan wanneer er selectief wordt ingekocht en het risico bestaat dat ze geen contract krijgen en (eventueel) alleen nog maar als onderaannemer voor de gemeente zorg kunnen leveren.

Samenvattend over open house inkoop in relatie tot continuïteit van zorg

Verschillende respondenten vanuit verschillende perspectieven geven aan dat selectieve inkoop negatieve gevolgen kan hebben voor de beschikbaarheid van zorg, de hulpverleningsrelatie en de werkgevers-werknemersrelatie van zorgprofessionals. Bij een open house inkoop is de continuïteit van zorg volgens verschillende respondenten beter geborgd dan bij selectieve vormen van inkoop waarbij inschrijvende partijen buiten de boot kunnen vallen, doordat aanbieders zorg kunnen blijven leveren zolang zij aan de voorwaarden blijven voldoen. Naarmate de mate van selectiviteit in de inkoop groter is, is het risico van discontinuïteit ook groter. Deze conclusie sluit aan bij de bevindingen uit de literatuurstudie.

Continuïteit vertaald naar zekerheid over het hebben van een contract wordt gezien als een belangrijke randvoorwaarde om te (kunnen) transformeren. Daar waar selectievere vormen van inkoop meer zekerheid kunnen bieden in termen van omzetvolume, biedt open house inkoop meer zekerheid over de duur, omdat geselecteerde aanbieders bij een nieuwe inkoopronde in het geval van een selectieve inkoop buiten de boot kunnen vallen. Vanuit alle perspectieven komt daarmee het beeld naar voren dat open house dus een positieve uitwerking heeft op de continuïteit van zorg.

⁸⁶ Artikel 2.6.5 Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015.

⁸⁷ Artikel 2.13 Jeugdwet.

5.7 Open house in relatie tot kosten

5.7.1 *Relatie tussen kosten en inkoopsystematiek in literatuuronderzoek*

Het literatuuronderzoek in hoofdstuk 3 gaf een gemengd beeld ten aanzien van kostenontwikkeling en budgetoverschrijdingen in relatie tot open house inkoop. Er is een veronderstelling dat veel aanbidders contracteren leidt tot hogere kosten vanwege 'supplier induced demand' (aanbod creëert vraag). Toch tonen diverse studies aan dat er geen statistisch significant verschil is in gerealiseerde kosten en kostenontwikkeling tussen gemeenten met open house inkoop en gemeenten met een selectieve inkoop. Een mogelijke verklaring is dat er maar een beperkt verschil is in het totale aantal actieve aanbidders (direct gecontracteerd dan wel als onderaannemer actief) tussen gemeenten met open house inkoop en gemeenten met selectieve inkoop. Dan is er dus mogelijk wel sprake van 'supplier induced demand' - maar in vergelijkbare orde van grootte tussen open house en selectieve inkoop. Feit is dat veel gemeenten te maken hebben met stijgende kosten en financiële tekorten in het sociaal domein, en dat dit zowel voorkomt bij gemeenten met open house als met selectieve inkoop. Enkele aspecten van kosten zijn in de interviews aan bod gekomen, hoewel het thema van supplier induced demand minder nadruk heeft gehad in de interviews omdat er op dit vlak al meer kwantitatief onderzoek beschikbaar is.

5.7.2 *Gemeenten onderschatten het effect op de totale transactiekosten bij selectief contracteren*

Diverse respondenten bevestigen het beeld vanuit de literatuur dat er bij het werken met hoofdaannemers veel administratieve lasten richting zorgaanbidders verschuiven in de uitvoering. Gemeenten onderschatten de omvang van de transactiekosten bij selectieve contracten die bij de aanbidders komen te liggen. Die transactiekosten komen voort uit het contracteren van onderaannemers, en het opdrachtgeverschap (contractmanagement, kwaliteitscontrole) op de onderaannemers. Ook zijn de organisaties van hoofdaanbidders hier vaak (nog) niet goed op ingericht.

In diverse interviews is benadrukt dat de transactiekosten (de administratieve kosten) bij open house inkoop in de inkoopfase juist erg meevallen in vergelijking met selectieve aanbestedingen. De inkoopprocedure bij open house is vaak eenvoudiger en vereist minder inspanningen om in te schrijven. Er is sprake van standaardcontracten en zorgaanbidders zijn geen tijd kwijt aan het opstellen van een offerte met plannen van aanpak. De administratieve lasten in de uitvoering liggen bij open house vooral bij gemeenten (bijvoorbeeld in relatie tot het contractmanagement met veel gecontracteerde partijen), en zijn voor zorgaanbidders dan ook beperkter. Hoewel respondenten dit zelf niet hebben genoemd in de interviews, is een nuance hierbij dat middels het door het verlichte regime voor SAS diensten ook selectieve aanbestedingen administratief luwer ingericht kunnen worden ingericht.

5.7.3 *De combinatie open house en inspanningsgerichte financiering heeft invloed op samenwerking tussen aanbidders en prikkels om kosten naar beneden te brengen*

Enkele respondenten benoemen dat met name het inspanningsgericht financieren (afrekenen per handeling of inspanning) relateert aan kosten en samenwerking tussen zorgaanbidders. Bij inspanningsgerichte bekostiging hanteren gemeenten verschillende producten. Voor enkelvoudige problematiek lijkt dit geen probleem, maar zodra meerdere zorgaanbidders elk vanuit een eigen 'product' betrokken zijn bij de hulpverlening aan een cliënt, kan dit de samenwerking in de weg staan. Niemand is dan integraal eindverantwoordelijk. Ook ontbreken dan prikkels om kosten te beperken door bijvoorbeeld de zorg meer groepsgewijs en samenhangend te organiseren tussen verschillende aanbidders. Dit veronderstelde effect van inspanningsgerichte financiering hangt niet samen met open house inkoop: het effect zou met dezelfde financiering ook bij aanbesteding optreden.

Samenvattend over open house inkoop in relatie tot kosten

We onderscheiden kosteneffecten op het volume van de zorg en van de administratieve kosten van contractering. Diverse studies in brede context onderbouwen het bestaan van 'supplier induced demand' of in goed Nederlands 'aanbod creëert vraag'. Het blijkt uit de literatuurstudie echter ook dat open house versus selectief inkopen hierin geen nadrukkelijke factor (meer) is. Bij selectief inkopen verdwijnen de niet geselecteerde aanbieders niet, maar blijft een deel actief als onderaannemer. Dit zou verklaren dat uit eerder kwantitatief onderzoek de kostenontwikkeling niet blijkt af te hangen van de inkoopmethodiek open house. Ten aanzien van de administratieve lasten van de inkoopprocedure zelf geven zorgaanbieders in de interviews aan dat deze bij open house inkoop lager zijn dan bij selectieve aanbestedingen, waarbij een nuance is dat met SAS zonder EMVI ook aanbestedingen administratief luv ingericht kunnen worden. De combinatie van open house inkoop en inspanningsgerichte financiering kan de samenwerking tussen aanbieders in de hulpverlening bemoeilijken.

5.8 Open house in relatie tot keuzevrijheid

5.8.1 *Keuzevrijheid is belangrijk voor de cliënt, open house inkoop draagt hieraan bij*

Cliënten, maar ook naasten van cliënten vinden het belangrijk dat de zorg zo goed als mogelijk aansluit bij de hulpvraag en dat de geboden zorg van goede kwaliteit is. Afhankelijk van de kennis en ervaring van cliënten en of naasten van deze cliënten, en de type hulpvraag, kunnen zij een goede keuze maken voor een zorgaanbieder. Dat hoeft niet altijd binnen de gecontracteerde zorg plaats te vinden, maar dit kan bijvoorbeeld ook via een pgb. Respondenten zijn het erover eens dat open house inkoop faciliteert dat relatief veel zorgaanbieders een contract hebben, waardoor cliënten potentieel uit een ruim (en maximaal) aanbod kunnen kiezen.

5.8.2 *Daar waar open house keuzevrijheid voor de cliënt vergroot, wordt dit sterk beperkt bij het contracteren van een consortium*

Omdat bij open house inkoop, elke aanbieder die voldoet aan de eisen een contract krijgt, hebben cliënten in potentie veel keuzevrijheid. Bij selectieve inkoop wordt dit potentieel normaal gesproken verkleind. In geval van het contracteren van een consortium (in combinatie met een taakgerichte uitvoeringsvariant) is de keuzevrijheid in eerste instantie beperkt, maar wordt er in de praktijk vaak met meerdere onderaannemers gewerkt. Als cliënten de keuze krijgen voor hulp via hoofdaannemer of onderaannemers, vergroot dit de keuzevrijheid. Het is echter maar de vraag of dit in de praktijk ook gebeurt: voor consortia (die via selectieve inkoop worden gecontracteerd en taakgericht worden bekostigd) bestaat de prikkel om zo veel mogelijk hulp zelf te leveren en zo min mogelijk via losse contracten met onderaannemers onder te brengen. De opdracht voor toegangsmedewerkers is om zoveel mogelijk naar het consortium of de consortiumpartijen te verwijzen. Dit beperkt de keuze voor de cliënt in de praktijk. Wel blijft de mogelijkheid bestaan voor cliënten, naasten en zorgaanbieders om gebruik te maken van pgb. Cliënten zijn vaak niet van deze mogelijkheid op de hoogte en in de praktijk worden hier allerlei voorwaarden aan gesteld, die het gebruik van pgb bemoeilijken. Bovendien is een pgb vaak minder aantrekkelijk voor zorgaanbieders omdat de tarieven bij pgb doorgaans lager zijn dan wanneer zij via een contract met de gemeente zorg leveren.

5.8.3 *Het maken van een goede en geïnformeerde keuze is voor cliënten soms niet eenvoudig, ondersteuning voor de cliënt ontbreekt*

Niet alle cliënten kunnen even goed een (geïnformeerde) keuze maken. Wanneer deze kennis en ervaring er niet is, en/of het om een complexe hulpvraag gaat, is ondersteuning van de cliënt nodig om een goede keuze te maken. In dergelijke gevallen kan een huisarts of toegangsmedewerker de cliënt helpen bij het maken van de juiste keuze. Omdat een verwijzer en cliënt per definitie geen gelijkwaardige relatie hebben (de verwijzer heeft meer informatie en kennis over zorgaanbieders en kan sturend zijn in de verwijzing), is het belangrijk voor cliënten dat zij ondersteund kunnen worden door een onafhankelijke cliëntondersteuner. Een onafhankelijk cliëntondersteuner kan de cliënt helpen de

hulpvraag en behoefte goed in kaart te brengen en heeft ook kennis van het zorgaanbod. Hierdoor kan de onafhankelijke cliëntondersteuner de cliënt ondersteunen bij het maken van de keuze tussen de verschillende zorgaanbieders.

Cliënten hebben wettelijk recht op een onafhankelijke cliëntondersteuner⁸⁸. De onafhankelijke cliëntondersteuner kent de vraag en behoeften van de cliënt goed, maar heeft ook kennis van het zorgaanbod. Cliëntorganisaties geven aan dat cliënten en naasten niet altijd goed weten dat zij uit verschillende zorgaanbieders kunnen kiezen en gebruik kunnen maken van een onafhankelijke cliëntondersteuner. De keuzevrijheid die er in potentie is vanwege het grote aantal gecontracteerde aanbieders (bij open house) wordt dus lang niet altijd benut. Ook geven cliëntorganisaties aan dat professionals werkzaam bij gemeenten of aanbieders niet altijd op de hoogte zijn hiervan, waardoor cliënten er niet altijd op worden gewezen.

5.8.4 *Tegenwoordig speelt de wachttijd een belangrijke rol bij de keuze voor een zorgaanbieder*

Een belangrijk aspect dat meegewogen wordt in de keuze voor een zorgaanbieder door cliënten en/of naasten is de wachttijd. Het is belangrijk dat verwijzers, als zij cliënten informeren, de wachttijd per zorgaanbieder benoemen. Dat kan namelijk bepalend zijn voor welke zorgaanbieder cliënten/naasten uiteindelijk kiezen. Bij een urgente hulpvraag, waarbij de best passende hulp niet direct beschikbaar is, kiezen cliënten en/of naasten mogelijk voor een 'second best' aanbieder zonder wachttijd. Een respondent gaf aan dat het in de jeugdhulp ook voorkomt dat ouders weten welke zorgaanbieder zij willen en ook bereid zijn om te wachten op deze hulp in plaats van dat zij voor een andere zorgaanbieder kiezen zonder wachttijd.

5.8.5 *Er zit een grens aan keuzevrijheid*

In diverse interviews is benoemd dat keuzevrijheid en het belang van het contracteren van alle mogelijke zorgaanbieders een grens heeft. Je zou kunnen stellen dat de meerwaarde van extra zorgaanbieders contracteren afneemt naarmate de keuzeruimte groter is. Een groot aantal gecontracteerde zorgaanbieders kan de keuze voor een goede zorgaanbieder ook bemoeilijken, omdat verwijzers en cliëntondersteuners wel op de hoogte dienen te zijn van de verschillende zorgaanbiedersprofielen en wat welke aanbieder kan leveren, en dit lastiger wordt bij een groot aandeel gecontracteerde zorgaanbieders. Ook lijkt het relatieve belang van keuzevrijheid gerelateerd aan de complexiteit van ondersteuningsbehoefte en de benodigde specialisatie. Bij complexere problematiek die specialistische expertise vergt, wil men normaal gesproken 'de beste aanbieder'.

Samenvattend over open house inkoop in relatie tot keuzevrijheid

Respondenten zijn het erover eens dat open house inkoop faciliteert dat relatief veel zorgaanbieders een contract hebben, waardoor cliënten potentieel uit een ruim (en maximaal) aanbod kunnen kiezen. Daar waar open house keuzevrijheid voor de cliënt vergroot, wordt dit beperkt naarmate de inkoop selectiever is, waarbij het contracteren van een consortium als meest ingrijpend kan worden gezien. De keuzevrijheid die er in potentie is vanwege het grote aantal gecontracteerde aanbieders (bij open house) wordt echter lang niet altijd benut. Cliënten hebben volgens respondenten te weinig informatie om een goede keuze te kunnen maken en worden hier volgens respondenten vanuit het cliëntperspectief ook weinig in geholpen (bijvoorbeeld door de inzet van onafhankelijke cliëntondersteuners of door gewezen te worden op de mogelijkheid om zorg via een pgb geleverd te krijgen). Hoewel het belang van keuzevrijheid door veel respondenten wordt onderschreven, zit hier ook een grens aan.

⁸⁸ Artikel 2.2.4 Wmo.

5.9 Open house versus selectieve inkoop

5.9.1 *Groei van het aantal aanbieders ontstaan door niet-selectieve inkoop*

In de meeste interviews komt een genuanceerd beeld naar voren ten aanzien van de effecten van het aantal zorgaanbieders dat de gemeente contracteert bij niet-selectieve inkoop. Er worden veel voordelen genoemd van de directe contractrelatie en men benadrukt dat bij een overstap naar selectieve inkoop het aantal actieve zorgaanbieders niet noodzakelijkerwijs (veel) kleiner wordt, maar dat er vooral meer afstand ontstaat tussen gemeente en uitvoerende aanbieders. Het is lastiger voor gemeenten om zicht te krijgen op welke onderaannemers actief zijn dan om zicht te krijgen op aanbieders waarmee het een contract heeft. Bovendien heeft de gemeente met onderaannemers geen contract waarop gestuurd kan worden. De gemeente moet dan via een hoofdaannemer sturen op onderaannemers. Dit gaat vooral over de keuze voor inkoopsystematiek die gemeentes nu hebben - in het huidige zorglandschap. Toch zijn veel betrokkenen het erover eens dat de groei van het totale aantal actieve zorgaanbieders (en hoe het huidige zorglandschap zich gevormd heeft) gefaciliteerd is door niet-selectieve inkoop omdat de drempel om toe te treden als zorgaanbieder lange tijd (te) laag is geweest. Een exacte periode is lastig te benoemen, maar in de periode vanaf de decentralisatie is open house een heel prominente inkoopmethodiek voor zowel Wmo als jeugdzorg geweest, en in deze periode is het zorglandschap stevig veranderd.

Diverse respondenten vinden deze groei in het totale aantal zorgaanbieders onwenselijk omdat er een onoverzichtelijk zorglandschap is ontstaan. Vooral bij specialistische ondersteuning en bij verblijf leidt de groei van het aantal zorgaanbieders tot versnippering en tot een groot risico op het verlies van specialistische expertise. Bij verblijfsvoorzieningen bemoeilijkt een groter aantal zorgaanbieders het regie voeren op het zorglandschap (bijvoorbeeld de afbouw van residentiële jeugdhulp). Bij dergelijke zorgvormen (daar waar het risico op verlies van specialistische kennis groot is, verblijfsvoorzieningen en ondersteuningsvormen waar een duidelijke transformatieopgave ligt) sluit het contracteren van enkele zorgaanbieders (met beschikbaarheidsfinanciering in het geval van verblijfsvoorzieningen) beter aan bij de opgave en context.

De respondenten van gemeentes die nog steeds met open house inkopen, benoemen ook allen dat zij nu maatregelen hanteren om het aantal gecontracteerde aanbieders niet verder te laten groeien. Dit betreft bijvoorbeeld het stellen van hogere kwaliteitseisen, het niet - of enkel onder voorwaarden - toestaan van tussentijdse toetreding en het hanteren van contractbepalingen waarmee gemeenten van zorgaanbieders afscheid nemen als zij na enige tijd maar weinig tot geen cliënten hebben. Ook hanteren zij open house niet (meer) voor alle zorgvormen. Er zijn in de interviews hierbij geen specifieke zorgvormen consequent genoemd. Dergelijke interventies remmen naar verwachting de groei van het totale aantal actieve zorgaanbieders (er komen er naar verwachting minder nieuwe bij). Het is maar de vraag of het totale aantal actieve zorgaanbieders door deze maatregelen afneemt (wellicht blijft het huidige totale aantal aanbieders wel stabiel).

5.9.2 *De rol van arbeidsmarktproblematiek en open house*

De krapte op de arbeidsmarkt speelt ook een rol in de afweging tussen open house en selectieve inkoop. Zoals bij het thema 'zorgcontinuïteit' is benadrukt, lopen gemeenten die selectief inkopen een risico dat de verliezende aanbieders en hun personeel verdwijnen, omdat er ook in andere jeugdzorgregio's en aanpalende zorgsectoren zoals zorg die valt onder de Wet langdurige zorg capaciteitsgebrek is. Het is niet meer vanzelfsprekend dat verliezende aanbieders als onderaannemer aan de slag willen. Omdat bij open house inkoop alleen zorgaanbieders afvallen die niet voldoen aan de minimum eisen en geschiktheid, is dit risico dan kleiner.

Ten aanzien van de gevolgen van selectief inkopen op het totale aantal actieve zorgaanbieders in een regio zijn er uit de interviews tegenstrijdige beelden naar voren gekomen. Enerzijds horen we dat bij selectieve inkoop de afvallende zorgaanbieders als onderaannemer doorgaan, en dus neemt het totale aantal actieve zorgaanbieders niet af. Anderzijds horen we dat als gevolg van schaarste de afvallende zorgaanbieders zich op andere regio's of andere zorgwetten

(WLZ) gaan richten. Deze laatste tendens is nadrukkelijk gekoppeld aan de krapte op de arbeidsmarkt en daarom wellicht in recente jaren toegenomen. Welk van de twee effecten dominant is, is op basis van dit onderzoek niet vast te stellen. Wij verwachten dat dit samenhangt met regionale context, zorgvorm en het lokale zorglandschap, maar nader onderzoek is nodig om hier een beter beeld van te schetsen.

Daar staat tegenover dat door versnippering van het zorglandschap met name specialistische expertise onder druk komt te staan en dreigt te verdwijnen. Deze expertise was voorheen geconcentreerd bij systeemaanbieders, maar deze hebben in toenemende mate moeite om de specialistische expertise overeind te houden als nieuwe aanbieders een deel van hun marktaandeel overnemen.

Samenvattend over open house inkoop versus selectieve inkoop

Veel van de veronderstellingen en effecten van open house relateren - logischerwijs - aan het aantal gecontracteerde zorgaanbieders en de impact in het zorglandschap. Een gemeente contracteert bij open house (veel) meer zorgaanbieders dan bij selectieve inkoop. Toch benoemen respondenten op tal van punten dat selectief inkopen (bijvoorbeeld met hoofdaannemers) niet direct tot een afname van het totale aantal actieve zorgaanbieders leidt. Niet-gecontracteerde aanbieders blijven actief, maar dan als onderaannemer. Wel komt uit de interviews het beeld naar voren (en dit herkennen de onderzoekers zelf ook) dat open house inkoop lange tijd een groei van het aantal zorgaanbieders heeft gefaciliteerd, voordat gemeenten maatregelen troffen om deze ontwikkeling (die voor diverse aspecten van zorginkoop onwenselijk wordt geacht) te stoppen.

De relatie tussen open house versus selectief inkopen en het aantal actieve zorgaanbieders staat steeds nadrukkelijker onder invloed van arbeidsmarktproblematiek. Het risico om schaars zorgaanbod te verliezen in de regio maakt het selectief inkopen minder aantrekkelijk. Daar staat tegenover dat versnippering van huidig zorgaanbod door open house ook tot risico's leidt, zoals verlies van specialistische expertise die onrendabel wordt. Welke inkoopstelsels het beste past, hangt sterk van de context af.

5.10 De rol van open house in verschillende zorgwetten en zorgvormen

Ten aanzien van diverse thema's geven de interviews een genuanceerd beeld als antwoord op de veronderstellingen waarin deze nuance soms ontbreekt. Bijvoorbeeld dat het onderhouden van partnerschapsrelaties met 100 aanbieders tegelijk inderdaad niet haalbaar, maar ook niet nodig is. Hechte relaties zijn nodig met strategische aanbieders waarmee de gemeente een transformatie wil bereiken, en ook binnen een open house ervaren gemeenten mogelijkheden om deze relaties op te bouwen en te onderhouden. Of: open house leidt tot versnippering van het zorgaanbod. Dit is bijvoorbeeld bij verblijfszorg en specialistische zorgvormen onwenselijk maar bij minder complexe, enkelvoudige ambulante ondersteuning is het geen probleem, zeker als deze zorg daardoor kleinschaliger georganiseerd en dichterbij de cliënt aangeboden kan worden. Ook hangt dit risico af van de daadwerkelijke kans dat open house leidt tot groei van het aantal aanbieders in de huidige lokale omstandigheden. Deze voorbeelden laten zien: de effecten van open house (en vooral ook de wenselijkheid of onwenselijkheid daarvan) hangen af van de context. Dit roept de vraag op of het verschil maakt of open house wordt toegepast in Wmo versus jeugdzorg, of nog specifiekere wat de invloed binnen bepaalde zorgvormen is. Ook deze vraag is in diverse interviews aan de orde gekomen.

Het beeld dat uit de interviews naar voren komt is dat de context inderdaad uitmaakt, zoals de hierboven genoemde voorbeelden illustreren. Wat uit de interviews ook blijkt, is dat het niet zozeer neerkomt op een onderscheid tussen Wmo en jeugdzorg, maar eerder om de aard van de voorziening (bijvoorbeeld verblijf of ambulante) en het daarvoor wenselijke zorglandschap. Zo is er bij sommige verblijfsvoorzieningen en crisisvoorzieningen sprake van een benodigde beschikbaarheidscomponent van de voorziening. Bij deze voorzieningen kunnen bijvoorbeeld bedden soms leegstaan, maar is dit bewust om de beschikbaarheid voor crisissituaties te garanderen. Hierbij kan het wenselijk zijn om de beschikbaarheid te financieren in plaats van een cliëntvolgende bekostigingsvorm, waardoor open house niet voor de

hand ligt. Dit kan voorkomen binnen de Wmo en jeugdhulp. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld de maatschappelijke opvang financieren door middel van subsidie, en taakgericht gefinancierde crisishulp voor jeugd.

Rondom verblijfszorg kan open house een onwenselijk effect hebben als het leidt tot versnippering van het aanbod. Bijvoorbeeld bij jeugdzorgplus, waarbij sprake is van een afbouw van gesloten plekken en ombouw naar kleinschalige open verblijfsvoorzieningen. Bij het afbouwen van gesloten plaatsen en het opzetten van nieuwe kleinschalige voorzieningen is coördinatie op de benodigde en beschikbare capaciteit in het zorglandschap van groot belang. Het is dan niet helpend als er ongevraagd nieuwe voorzieningen geopend worden terwijl er geen behoefte is aan extra capaciteit. Dit risico op versnippering geldt ook voor weinig voorkomende hoogspecialistische zorg waarbij een bepaalde concentratie nodig is om specialistische kennis rendabel beschikbaar te houden. Er is dan een risico op te veel aanbod, wat kan leiden tot te lage concentratiegraad, waardoor de zorg onrendabel wordt en de expertise uiteindelijk verdwijnt.

Het zorglandschap van de voorziening kan ook op een andere wijze een rol spelen bij de passendheid van open house. Hierbij is echter ook van belang hoe specialistisch de zorg is, hoeveel aanbieders actief zijn en of er effectieve toetredingsbarrières zijn voor nieuw aanbod. Bij hoogspecialistische voorzieningen zijn er in elke regio maar enkele partijen die de voorziening kunnen leveren. Hierdoor zal er bij het toepassen van open house geen grote groei aan nieuwe aanbieders ontstaan, en kunnen de huidige aanbieders eenvoudiger opnieuw gecontracteerd worden als ze aan de eisen voldoen. Juist door de hoge toetredingsbarrière tot deze 'markt' zijn de nadelen van open house niet - of althans veel minder - aanwezig. Zodoende kan het dus wenselijk zijn om juist voor bepaalde hoogspecialistische voorzieningen⁸⁹ waar weinig aanbieders actief zijn in te kopen door middel van open house. De voorbeelden laten zien: het is niet mogelijk om generiek voor bepaalde zorgvormen te concluderen dat open house niet passend is. Het hangt echt van de context af, en die kan voor dezelfde zorgvorm ook verschillen tussen regio's.

5.11 Discussie en reflectie op kwalitatieve bevindingen

In het kwalitatieve deel van dit onderzoek naar de effecten van open house is getracht onze inzichten in de effecten van open house inkoop van maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg te verdiepen en verbreden ten opzichte van het literatuuronderzoek in hoofdstuk 3. De vragen waarop de literatuur nog geen (consistent) antwoord geeft zijn per thema aan experts en betrokkenen uit de praktijk voorgelegd. Deze respondenten zijn zorgvuldig geselecteerd om alle betrokken partijen een stem te geven, en op zodanige wijze dat zij ook daadwerkelijk vanuit aantoonbare kennis en zicht op de praktijk op het vraagstuk kunnen reflecteren.

Om de bevindingen in het juiste perspectief te plaatsen, is een reflectie vanuit de onderzoekers op de respondenten en - vooral - op de beantwoording van diverse vraagstukken op zijn plaats.

5.11.1 *Open house wordt vaak vergeleken met een 'beperkte uitleg' van selectieve inkoop*

Bij het onderzoek naar de effecten van open house als inkoopmethodiek ligt een vergelijking met andere inkoopmethodieken voor de hand. In veel van de interviews zetten respondenten open house inkoop impliciet of expliciet tegenover het taakgericht inkopen en het contracteren van één of enkele hoofdaannemers. Ook wordt de toelatingsprocedure voor een open house meermaals tegenover een 'klassieke' aanbesteding gezet, waarbij gemeenten offertes opvragen en de winnaar(s) selecteren op basis van gunningscriteria: de 'economisch meest voordelige inschrijving' (EMVI). Je zou kunnen stellen dat respondenten open house inkoop dan vergelijken met de inkoopsystematiek die er het meeste van afwijkt. Voor een reflectie op de effecten van open house is dit op zich geen probleem en het doet niet af aan de bevindingen uit het kwalitatieve deel van het onderzoek. Wel kan daarmee de

⁸⁹ Als er een groot risico is dat specifieke specialistische kennis verdwijnt, kan een selectieve vorm van inkoop (bijvoorbeeld in combinatie met taakgerichte bekostiging) juist een manier zijn om dit risico te verkleinen en is open house inkoop weer minder geschikt.

indruk ontstaan dat er tussen deze extremen geen andere mogelijkheden voor (selectieve) inkoop van zorg bestaan. Dit is onterecht en daarom willen we dit nuanceren.

Er zijn tal van andere varianten voor het uitbesteden van zorgtaken door middel van contracten en subsidies. Sommige gemeenten kiezen er bijvoorbeeld voor om wel *selectief* in te kopen, en een beperkt aantal - maar wel meerdere - zorgaanbieders naast elkaar te contracteren voor dezelfde ondersteuning. Deze contracten komen voor met inspanningsgerichte en outputgerichte financiering, al dan niet in combinatie met budgetplafonds. Ook kiezen gemeenten soms voor financiering middels subsidies, bijvoorbeeld voor maatschappelijke opvang, beschermd wonen, crisishulp en jeugdbescherming.

Overigens geldt ook hier: als meerdere partijen interesse hebben in dezelfde subsidie, dan zal de gemeente een verdelingsprocedure zoals een subsidietender (ook een selectieve procedure) moeten hanteren.

Ook op het vlak van inkoopprocedures zijn er meer mogelijkheden dan de administratief lichte toelatingsprocedure bij open house en de klassiek vormgegeven aanbesteding met gunning op basis van gunningscriteria. In de afgelopen jaren hebben al veel regio's zorg aanbesteed met gunning op basis van een voorselectie en daarna onderhandelingen, zonder toepassing van gunningscriteria⁹⁰. Deze SAS-zonder-EMVI-procedures beogen de nadelen van gunnen op offertes te ondervangen en zetten middels dialoog de behoefte aan partnerschap meer kracht bij.

5.11.2 *De perspectieven van respondenten spelen geen nadrukkelijke rol in de beantwoording*

In de onderzoeksopzet is bewust gekozen om binnen de beschikbare tijd en scope van het onderzoek een zo breed mogelijke vertegenwoordiging van perspectieven te borgen. Dit heeft geleid tot een brede en gedifferentieerde groep respondenten met vertegenwoordiging vanuit wetenschap en praktijk (voor zover deze tegenstelling opgaat), vanuit zorgaanbieders, gemeenten, professionals en het perspectief van cliënten, vanuit Wmo en Jeugdzorg. Binnen al die groepen is bovendien gezocht naar nadere differentiatie die relevant kan zijn: gemeenten die open house hanteren versus gemeenten met selectieve (en taakgerichte) inkoop; kleinere zorgaanbieders versus systeemaanbieders. Er is bovendien bewust gezocht naar gemeenten die al langere tijd van de genoemde inkoopssystematieken gebruik maken, zodat zij met voldoende kennis en ervaring op de vragen antwoord kunnen geven. Verder is ook onder de experts een grote diversiteit aan perspectieven, kennis en ervaringen geborgd. Op deze wijze zijn in de interviews heel veel perspectieven samengebracht.

In de interviews komt het beeld naar voren dat de respondenten voorbij hun organisatiegrenzen en eventuele belangen (voor zover aan de orde) heen de thema's adresseren en vragen beantwoorden. De interviews leidden dan ook tot genuanceerde antwoorden ten aanzien van de thema's. Er is niet altijd consensus, maar dit heeft meer met eigen ervaringen te maken en is niet herleidbaar naar perspectieven. Zo zijn er bijvoorbeeld enerzijds aanbieders die grotere voordelen zien in selectieve inkoop en hoofdaannemerschap, maar ook aanbieders (klein én groot) die vanuit hun ervaringen met meerdere inkoopssystemen (ook selectief) juist pleiten voor open house.

5.11.3 *Geen onderscheid langs de lijnen van Wmo en Jeugdwet*

Een van de onderzoeksvragen is of open house verschillend uitpakt voor de Wmo vergeleken met de Jeugdwet. Daarnaast is in de interviews stilgestaan bij een onderscheid tussen verschillende zorgvormen (bijvoorbeeld dyslexie-behandeling, beschermd wonen, pleegzorg of huishoudelijke ondersteuning). Uit de interviews komt niet een generiek beeld naar voren over open house inkoop dat geldt voor de gehele Wmo 2015 of de gehele Jeugdwet, noch dat open house inkoop voor Wmo 2015 in de breedte andere effecten heeft dan voor de Jeugdwet. De positieve en negatieve effecten van open house inkoop houden vooral verband met eigenschappen van ondersteuningsvormen, het zorglandschap en gewenste ontwikkelingen hierin. Soms is het borgen van de kwaliteit en beschikbaarheid van

⁹⁰ Zie voor meer informatie: <https://pprc.eu/onderzoek-naar-sas-zonder-emvi-procedure-is-de-sas-procedure-zonder-emvi-de-oplossing/>.

ondersteuning alleen mogelijk als de ondersteuning geconcentreerd blijft bij één of enkele aanbieders. Bijvoorbeeld omdat hoogspecialistische kennis aanwezig moet zijn, en deze enkel efficiënt kan worden ingezet en de kwaliteit hiervan kan worden geborgd als er voldoende cliënten per aanbieder gebruik van maken. Als er dan ook nog risico bestaat op versnippering in het zorglandschap (doordat er wel aanbieders zijn die willen 'toetreden'), dan is open house inkoop onwenselijk. Dit geldt bijvoorbeeld ook bij verblijfszorg waarbij een gecoördineerde afbouw of ombouw van capaciteit nodig is, zoals in de gesloten jeugdzorg. Kleinschalige open verblijfsvoorzieningen met hele specifieke expertise is nodig om afbouw van gesloten plekken op te vangen, maar hiervan is teveel aanbod niet wenselijk. Doordat deze verblijfsvorm relatief hoge tarieven kent, is de kans aanwezig dat het meer aanbieders (en capaciteit) aantrekt dan wenselijk, en dan is zorgvuldige selectie noodzakelijk. De voorbeelden laten zien dat de (on)wenselijkheid van een inkoopssystematiek afhangt van specifieke omstandigheden en eigenschappen van de ondersteuning.

6 Verdiepende kwantitatieve analyses

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk presenteren wij de resultaten van de verdiepende kwantitatieve analyses. De focus ligt op de vraag of de inkoopmethode (waaronder open house) samenhangt met de kwaliteit (een aantal outcome-indicatoren) van jeugdhulp.

Een van de doelen van dit onderzoek is om een gerichte en verdiepende kwantitatieve analyse uit te voeren op de relatie tussen de gehanteerde inkoopmethode en Wmo en jeugdzorg. Een randvoorwaarde als gevolg van de kaders van dit onderzoek is dat deze kwantitatieve analyse wordt uitgevoerd op basis van bestaande (en openbaar beschikbare) data.

Een onderbelicht thema in de bestaande literatuur over (open house) inkoop in de Wmo en de jeugdzorg is kwaliteit. In de literatuurstudie hebben we verschillende veronderstellingen beschreven over de relatie tussen open house inkoop en kwaliteit. Een aantal van deze veronderstellingen gaat uit van een positieve relatie met kwaliteit, andere juist van een negatieve relatie (zie literatuuronderzoek). Er is daarom voor gekozen om een verdiepende analyse uit te voeren gericht op het mogelijke verband tussen de gekozen inkoopmethode en de kwaliteit van zorg.

Het mag duidelijk zijn dat vele verschillende factoren van invloed (kunnen) zijn op de kwaliteit van zorg. Zo is de kwaliteit van zorg afhankelijk van de deskundigheid van de zorgprofessional (de behandelaar, begeleider), de aandacht van deze professional voor de cliënt, de kwaliteit van materiële voorzieningen zoals de huisvesting, maar ook van hoe het hulpverleningsproces, inclusief samenwerking tussen betrokken organisaties is georganiseerd, et cetera. Hoewel we een analyse uitvoeren, waarbij voor zover mogelijk rekening wordt gehouden met andere verklarende factoren dan de inkoopmethode (een zogenaamde multivariate analyse - waarin het effect van meerdere factoren of 'onafhankelijke variabelen' tegelijk worden onderzocht), is deze analyse er niet op gericht om zo veel en zo goed mogelijk verklarende factoren te identificeren. De focus in deze analyse ligt op de invloed van de inkoopmethode op de kwaliteit van zorg, en om vast te stellen of de inkoopmethodiek samenhangt met de kwaliteit van zorg.

Voor deze analyse maken we gebruik van bestaande data. Het CBS heeft gegevens van alle gemeenten beschikbaar over jeugdhulpgebruik, waaronder een aantal kwaliteitsindicatoren. Ook heeft het CBS gegevens over allerlei kenmerken van gemeenten. Ten aanzien van jeugdzorggebruik gaat het om de **beleidsinformatie jeugd**. Deze gegevens zijn openbaar toegankelijk via CBS Statline⁹¹. Doordat deze cijfers betrekking hebben op alle gemeenten en betrekking hebben op alle hulp die vanuit de Jeugdwet wordt geleverd, is deze bron goed geschikt voor een kwantitatieve analyse op gemeenteniveau. Over ondersteuning onder de Wmo 2015 zijn geen vergelijkbare data over kwaliteit (openbaar) beschikbaar. Een grootschalige kwantitatieve analyse met data over het merendeel van de gemeenten gericht op kwaliteit in de Wmo past daarmee niet binnen de kaders van dit onderzoek naar de effecten van open house. Bovendien is er voor de Wmo al wel eerder onderzoek gedaan naar de samenhang tussen inkoopsystematiek en kwaliteitsaspecten van de ondersteuning⁹².

⁹¹ <https://jmopendata.cbs.nl/#/JM/nl/navigatieScherm/thema?themaNr=20315>.

⁹² Bijvoorbeeld Uenk, 2019, Commissioning of Social care (proefschrift) waarin een positieve relatie tussen open house en tevredenheid van cliënten met Wmo-ondersteuning is aangetoond.

De monitor gemeentelijke zorginkoop⁹³, die ook de basis was van de eerdere kwantitatieve analyse (zie literatuuronderzoek), bevat informatie over de manier waarom gemeenten (jeugd)zorg hebben ingekocht en welke manier van bekostiging of uitvoeringsvarianten worden gebruikt. Doordat gegevens over jeugdhulpgebruik en over de inkoop en bekostiging voor een groot deel van de gemeenten en ondersteuningsvormen beschikbaar zijn, is het mogelijk om hierop een statistische analyse uit te voeren. De in deze analyses gebruikte cijfers hebben betrekking op 2022, het ten tijde van dit onderzoek meest recente jaar met complete gegevens.

In de volgende paragraaf (3.2) lichten we de in deze analyses gebruikte data toe. In paragraaf 3.3 geven we een uitleg bij de gehanteerde statistische methodiek. In paragraaf 3.4 bespreken we de uitkomsten.

6.2 Bronnen en data

6.2.1 *Afhankelijke variabelen: outcome-indicatoren jeugd*

Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk aangegeven, richten wij deze kwantitatieve analyse op de relatie tussen de gehanteerde inkoopmethode en kwaliteit binnen de jeugdzorg. Er bestaan allerlei indicatoren voor kwaliteit van zorg, waarbij onderscheid gemaakt kan worden tussen structuur-, proces- en uitkomstindicatoren⁹⁴. In deze kwantitatieve analyses richten we ons op een aantal uitkomstindicatoren, omdat het bij uitkomstindicatoren gaat over het resultaat van het zorgproces of de hulpverlening⁹⁵. Het NJI heeft een aantal outcome-indicatoren gedefinieerd^{96, 97} voor de jeugdhulp. Deze criteria zeggen iets over de effecten en kwaliteit van de jeugdhulp. Het gaat om de volgende outcomecriteria:

1. Uitval van cliënten;
2. Tevredenheid van cliënten over het nut en effect van de jeugdhulp;
3. Doelrealisatie van de hulp, uitgesplitst naar:
 - i. De mate waarin cliënten zonder hulp verder kunnen;
 - ii. De mate waarin er na beëindiging geen nieuwe start jeugdhulp plaatsvindt;
 - iii. De mate waarin problemen verminderd zijn en/of zelfredzaamheid/participatie is verhoogd;
 - iv. De mate waarin overeengekomen doelen gerealiseerd zijn.

De eerdergenoemde beleidsinformatie jeugd bevat informatie over een aantal van deze outcomecriteria. Zo wordt bijgehouden of, als een hulptraject start, er in de afgelopen vijf jaar ook al sprake was van een jeugdhulptraject bij de betreffende jongere (dan is er sprake van 'herhaald beroep'). Dit laatste is een indicatie van dat de cliënt (toch) niet verder kon zonder hulp. Ook wordt bijgehouden of een jeugdhulptraject, als dit is beëindigd, is beëindigd volgens plan (in dat geval is de aanname dat de overeengekomen doelen zijn gerealiseerd) of dat een traject is afgesloten op verzoek van de cliënt (dan is er sprake van 'uitval'). Op basis van de beleidsinformatie jeugd kan per gemeente worden bepaald wat het aandeel 'herhaald beroep', 'trajecten beëindigd volgens plan' of 'beëindigd op verzoek van de cliënt' is in het totaal aantal gestarte (bij herhaald beroep) of beëindigde trajecten in een bepaalde tijdsperiode. In onderstaande tabel geven we de beschrijving van de drie afhankelijke variabelen.

⁹³ [Monitor gemeentelijke zorginkoop](#), Ketenbureau i-sociaal domein.

⁹⁴ Dit onderscheid wordt bijvoorbeeld ook gemaakt in de basisset medisch-specialistische zorg kwaliteitsindicatoren, zie ook <https://magazines.igj.nl/hetresultaattelt/2020/01/over-de-indicatoren>.

⁹⁵ Daarmee sluiten we aan bij het vierde onderdeel dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport definieert als goede zorg (zorg die effectief en doelmatig is). Zie: [Wat is goede zorg? Recht op goede zorg](#).

⁹⁶ <https://www.nji.nl/monitoring/geharmoniseerde-outcome-set>.

⁹⁷ Ook in de Jeugdwet worden outcomecriteria genoemd (artikel 2.2).

Afhankelijke variabelen	Beschrijving
A_beëindigd_door_cliënt	Aandeel van het totaal aantal beëindigde trajecten dat (eenzijdig) door de cliënt is beëindigd in 2022. Bron: CBS Statline.
A_beëindigd_volgens_plan	Aandeel van het totaal aantal beëindigde trajecten dat is beëindigd volgens plan in 2022. Bron: CBS Statline.
aHB	Aandeel van het totaal aantal gestarte trajecten waarvoor geldt dat er sprake is van herhaald beroep in 2022. Bron: CBS Statline.

Tabel 1. Afhankelijke variabelen

6.2.2 Onafhankelijke variabelen: inkoop- en bekostigingsgerelateerde variabelen

Onafhankelijke variabelen zijn de factoren die mogelijk van invloed zijn op de afhankelijke variabelen: in dit geval gaan de onafhankelijke variabelen dus over de inkoopsystematiek. De eerdergenoemde monitor gemeentelijke zorginkoop bevat gegevens over de manier en methode van inkoop voor zorg en hulpverlening in het kader van de Wmo en jeugdzorg. Voor deze analyses kijken we naar inkoopmethodes en bekostigingsvormen voor de jeugdzorg voor de contracten die lopen in 2022. We hanteren hierbij een praktische definitie van 'open house' (zie hoofdstuk 2), waarbij we vooral onderscheid maken tussen niet-selectieve inkoop (het gaat hierbij grotendeels om open house inkoop, maar ook inkoop die door de gemeente gelabeld is als een aanbesteding, maar verder de kenmerken heeft van open house, zoals dat alle partijen die voldoen aan minimale eisen een contract krijgen) en selectieve inkoop (verschillende vormen van inkoop waarbij een beperkt aantal zorgaanbieders een contract krijgen). Per gemeente kunnen verschillende inkoopmethodes naast elkaar ingezet worden om verschillende vormen van jeugdzorg in te kopen. In deze analyse hebben we gekeken naar het aandeel binnen de lopende contracten van een gemeente waarvoor niet-selectief (open house) is ingekocht.

Type variabelen	Beschrijving
Open house inkoop	De mate waarin voor verschillende zorgvormen zorgaanbieders niet-selectief en op basis van minimumeisen zijn geselecteerd (hieronder valt inkoop via open house procedure, maar ook 'aanbestedingen' die de praktische kenmerken hebben van een open house procedure). Indien bij geen van de onderscheiden zorgvormen op basis van minimumeisen is gecontracteerd, heeft deze de waarde '0'. Indien alle zorgvormen op basis van minimumeisen zijn gecontracteerd heeft deze de waarde 1. In andere situaties gaat het om het aandeel van het totaal dat op basis van minimumeisen is gecontracteerd: bijvoorbeeld bij 4 van de 5 zorgvormen op basis van minimumeisen krijgt de waarde 0,8. Loopjaar: 2022. Bron: Monitor gemeentelijke zorginkoop.
Bekostiging outputgericht	Aandeel van bij de verschillende zorgvormen gehanteerde manier van bekostigen op basis van 'outputgericht'. De uitwerking is vergelijkbaar met die van de variabele 'open house inkoop', oftewel indien bij geen enkele zorgvorm outputgericht wordt gewerkt, krijgt deze variabele de waarde 0, indien dit bij alle zorgvormen het geval is krijgt dit de waarde 1. Loopjaar: 2022. Bron: Monitor gemeentelijke zorginkoop.
Bekostiging taakgericht	Aandeel van bij de verschillende zorgvormen gehanteerde manier van bekostigen op basis van 'taakgericht'. De uitwerking is vergelijkbaar met die van de variabele 'open house inkoop', oftewel indien bij geen enkele zorgvorm taakgericht wordt gewerkt, krijgt deze variabele de waarde 0, indien dit bij alle zorgvormen het geval is krijgt dit de waarde 1. Loopjaar: 2022. Bron: Monitor gemeentelijke zorginkoop.

Tabel 2. Beschrijving van de inkoop- en bekostigingsgerelateerde variabelen

Voor de uitvoeringsvariant, of manier van bekostigen, hebben we een vergelijkbare insteek gehanteerd. Er worden drie uitvoeringsvarianten onderscheiden: inspanningsgericht, outputgericht en taakgericht. Net als verschillende manieren van inkoop kan een gemeente verschillende bekostigingsvormen, voor verschillende zorgvormen, hanteren. We hebben daarom naar het aandeel binnen de lopende contracten van een gemeente gekeken waarvoor een bepaalde bekostigingsvorm is gehanteerd. In hoofdstuk 4 zagen we dat de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant veruit het vaakst voorkomt in de jeugdzorg (en de Wmo). De outputgerichte en taakgerichte uitvoeringsvarianten komen beduidend minder vaak voor. We hebben in de analyse een variabele voor de mate waarin outputgerichte bekostiging en een variabele voor de mate waarin taakgerichte bekostiging wordt gehanteerd. De inspanningsgerichte bekostiging kan hierbij worden gezien als een referentiegroep: een variabele hiervoor meenemen in de analyse zou resulteren in een sterke (negatieve) samenhang met de twee beschreven variabelen voor bekostiging. In tabel 3 geven we de beschrijving van de in deze analyse gebruikte variabelen die iets zeggen over de manier van inkoop en bekostiging.

6.2.3 *Onafhankelijke variabelen: overige kenmerken gemeente (als controlevariabelen)*

In de kwantitatieve analyses ligt de focus op de mogelijke relatie tussen de gehanteerde inkoopmethode en de verschillende outcome-indicatoren. Zoals in de inleiding van hoofdstuk 3 beschreven, zijn er verschillende zorggerelateerde factoren (mogelijk) van invloed op de kwaliteit van zorg. Maar ook andere factoren kunnen van invloed zijn op de uitkomsten van zorg, zoals de context of situatie van de jeugdige en het gezin. Zo kan het mogelijk moeilijker zijn om goede resultaten te realiseren voor een populatie met een relatief lage sociaal-economische status (zogenaamde SES-factoren). Ook kan het resultaat voor de jongste jeugdigen heel anders zijn dan voor jeugdigen met een hogere leeftijd. Op voorhand weten we dit echter niet en het is ook geen doel van dit onderzoek om zo veel mogelijk verklarende factoren te vinden. Het meenemen van andere mogelijk verklarende factoren in de analyses kan echter wel bijdragen aan een zuiverder beeld van de relatie tussen de manier van inkopen en kwaliteit. Vandaar dat we dergelijke 'controlevariabelen' wel (als kandidaat) meenemen in de analyses.

We hebben voor deze analyses gekeken naar een uitgebreide set aan factoren waarvoor gegevens openbaar beschikbaar zijn, zoals de maatschappelijke indicatoren⁹⁸ (zoals het aandeel jeugdigen in bijstandsgezinnen), een aantal kenmerken van gemeenten (zoals stedelijkheid), kenmerken van het lokale zorglandschap (de mate waarin het wijkteam zelf jeugdhulp levert) en kenmerken van de populatie (bijvoorbeeld het aandeel jeugdigen met jeugdzorg in de leeftijd van 0-4 jaar). Gegevens over de (kwaliteit) van de professional en andere kenmerken met een op het oog directere relatie met de resultaten van de hulpverlening zijn niet op gemeenteniveau (openbaar) beschikbaar en hebben we dus ook niet mee kunnen nemen in de analyses.

We hebben in deze uitwerking voor het overzicht alleen de variabelen beschreven die in een van de uitgevoerde analyses een significante relatie met ten minste een van de outcome-indicatoren hebben. Aangezien dit onderzoek niet gericht is op uitspraken over de overige onafhankelijke variabelen, gaan we niet nader in op de variabelen die geen significante relatie hadden met de afhankelijke variabelen (de outcome-indicatoren).

⁹⁸ Zie <https://jeugdmonitor.cbs.nl/cijfers/maatschappelijke-indicatoren>.

Type variabelen	Beschrijving
Stedelijkheid	Waarde gebaseerd op de omgevingsadressendichtheid. Waarde van 1-5, waarbij 1 = niet stedelijk tot 5 = zeer stedelijk. Bron: CBS.
Aandeel kinderen in bijstand	Aandeel kinderen in de gemeente dat opgroeit in de bijstand. Bron: CBS.
Aandeel eenouderhuishoudens	Aandeel kinderen in de gemeente dat opgroeit in eenouderhuishoudens. Bron: CBS.
Aandeel jeugdhulp uitgevoerd door wijkteam	Aandeel van het totaal aantal jeugdigen met jeugdhulp waarvan de jeugdhulp wordt uitgevoerd door het wijkteam. Bron: CBS.
Aandeel jeugdhulp 0-4	Aandeel van het totaal aantal jeugdigen met jeugdhulp in de leeftijd van 0 tot 4 jaar. Bron: CBS.

Tabel 3. Beschrijving van de controlevariabelen

6.3 Statistische verantwoording

6.3.1 Statistische analyse: gebruikmaken van een multilevel regressie-analyse

De gegevens die beschikbaar zijn gebruiken we in een statistische analyse, waarbij het doel is om te onderzoeken of er sprake is van een verband tussen de manier van inkopen en de verschillende (hiervoor genoemde) outcome-indicatoren. Aangezien we in een analyse willen kijken naar verschillende (potentieel) verklarende factoren tegelijkertijd, maken we gebruik van een multilevel regressie-analysemodel. Dit regressiemodel heeft als afhankelijke variabele de eerdergenoemde outcome-indicatoren en als onafhankelijke variabelen de inkoopkenmerken en verschillende andere gemeentekennmerken.

Omdat op het gebied van jeugdzorg gemeenten op onderdelen samenwerken met andere gemeenten binnen zogeheten jeugdzorgregio's, lijken gemeenten binnen een jeugdzorgregio op sommige onderwerpen meer op elkaar dan gemeenten van verschillende jeugdzorgregio's. Vooral, en dat is belangrijk voor dit onderzoek, op het gebied van inkoop werken gemeenten vaak samen door gezamenlijk in te kopen. Met deze gelaagdheid, of verschillende niveaus van gemeenten en jeugdzorgregio's,⁹⁹ houden wij in de analyse rekening door een multilevel regressie-analyse uit te voeren. We gebruiken hiervoor specifiek een mixed linear regression model. Hierbij hanteren wij een backward stepwise benadering, waarin we beginnen met een model met alle onafhankelijke variabelen. Vervolgens elimineren we verschillende variabelen, op zo'n manier dat het model een zo groot mogelijk deel van de variatie op de afhankelijke variabelen verklaart. Variabelen die geen verband houden met de afhankelijke variabele worden geëlimineerd totdat een model met een zo hoog mogelijke verklarende variantie overblijft en waarbij vooral onafhankelijke variabelen overblijven met een significante ($p < 0,1$) relatie met de afhankelijke variabele. Indien er voor een gemeente sprake is van een missende waarde op een van de variabelen die worden meegenomen in de analyse, wordt de betreffende gemeente buiten de analyse gehouden. Daarmee varieert de N (het aantal gemeenten in de analyse) per model.

⁹⁹ Voor de regio-indeling hanteren we de indeling die op de regioatlas wordt gehanteerd. Hierbij merken we op dat deze indeling niet altijd helemaal aansluit bij de mate van samenwerking in de praktijk. Zo zijn er ook enkele subregio's te onderscheiden en zijn er enkele gemeenten die helemaal alleen jeugdzorg inkopen. Voor de uitkomsten van deze analyses heeft dit echter beperkte impact.

De gekozen statistische methode en gemaakte aanvullende keuzes zijn passend voor het doel om vast te stellen of er sprake is van een significante samenhang tussen open house inkoop en een aantal kwaliteitsaspecten van jeugdzorg.

6.4 Resultaten

6.4.1 Aandeel trajecten beëindigd volgens plan

Hiernaast presenteren we de uitkomsten van de analyse met het **aandeel beëindigde trajecten dat volgens plan is beëindigd** als afhankelijke variabele. In de linker kolom staan de onafhankelijke variabelen die significant samenhangen met het aandeel volgens plan beëindigde trajecten. Wat opvalt is dat de variabele 'open house inkoop' (open_house_perc) niet in de tabel staat: dit betekent dat open house inkoop niet samenhangt met het aandeel volgens plan beëindigde trajecten. Met andere woorden: het maakt voor dit kwaliteitsaspect dus niet uit of gemeenten middels open house of juist selectief inkopen.

	Coëfficiënt	Std. Error	P> z
<i>Intercept</i>	0.858	0.027	0.000
Stedelijkheid	-0.008	0.004	0.035**
Aandeel kinderen in bijstand	-0.533	0.271	0.049**
Aandeel eenouderhuishoudens	-0.153	0.080	0.055*
Bekostiging outputgericht	-0.044	0.020	0.026**
Bekostiging taakgericht	-0.045	0.023	0.049**
<i>Group var</i>	0.003	0.014	

Tabel 4. Uitkomsten analyse met aandeel beëindigde trajecten dat volgens plan is beëindigd als afhankelijke variabele
 $N=340$, $Marginal R^2 = 0.08$, $Conditional R^2 = 0.55$, $ICC: 0.51$ | *** $P < 0.001$, ** $P < 0.05$, * $P < 0.01$

Wat opvalt is dat de verklaarde variantie van dit model (marginal R^2) beperkt is. We zien verder dat de variabele die iets zegt over de mate waarin via open house (op basis van minimumeisen) is ingekocht, niet significant is (want deze is geëlimineerd uit het model omdat deze niet bijdroeg aan het verklaren van de variantie). Wel hangen de twee variabelen die betrekking hebben op de uitvoeringsvariant (de bekostiging) wel significant ($p < 0.05$) samen met het aandeel van de beëindigde trajecten dat is beëindigd volgens plan. De coëfficiënten van deze variabelen zijn negatief wat een negatieve relatie met het aandeel trajecten beëindigd volgens plan betekent. Dit betekent dat naarmate meer wordt gewerkt met een outputgerichte of een taakgerichte uitvoeringsvariant (in tegenstelling tot een inspanningsgerichte uitvoeringsvariant), het aandeel trajecten beëindigd volgens plan kleiner is. Dat deze relaties significant zijn, betekent niet dat dit bewijst dat er sprake is van een causaal verband.

Verder hangen van de controlevariabelen de mate van stedelijkheid, het aandeel kinderen dat opgroeit in de bijstand en het aandeel kinderen dat opgroeit in eenoudergezinnen negatief samen met het aandeel trajecten beëindigd volgens plan. Dus hogere mate van stedelijkheid, een groter aandeel kinderen dat opgroeit in de bijstand en een hoger aandeel kinderen dat opgroeit in eenoudergezinnen corresponderen met een lager aandeel trajecten dat volgens plan is beëindigd. Oftewel, deze factoren hangen negatief samen met de uitkomst van jeugdhulp.

6.4.2 Aandeel trajecten beëindigd door de cliënt

Hieronder presenteren we de uitkomsten van de analyse met het **aandeel beëindigde trajecten dat (eenzijdig) is beëindigd door de cliënt**. Het gaat dus om het percentage 'uitval'. In de linker kolom staan de onafhankelijke variabelen genoemd. Wat opvalt is dat de variabele 'open house inkoop' (open_house_perc) niet in de tabel staat: dit betekent dat open house inkoop niet samenhangt met het aandeel (eenzijdig) door de cliënt beëindigde trajecten. Met

andere woorden: het maakt ook voor dit kwaliteitsaspect dus niet uit of gemeenten middels open house of juist selectief inkopen.

	Coëfficiënt	Std. Error	P> z
<i>Intercept</i>	0.010	0.006	0.108
Stedelijkheid	0.002	0.001	0.049**
Aandeel jeugdhulp uitgevoerd door wijkteam	0.009	0.005	0.066*
Aandeel eenouderhuishoudens	0.062	0.017	0.000***
<i>Group Var</i>	0.000		

Tabel 5. Uitkomsten analyse met aandeel beëindigde trajecten dat door de cliënt is beëindigd als afhankelijke variabele
 $N=221$, $Marginal R^2 = 0.10$, $Conditional R^2 = 0.40$, $ICC: 0.35$ | *** $P<0.001$, ** $P<0.05$, * $P<0.01$

Wat opvalt is dat de verklaarde variantie van dit model (marginal R^2) beperkt is. We zien verder dat de variabele die iets zegt over de mate waarin via open house (op basis van minimumeisen) is ingekocht, niet significant is (want deze is geëlimineerd uit het model omdat deze niet bijdroeg aan het verklaren van de variantie). Ook hangen de twee variabelen die betrekking hebben op de uitvoeringsvariant (de bekostiging) niet significant samen met het aandeel van de beëindigde trajecten dat is beëindigd volgens plan.

Verder hangen de mate van stedelijkheid, het aandeel van de jeugdhulp dat is uitgevoerd door het wijkteam en het aandeel kinderen dat opgroeit in eenoudergezinnen positief samen met het aandeel trajecten beëindigd volgens plan. Dit betekent dat naarmate er sprake is van een hogere mate van stedelijkheid, een hoger aandeel van cliënten die worden geholpen door het wijkteam en hoe meer kinderen in een gemeente opgroeien in een eenoudergezin, er meer sprake is van trajecten die worden beëindigd door de cliënt (uitval).

6.4.3 Aandeel herhaald beroep bij gestarte trajecten

Hieronder presenteren we de uitkomsten van de analyse met het **aandeel herhaald beroep bij gestarte trajecten**. Het gaat dus om trajecten die zijn gestart bij cliënten waarbij in de afgelopen vijf jaar al sprake was van een jeugdhulptraject. In de linker kolom staan de onafhankelijke variabelen genoemd. Wat opvalt is dat de variabele 'open house inkoop' (open_house_perc) niet in de tabel staat: dit betekent dat open house inkoop niet samenhangt met het aandeel herhaald beroep bij gestarte trajecten. Met andere woorden: het maakt ook voor dit kwaliteitsaspect dus niet uit of gemeenten middels open house of juist selectief inkopen.

	Coëfficiënt	Std. Error	P> z
<i>Intercept</i>	0.242	0.006	0.000
Aandeel jeugdhulp uitgevoerd door wijkteam	-0.050	0.011	0.000***
Aandeel jeugdhulp 0-4	-0.215	0.089	0.016**
<i>Group Var</i>	0.000	0.005	

Tabel 6. Uitkomsten analyse met aandeel herhaald beroep bij gestarte trajecten als afhankelijke variabele
 $N=338$, $Marginal R^2 = 0.10$, $Conditional R^2 = 0.40$, $ICC: 0.35$ | *** $P<0.001$, ** $P<0.05$, * $P<0.01$

Wat opvalt is dat de verklaarde variantie van dit model (marginal R^2) beperkt is. We zien verder dat de variabele die iets zegt over de mate waarin via open house (op basis van minimumeisen) is ingekocht, niet significant is (want deze is geëlimineerd uit het model omdat deze niet bijdroeg aan het verklaren van de variantie). Ook hangen de twee variabelen die betrekking hebben op de uitvoeringsvariant (de bekostiging) niet significant samen met het aandeel van de beëindigde trajecten dat is beëindigd volgens plan.

Verder hangen het aandeel van de jeugdhulp dat is uitgevoerd door het wijkteam en het aandeel jeugdigen met jeugdhulp in de leeftijd van 0 tot 4 jaar negatief samen met het aandeel herhaald beroep. Dit betekent dat naarmate er sprake is van een hoger aandeel van cliënten dat wordt geholpen door het wijkteam en een hoger aandeel jeugdigen met jeugdhulp in de leeftijd van 0-4 jaar, er minder sprake is van herhaald beroep. Bij die laatste variabele is dat logisch, omdat voor deze leeftijdsgroep de kans op herhaald beroep kleiner is omdat de jeugdige gedurende een deel van de 5 jaar waarop herhaald beroep betrekking heeft nog niet geboren was.

6.5 Conclusie kwantitatieve verdieping

Op basis van de verdiepende kwantitatieve analyses concluderen wij dat de gehanteerde inkoopmethode (open house versus selectief inkopen) **niet** samenhangt met de verschillende outcome-criteria ('doelrealisatie': aandeel trajecten beëindigd volgens plan, aandeel trajecten eenzijdig beëindigd door de cliënt en 'herhaald beroep'). De analyses laten zien dat enkele andere factoren wel samenhangen met deze outcome-indicatoren. De meest opvallende in het kader van dit onderzoek is de negatieve relatie tussen het gebruik van output- en taakgerichte bekostiging bij jeugdhulp en het aandeel van beëindigde trajecten dat volgens plan is beëindigd. Binnen gemeenten die meer gebruikmaken van deze uitvoeringsvarianten (vormen van bekostiging) gebeurt het vaker dat trajecten niet volgens plan beëindigen. Deze bevinding moet worden gezien in vergelijking tot de inspanningsgerichte uitvoeringsvariant (de p x q bekostiging), die veruit het vaakst voorkomt in de jeugdzorg en die in de analyses de grootste referentiegroep was.

Al met al verklaren de in deze analyses gebruikte variabelen slechts een beperkt deel van de variatie tussen de scores van de gemeente op deze outcome-indicatoren. Dat blijkt uit de relatief beperkte verklaarde variantie (lage waarden van de marginal R^2) van de verschillende deelanalyses. De variatie op deze outcome-indicatoren tussen gemeenten wordt dus vooral veroorzaakt door (onbekende) factoren die niet meegenomen zijn in deze analyses. Met andere woorden: hoewel de bekostigingssystematiek wel een effect heeft op het aandeel niet volgens plan beëindigde trajecten, is dit effect gering. De selectiviteit van inkoop heeft zelfs helemaal geen aantoonbaar effect. Andere factoren (waaronder ook toeval) (die niet in dit onderzoek zijn meegenomen) spelen een grotere rol.

In de literatuurstudie (hoofdstuk 3) bespraken wij verschillende veronderstellingen ten aanzien van de relatie tussen open house en kwaliteit. Een aantal veronderstellingen hadden betrekking op mechanismen waarin open house positief zou kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zorg, andere veronderstellingen hadden juist betrekking op mechanismen waarin open house negatief zou kunnen bijdragen aan de kwaliteit van zorg. In het kwalitatieve onderzoek (zie hoofdstuk 2) hebben we gekeken naar dergelijke mechanismen, zoals de relatie tussen open house en continuïteit, keuzevrijheid, toezicht en versnippering van het zorglandschap. Deze kwantitatieve analyse kijkt niet naar dergelijke tussenstappen, maar naar de (uiteindelijke) relatie tussen open house inkoop en bepaalde specifieke aspecten van de kwaliteit van zorg (in dit geval *outcome*) en laat zien dat deze relatie er niet op een eenduidige manier is. Een verklaring hiervoor kan zijn, zoals we eerder aangaven en wat wij aannemelijk achten, dat vooral andere (niet in de analyse meegenomen) factoren van grotere invloed zijn op kwaliteit. Een andere verklaring kan zijn dat verschillende mechanismen tegelijkertijd in werking zijn, waardoor er zowel een positieve en negatieve uitwerking is van open house op kwaliteit (zie ook de veronderstellingen in hoofdstuk 3 hierover). In dat geval kan het totale effect (van alle veronderstellingen bij elkaar opgeteld) neutraal zijn.

7 Conclusies en aanbevelingen

7.1 Inleiding

In dit onderzoek hebben we gekeken naar de effecten van open house inkoop op maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg. Daarbij beschouwen we open house en niet-selectieve overheidsopdrachten samen als niet-selectieve inkoop. In de verschillende hoofdstukken gaan we in op verschillende deelaspecten en presenteren we belangrijke bevindingen en (deel)conclusies. Aan het einde van hoofdstuk 3 vatten we de belangrijkste bevindingen uit het literatuuronderzoek samen in een tabel. In hoofdstuk 4 gaan we in op de relatie tussen de inkoopmethode en de uitvoeringsvarianten. In hoofdstuk 5 verdiepen wij op een aantal thema's op basis van interviews, waarbij we per thema de belangrijkste bevindingen samenvatten en deelconclusies trekken. In hoofdstuk 6 gaan we aan de hand van een kwantitatieve analyse verder in op de relatie tussen de inkoopmethode en kwaliteit van jeugdzorg. In dit laatste hoofdstuk trekken we op basis van de verschillende deelresultaten uit het gehele onderzoek conclusies. Vervolgens doen we op basis hiervan een aantal aanbevelingen, gericht op VWS (als stelseigenaar) en gemeenten (zowel individueel als gezamenlijk). Hoewel we in dit onderzoek ook het perspectief van aanbieders, professionals en dat van cliënten hebben meegenomen, volgen uit dit onderzoek voor deze 'doelgroepen' geen aanbevelingen.

7.2 Conclusies

De belangrijkste conclusies uit dit onderzoek zijn:

1. Er bestaan veel veronderstellingen over de relatie tussen open house inkoop en allerlei aspecten van zorg (Wmo en jeugdzorg). Voor de meeste van deze veronderstellingen bestaat geen empirisch bewijs (geen effect) of beperkt en soms niet eenduidig bewijs.
2. Open house inkoop heeft lange tijd wel een groei van het aantal zorgaanbieders gefaciliteerd en de ontwikkeling van het zorglandschap beïnvloed, voordat gemeenten maatregelen troffen om deze ontwikkeling (die voor diverse aspecten van zorginkoop onwenselijk wordt geacht) te stoppen (zie paragraaf 5.9).
3. Er worden allerlei trends en effecten toegeschreven aan open house inkoop. Wanneer we de onderliggende mechanismen afpellen blijkt dat 'waargenomen effecten' niet een-op-een zijn toe te schrijven aan open house inkoop als 'methodiek'. Verschillende 'problemen' worden dus onterecht toegekend aan de open house inkoopmethodiek. Dat zien wij dan ook als belangrijke verklaring voor het feit dat er geen of beperkt bewijs is voor de veronderstellingen over open house. Voorbeelden van bovenstaande zijn:
 - a. De mate waarin gemeenten en aanbieders vertrouwen opbouwen en een 'partnerschapsrelatie' hebben relateert niet zozeer aan de inkoopmethodiek (open house of aanbesteden) 'an sich' maar meer in de keuzes en uitwerkingen ervan die gemeenten hanteren (zie paragraaf 5.2).
 - b. Open house inkoop leidt doorgaans tot veel gecontracteerde partijen. Bij selectieve vormen van inkoop is er niet automatisch sprake van (veel) minder partijen die zorg leveren, maar dan deels als onderaannemer (zie paragraaf 5.9).
 - c. Transformeren lukt alleen goed met een beperkt aantal (strategische) partners. Dit is een aandachtspunt als er veel partijen zijn gecontracteerd die zorg (mogen) leveren. Ook met open house inkoop kan transformatie met een beperkte groep partijen als strategisch partner worden vormgegeven (zie paragraaf 5.3). Over de manier waarop daaraan in de praktijk precies invulling wordt gegeven is echter nog weinig bekend.
 - d. Er is geen eenduidig bewijs dat open house inkoop fraude en excessieve winstuitkering in de hand werkt. Op basis van de literatuurstudie en de kwalitatieve verdieping kunnen we vaststellen dat open house inkoop tot fraude en excessieve winstuitkering kan leiden als gemeenten verder geen goede toetredingseisen stellen, als ze geen goed contractmanagement voeren, als ze geen goede invulling

-
- geven aan hun toezichtsfunctie, et cetera. Dit geldt ook bij selectieve inkoop, waarbij daar de onderaannemers een extra aandachtspunt vormen (zie paragraaf 5.5).
- e. Een belangrijke oorzaak voor hoge winsten is het hanteren van generieke tarieven (beperkte tariefdifferentiatie), dit komt voor bij open house en aanbestedingen (en staat dus los van de gehanteerde inkoopmethode, zie paragraaf 5.5).
 - f. Uit de literatuurstudie en de kwalitatieve verdieping komt naar voren dat private-equity investeringen (ook) plaatsvinden in de Wmo en jeugdzorg, maar in zeer beperkte mate.¹⁰⁰ Er is geen bewijs dat private-equity investeringen samenhangt met de inkoopmethodiek (zie paragraaf 5.5).
4. Veel negatieve effecten van open house inkoop worden veroorzaakt door gemeentelijke inrichtingskeuzes *binnen* het inkoopinstrument, niet door de eigenschappen, voor- en nadelen van open house inkoop op zichzelf. Het ontbreekt soms aan de kennis van de mogelijkheden van open house inkoop en, blijkens dit onderzoek, heersen er ook verkeerde veronderstellingen over open house. Overigens gelden deze constateringén óók voor het inkopen door middel van selectief aanbesteden.
 5. Open house inkoop hangt samen met lagere administratieve lasten ten tijde van de contractering ten opzichte van verschillende vormen van aanbestedingen¹⁰¹. Vooral selectieve inkoop (en selectie van consortia) leidt tot meer administratieve lasten ten tijde van het contracteren door het gebruik van selectieve procedures met gebruik van gunningscriteria en/of dialoog (zie paragraaf 5.7.2).
 6. Het principe van supplier induced demand is in meerdere onderzoeken (in andere sectoren) aangetoond (zie paragraaf 3.2). Dit principe lijkt vooral samen te hangen met het totale aantal actieve aanbieders (ook in onderaanneming). Er is in een aantal studies in het sociaal domein geen statistisch verschil in zorgvraag afhankelijk van of gemeenten werken met open house of met selectieve inkoop, in één studie hangt open house inkoop significant samen met lagere jeugdzorguitgaven.
 7. Er zijn verschillende veronderstellingen met betrekking tot open house inkoop in relatie tot kwaliteit van zorg (zie paragraaf 3.3). Sommige veronderstellingen gaan uit van een negatieve relatie, andere van een positieve relatie. Opgeteld is er geen bewijs gevonden voor een positieve of negatieve relatie (zie in het geval van jeugdzorg ook hoofdstuk 6).
 8. Open house inkoop draagt bij aan de keuzevrijheid voor de cliënt doordat er doorgaans veel zorgaanbieders rechtstreeks gecontracteerd worden. Het maken van een goede en geïnformeerde keuze is voor cliënten desondanks niet altijd eenvoudig (zie paragraaf 5.8).
 9. Belangrijkere factoren in relatie tot kwaliteit van zorg is de manier waarop het toezicht is vormgegeven en de mate waarin dit gebeurt, de invulling van het contractmanagement en de eisen die aan de zorgverlening worden gesteld (zie paragraaf 5.4).
 10. De positieve en negatieve effecten van open house inkoop houden vooral verband met eigenschappen van ondersteuningsvormen, het (lokale of regionale) zorglandschap en gewenste ontwikkelingen hierin. Het is niet generiek te zeggen dat open house voor bepaalde zorgvormen 'geschikt' of juist 'niet geschikt' is. Er is ook geen generaliseerbaar verschil in de effecten van open house voor jeugdzorg versus maatschappelijke ondersteuning.
 11. Open house is niet per definitie ongeschikt als inkoopmethodiek voor specialistische jeugdhulp. Hier kan het risico op onwenselijke versnippering van het zorglandschap en verlies van specialistische expertise een rol spelen, evenals de wenselijkheid voor capaciteitsfinanciering van verblijfszorg. Als het risico op onwenselijke verschuivingen in het zorglandschap regionaal gezien erg klein is, kan open house echter juist een goed instrument zijn in verband met de voordelen (administratief licht en meer mogelijkheden voor flexibiliteit).
 12. Effecten van open house staan steeds nadrukkelijker onder invloed van arbeidsmarktproblematiek. Het risico om schaars zorgaanbod te verliezen in de regio maakt het selectief inkopen minder aantrekkelijk. Daar staat tegenover dat versnippering van huidig zorgaanbod door open house ook tot risico's leidt (zie ook paragraaf 5.9).

Ten slotte: op de vraag of open house een geschikt of juist geen geschikt instrument is om maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg in te kopen is geen eenduidig antwoord te formuleren. Dit onderzoek laat zien dat de

¹⁰⁰ Zie ook de [Kamerbrief over private equity in de zorg | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

¹⁰¹ Er bestaan ook administratief luwe aanbestedingsprocedures, zoals SAS zonder emvi.

geschiktheid onder andere afhangt van de (verander)doelstellingen van de gemeenten ten aanzien van de in te kopen zorgvorm, van het huidige zorglandschap, van toetredingsbarrières voor nieuwe zorgaanbieders, van keuzes in bekostiging en productdefinitie, en van kansen en risico's die open house inkoop verder met zich meebrengt in de betreffende context. Daarbij geldt dat inkoop een middel is in het bredere uitvoeringsstelsel en dat het moet aansluiten bij beleid, verordening, toegang en andere voorzieningen in het sociale domein. Negatieve effecten die aan open house als instrument worden toegeschreven blijken in veel gevallen te relateren aan de wijze waarop het instrument is gehanteerd en de mate waarin de gemeente de juiste randvoorwaardelijke zaken regelt (het stellen van de juiste kwalitatieve eisen, actief contractmanagement, toezicht et cetera) om open house te laten slagen. Dit geldt overigens ook voor selectieve inkoop. We zien in dit onderzoek dan ook geen grondslag voor het (wettelijk) beperken van open house.

7.3 Aanbevelingen

De bevindingen en conclusies van dit onderzoek leiden tot diverse aanbevelingen. In het gedecentraliseerde stelsel is hierbij van belang om scherp te benoemen aan wie deze aanbevelingen primair geadresseerd zijn. We onderscheiden aanbevelingen op drie niveaus.

Aanbevelingen die rechtstreeks raken aan het (al dan niet) aanpassen van wetgeving kunnen alleen aan het ministerie van VWS gericht zijn - dit is het eerste niveau. Aanbevelingen die rechtstreeks op individuele gemeenten (of inkoop Samenwerkingsverbanden van gemeenten) gericht zijn, betreffen het derde niveau.

Hiertussen zit een tweede niveau van aanbevelingen dat door de aard ervan gericht is op de gemeenten gezamenlijk, bijvoorbeeld om ten behoeve van alle gemeenten samen kennis te ontwikkelen en te vergroten. Dit zijn aanbevelingen die het niveau van individuele gemeenten (waar de kennisontwikkeling uiteindelijk wel moet landen) overstijgen en die bijvoorbeeld vanuit het oogpunt van efficiëntie op een meer centraal niveau navolging behoeven. Vanuit een uitvoeringsperspectief ligt de verantwoordelijkheid voor deze kwesties primair bij gemeenten. Toch heeft VWS als stelselverantwoordelijke als het gaat om nieuwe kennisontwikkeling ook een agenderende, stimulerende en faciliterende rol. Gemeenten organiseren gezamenlijke uitvoerings- en kennisontwikkelingstaken in het sociaal domein via de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), en ook speelt VNG een belangrijke vertegenwoordigende rol.

Aanbevelingen voor VWS

1. Leg vanuit het stelsel geen (wettelijke) beperkingen op met betrekking tot het hanteren van open house als inkoopmethodiek voor maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg.

In de Hervormingsagenda Jeugd staat aangegeven: *“Door het veelvuldig gebruik van ‘open house’ als inkoopmethode is het aantal aanbieders fors gestegen en is het zorglandschap minder overzichtelijk geworden. Op basis van een nadere analyse gaat het Rijk na of het opportuun is deze methode uitsluitend onder voorwaarden respectievelijk in bijzondere omstandigheden toe te passen en de wettelijke mogelijkheden daartoe te verkennen.”*

Een belangrijke conclusie uit het onderzoek is dat voor de meeste veronderstellingen over (vermeende) effecten van open house geen empirisch bewijs bestaat (geen effect) of beperkt en soms geen eenduidig bewijs. Bovendien heeft open house inkoop een aantal kenmerken, die in bepaalde situaties positief kunnen bijdragen aan effectieve en efficiënte contractering. Op basis van ons onderzoek zien we daarom geen aanleiding om open house als inkoopmethodiek voor maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg te beperken.

2. Verhoog het kennisniveau bij gemeenten op het gebied van inkoopsystematiek én ten aanzien van de maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp die ingekocht wordt in het sociaal domein.

We constateren in dit onderzoek dat allerlei trends en effecten onterecht worden toegeschreven aan open house inkoop. Waargenomen ongewenste effecten hebben andere oorzaken, zoals andere inrichtingskeuzes van gemeenten en een daarmee congruente (en adequate) uitvoering. Het ontbreekt soms aan de kennis van de mogelijkheden van open house inkoop (en aanbesteden) en er heersen ook verkeerde veronderstellingen over open house. Kennisbevordering bij gemeenten kan hier een positieve bijdrage leveren. Kennisbevordering is noodzakelijk ten aanzien van:

- De **beleidscyclus** waarbinnen inkoop is ingebed. Inkoop is een middel dat onderdeel is van een bredere beleidscyclus. Inkoop is daarmee een van de middelen om inhoudelijke beleidsdoelen te halen. Een breed inkoopinstrumentarium, inclusief open house, kan hier ondersteunend aan zijn als er een goede koppeling wordt gelegd met de inhoudelijke doelen.
- De verschillende inkoopinstrumenten (subsidie, overheidsopdracht, open house) en de voor- en nadelen van elk instrument, de maatregelen om risico's van deze instrumenten te beperken en de voordelen te benutten, en de relatie tussen de instrumenten en bekostigingsvormen.
- De kenmerken van hulp die ingekocht wordt, zodat een inkoopprocedure beter ingericht kan worden op de specifieke kenmerken van de zorg.
- De verschillende rollen die professionals binnen de gemeente (politiek, beleid, inkoop, contractmanagement) hebben in het proces van inkoop en hoe zij elkaar hierover weten te vinden. We horen uit de praktijk dat politiek bijvoorbeeld te veel verwacht van een inkoopmethode, of dat beleid onvoldoende wordt gevonden door de inkoop om hen te voeden met kenmerken van hulp die ingekocht wordt.

Bovenstaande kan bereikt worden door meer in te zetten op het opleiden van professionals, bestuurders en raadsleden die betrokken zijn bij inkoop in het sociaal domein, het uitdragen van onderbouwde inzichten over de hierboven genoemde thema's en kennisuitwisseling tussen gemeenten onderling op dit vlak. Na afbouw van het programma inkoop en aanbesteden sociaal domein is de vindbaarheid van materialen achteruit gegaan, is er minder aanbod aan training- en kennisuitwisseling of lijkt dit aanbod minder goed gevonden te worden. Gemeenten hebben als eerste de verantwoordelijkheid om het kennisniveau op orde te hebben en kunnen dit gezamenlijk oppakken. Het Rijk kan hier een (nieuwe) impuls aan geven door initiatieven gericht op het vergroten van het kennisniveau bij gemeenten te stimuleren.

3. Verhoog het kennisniveau op het gebied van het toezicht op het zorgstelsel en de prioriteit hiervoor bij gemeenten.

Inkoop is een van de sturingsmechanismen om grip te krijgen op kwaliteit. Het is belangrijk dat ook gedurende de looptijd van het contract toezicht wordt gehouden op kwaliteit en rechtmatigheid. Het toezicht op onderaannemers (de mogelijkheden en best practices) verdient hierbij nadrukkelijke aandacht. Zet in op een hogere prioriteit van toezicht op rechtmatigheid (gemeenten) en op toezicht op **kwaliteit** in de Wmo (gemeenten) en jeugdzorg (IGJ) en toezicht op de rechtmatigheid op Wmo en jeugdzorg (gemeenten). Heb daarbij in ieder geval aandacht voor:

- Toezicht is onderdeel van een feedbackloop waarin aan de voorkant eisen worden gesteld aan de manier waarop zorg wordt geleverd en aan andere prestaties (in contract en verordening). Het is aan gemeenten om toe te zien op de naleving van de gestelde eisen. Hiervoor is inzicht in prestaties nodig (waaronder inzicht in kwaliteit), zodat hierover het goede gesprek met zorgaanbieders kan worden gevoerd. Dit kan vanuit het contractmanagement, maar ook vanuit toezicht en handhaving.

- Het wettelijk kader en de keten rondom de toelating van nieuwe zorgaanbieders kan scherper. Dit betreft enerzijds de Wtza (Wet toetreding zorgaanbieders¹⁰²; waar wij in het onderzoek geen toets op hebben gedaan). Anderzijds gaat het om de screening van gemeenten bij het gunnen van contracten.
- Toezicht op kwaliteit (vanuit contract en relatiemanagement en kwaliteitstoezicht). Toezicht op kwaliteit en rechtmatigheid kan niet (geheel) los van elkaar worden gezien, dus ook bij de jeugdzorg (waarbinnen toezicht op kwaliteit is belegd bij de IGJ), ligt hier voor gemeenten een rol. *Een vraag die in dit onderzoek door enkele respondenten werd gesteld is of er momenteel voldoende aandacht is voor het toezicht op kwaliteit bij kleinere zorgaanbieders (hier hebben we geen onderzoek naar gedaan) en of deze taak in het geval van de jeugdzorg (net als bij de Wmo) beter belegd kan worden bij gemeenten, in plaats van bij de IGJ.*
- Toezicht in de Wmo en jeugdzorg staat niet op zichzelf, maar moet gezien worden in samenhang met bijvoorbeeld het contractmanagement en de toegang, waarmee gemeenten grip en zicht kunnen houden op de kwaliteit en rechtmatigheid van zowel het gecontracteerde aanbod als het pgb-aanbod¹⁰³. Toezicht op rechtmatigheid van zorgaanbieders (na toelating) is een keten- en domeinoverstijgende verantwoordelijkheid en breder is dan VWS / gemeenten: ook arbeidsinspectie, de NZa en de IGJ hebben daar een rol in.

Het gaat hierbij ook om de relatie tussen kennis en kunde (hoe goed zijn gemeenten nu in staat tot goed toezicht) en de prioriteit die eraan gegeven wordt. Er is al de nodige kennis ontwikkeld en steeds meer ervaringen met (goed) toezicht door gemeenten worden onderling gedeeld, zoals [vanuit de VNG](#). Het is belangrijk dat alle gemeenten dergelijke kennis eigen maken en met voldoende prioriteit en middelen invulling geven aan hun toezichtsfunctie en deze in samenhang met gestelde contracteisen en het contractmanagement invullen. Gezien het ketenbrede en domeinoverstijgende karakter van toezicht op maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg, heeft ook het ministerie van VWS hier een verantwoordelijkheid. Zo kan VWS beleidskaders¹⁰⁴ geven, overzicht bieden en toezien op samenhang in de initiatieven die er zijn om toezicht te verbeteren.

4. Bevorder het kennisniveau bij gemeenten op het gebied van tariefdifferentiatie en onderzoek of er naast huidige voorbeelden meer mogelijkheden zijn.

Bij de inkoop van standaardproducten (middels overheidsopdracht of open house) passen gemeenten vaak nog standaardtarieven toe. Dit kan leiden tot onwenselijk hoge marges bij aanbieders. Anderzijds zijn er ook voorbeelden van aanbieders waarvoor de standaardtarieven niet kostendekkend zijn. Het passend differentiëren van tarieven kan beide problemen beperken.

Tariefdifferentiatie kan op twee manieren tot uitdrukking komen. Enerzijds kan dit door in de inkoop voldoende passende differentiatie toe te passen in de productenstructuur. Anderzijds komt het voor dat verschillende aanbieders voor hetzelfde product een verschillend tarief ontvangen. Hierbij merken we op dat tariefstelling en differentiatie altijd samenhangen met product- en bekostigingsdefinities, en het opstellen hiervan vergt goede inhoudelijke kennis van de zorgmarkt voor, en de inhoud van de betreffende producten.

¹⁰² De Wtza geldt niet voor aanbieders die alleen diensten verrichten die onder de Wmo 2015 of Jeugdwet vallen en niet daarnaast (andere) 'zorg' verlenen. In de Jeugdwet zelf is voor alle jeugdhulpaanbieders een meldplicht geregeld.

¹⁰³ Zie ook het Antwoord van de Staatssecretaris op kamervragen over fraude in de Wmo van 23 mei 2024.

¹⁰⁴ Naar aanleiding van de jaarlijkse rapporten van de IGJ, waarin staat dat het Wmo toezicht op kwaliteit onvoldoende is georganiseerd, heeft het ministerie van VWS bijvoorbeeld een [beleidskader Wmo-toezicht](#) ontwikkeld met daarin verbetervoorstellen. Deze voorstellen omvatten enerzijds een stimuleringsprogramma en anderzijds een wetswijzigingstraject, met speciale aandacht voor de inrichting van het Wmo-toezicht en het onafhankelijk functioneren van de Wmo-toezichthouder. De onderdelen van het stimuleringsprogramma zullen in 2024, 2025 en 2026 worden ontwikkeld en bij gemeenten worden geïmplementeerd en zullen zoveel mogelijk in samenhang zijn met rechtmatigheidstoezicht. Het wetswijzigingstraject bevindt zich momenteel (juni 2024) in de voorbereidingsfase.

Wij bevelen aan om de mogelijkheden voor tariefdifferentiatie (en de voor- en nadelen van verschillende manieren van differentiëren) verder te verkennen en te onderzoeken, en om op basis van nieuwe inzichten de handreiking 'Inzicht in tarieven' te verrijken. Dit kan enerzijds door het uitwisselen van huidige praktijken en ervaringen tussen gemeenten (hierin zou de VNG kunnen faciliteren). Anderzijds verwachten we dat ook meer fundamenteel onderzoek nodig kan zijn naar de mogelijkheden in het huidige stelsel waarin dit onderwerp vanuit verschillende invalshoeken wordt bekeken, wat aansluit bij de verantwoordelijkheden van VWS.

5. Verken de mogelijkheden hoe partnerschap op een goede en passende manier vormgegeven kan worden bij open house inkoop.

In het onderzoek zijn we verschillende voorbeelden tegengekomen van regio's waarin binnen de context van open house inkoop wordt gewerkt met een partnerschap met een select aantal partijen gericht op bepaalde transformatieopgaven.

In het onderzoek is door één regio benoemd dat ze met aparte aanvullende financiering werken voor strategische partners (buiten de normale hulpverlening om). Een andere regio overweegt dit te doen. Deze voorbeelden gaan verder dan gedifferentieerd contractmanagement. De kennis hierover is echter nog niet breed bekend. Er is behoefte aan kennis over de passende vormgeving en juridische mogelijkheden en knelpunten van aparte afspraken met enkele strategische partners binnen een open house. Een verkenning naar de mogelijkheden die verder gaan dan gebruikelijke contractmanagementmethodes en daarbij best practices kan hieraan bijdragen.

Aanbevelingen voor gemeenten

1. Maak bij de inkoop van Wmo en jeugdzorg voorzieningen een gedegen afweging van de te hanteren inkoopsystematiek.

Ga uit van de [beleidscyclus](#) waarbinnen inkoop is ingebed. Wees kritisch over beelden over een inkoopmethodiek die niet uitgebreid zijn onderbouwd. Dit onderzoek maakt duidelijk dat er ten aanzien van inkoopmethodieken als open house en aanbesteden soms onjuiste beelden leven over zowel de mogelijkheden als de effecten ervan. Neem in de afweging welke inkoopsystematiek(en) te hanteren ten minste mee:

- Welke inkoopinstrumenten het beste aansluiten bij de inhoudelijke/beleidsmatige doelstellingen voor de betreffende zorgvorm(en) (bijv. transformatie-opgave, benodigde samenwerking op zorg, et cetera).
- De voor- en nadelen van de verschillende mogelijke inkoopinstrumenten.
- De maatregelen om voordelen te benutten en risico's te beperken per instrument.
- Eigenschappen van het huidige zorglandschap (risico's op verlies van expertise en capaciteit, risico's op versnippering).

2. Als de gemeenten kiezen voor open house, pas gedifferentieerd contract- en relatiemanagement toe. Zet in op partnerschap met de zorgaanbieders met een strategisch belang voor de gemeente/regio.

Aandachtspunten en mogelijkheden hierbij:

- Partnerschap is met name van belang bij het realiseren van transformatie.
- Strategische aanbieders zijn bijvoorbeeld de aanbieders met uniek aanbod en/of een substantieel aantal cliënten van de gemeenten helpen. Er bestaan verschillende tools ter ondersteuning voor het bepalen wie deze strategische partners zijn, zoals de ABC-methode voor contractmanagement.

3. Houd bij inkopen met open house als instrument rekening met de volgende aandachtspunten (zowel procedure als contract).

- Beperk de toetreding van te veel zorgaanbieders door hogere kwaliteitseisen en strengere geschiktheidseisen, tussentijds toetreden niet of slechts onder voorwaarden toe te staan en periodieke beëindiging van contracten van aanbieders zonder cliënten.

- Partnerschap is mogelijk met een beperkt aantal van alle gecontracteerde aanbieders en vraagt voor deze aanbieders een aparte behandeling. Hierbij dienen gemeenten wel rekening te houden met transparantie en het gelijkheidsbeginsel.
- Open house biedt meer mogelijkheden om het contract gedurende de looptijd aan te passen dan een aanbestede overheidsopdracht.
- Maak gebruik van de bestaande kennis over en ervaring met deze inkoopmethode en benut de standaarden die hierover zijn ontwikkeld. Voor Jeugd zijn deze al beschikbaar, voor de Wmo zijn deze nog in ontwikkeling¹⁰⁵.
- Goed toezicht uitoefenen vergt aandacht door het grotere aantal zorgaanbieders, maar rechtstreekse contractering geeft hiertoe wel veel mogelijkheden en instrumenten.

4. Houd bij het aanbesteden van een overheidsopdracht rekening met de volgende aandachtspunten (procedure en contract).

- De [SAS-procedure](#) staat ook selectie en gunning zonder gunningscriteria toe, waarbij gunning niet hoeft af te hangen van schriftelijke offertes, en onderhandelen mag, mits rekening houdend met het transparantie- en gelijkheidsbeginsel.
- Maak gebruik van de bestaande kennis over en ervaring met deze inkoopmethode en benut de standaarden die hierover zijn ontwikkeld.
- In het huidige zorglandschap leidt het aanbesteden van een hoofdaannemerschap niet per definitie tot minder actieve zorgaanbieders: een substantieel deel zal onderaannemer worden en buiten het zichtsveld van gemeente actief blijven. De administratieve lasten rondom contractering en contractmanagement verschuiven dan deels richting hoofdaannemer.
- Zorgaanbieders als hoofdaannemer zijn niet per definitie ook goede opdrachtgevers van / toezichhouders op onderaannemers. Laat het toezicht niet alleen over aan hoofdaannemers.

5. Maak werk van tariefdifferentiatie als er gekozen wordt voor open house of raamovereenkomsten met standaard producten.

- Een belangrijke randvoorwaarde voor tariefdifferentiatie, is dat wanneer dit wordt toegepast, de differentiatie samenhangt met product- en bekostigingsdefinities. Hiervoor is goede inhoudelijke kennis van de betreffende producten en de zorgmarkt noodzakelijk. Dit is een belangrijk vertrekpunt in tariefstelling in het algemeen.
- Begin als gemeente tijdig met het verdiepen in de tariefstrategie, zodat hierover in de voorbereiding op de inkoop een goed overwogen keuze gemaakt kan worden, en niet als sluitstuk van de voorbereiding van de inkoop of pas bij het kostprijsonderzoek.
Sturing is dan mogelijk via de productstructuur en geschiktheid voor bepaalde productvormen. Bijvoorbeeld door hogere eisen te stellen voor contractering van specialistische ondersteuningsvormen. Onderzoek welke vorm(en) passend zijn en welke producten en tarieven optimaal aansluiten bij het te contracteren zorglandschap (zie aanbeveling 4 op stelselniveau).

6. Bied cliënten voldoende ondersteuning bij het maken van een keuze uit het gecontracteerde aanbod bij open house of aanbesteding van raamovereenkomsten.

Onafhankelijke cliëntondersteuners kunnen hierin nadrukkelijker een rol spelen. Een onafhankelijk cliëntondersteuner kan de cliënt helpen de hulpvraag en behoefte goed in kaart te brengen en heeft ook kennis van het zorgaanbod. Hierdoor kan de onafhankelijk cliëntondersteuner de cliënt ondersteunen bij het maken van de keuze tussen de verschillende zorgaanbieders.

¹⁰⁵ [Contractstandaarden Jeugd, contractstandaarden Wmo \(in ontwikkeling\)](#)

7. Besef dat elke inkoopssystematiek voordelen, nadelen en risico's heeft, en dat je als gemeenten de grootste expertise hebt opgebouwd ten aanzien van je huidige inkoopstelsel.

Wees terughoudender met het invoeren van grote veranderingen in inkoopssystematiek naarmate de verwachte voordelen onzekerder zijn en de verwachte nadelen zekerder en groter.

A. Bronnen literatuuronderzoek

Aanbestedingscafé, 2018. Openhouse-methode populair voor inkoop sociaal domein (interview met Niels Uenk).

AEF, 2021. Stelsel in Groei.

Bergman, Johansson, Lundberg & Spagnolo, 2016, Privatization and quality: Evidence from Elderly care in Sweden. *Journal of Health Economics*, 49, 109-119.

Bergman, Jordahl, & Lundberg. 2018. Choice and competition in the welfare state: Home Care as the Ideal Quasi-market.

Bouwman, 2022. Instrumenten voor het uitbesteden van diensten in het sociaal domein, scheidslijnen tussen de overheidsopdracht, subsidie, vergunning, concessie en het open house model. Uitgeverij Paris.

Centraal Planbureau, 2018. Naar een effectieve inkoop binnen het sociaal domein.

Centraal Planbureau, 2021. De gemeentelijke inkoop van jeugdzorg.

Decisio, Twynstra Gudde & inno-V (2020). Effecten van openbaar aanbesteden in het Openbaar

Elmuti, D., & Kathawala, Y. (2001). An overview of strategic alliances. *Management decision*, 39(3), 205-218.

EY Consulting, 2023. Onderzoek niet-integere bedrijfsvoering jeugdhulp.

Follow the Money, 2019. Hoe een schoonmaakgigant in gemeente Hollands Kroon zorgmonopolist werd.

Follow The Money, 2021, Gemeenten lopen leeg op jeugdzorg, maar op winst gerichte investeerders ruiken geld.

Follow the Money, 2021. Geldstromen in jeugdzorg voor het eerst inzichtelijk na groot data-onderzoek door Follow the Money.

Follow the Money, 2021. Inkoopformule 'open house' is doping voor jeugdzorgaanbieders.

Follow the Money, 2022. Schreeuwend tekort aan jeugdzorgplekken creëert cowboymarkt.

Gadde, L.E. & Snehota, I. (2000). Making the Most of Supplier Relationships, *Industrial Marketing Management*, Volume 29, Issue 4.

GGZ Totaal, 2021: Over oorlogskassen, een ADHD-fabriek en niet-kloppende declaraties

Handreiking SAS-zonder-EMVI, Programma Inkoop en Aanbesteden Sociaal Domein, september 2021.

Hartmann, E., & Herb, S., 2014. Opportunism risk in service triads - a social capital perspective. *Int. J. Phys. Distribution Logis. Management* 44 (3) 242 - 256.

Hartmann, E., Herb, S., 2015, Interconnectedness of actor bonds in service triads - a social capital perspective. *Ind. Mark. Management* 44, 154 - 165.

Hoogenraad, W.D., Uenk, N., Knight, L.A., & Vos, F.G.S.(2022). Impact of changes in purchasing practices in the municipal procurement of youth healthcare services in the Netherlands.

JB Lorenz, 2018. En de rekening komt later.

Jeugdautoriteit, 2023. De stand van de jeugdzorg.

Jeugdautoriteit, 2023. Hoofd- en onderaannemerschap in de jeugdhulpsector.

Ketenbureau i-Sociaal Domein, 2022. Drie uitvoeringsvarianten.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Stoppen met Tijdschrijven - (Ont)regel de zorg.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wat is goede zorg? Recht op goede zorg. 1) Wmo 2015 Art. 2.1.2 lid 4 sub-C. 2) Wmo 2015 Art. 2.1.2 lid 4 sub-E. 3) Wmo 2015 Art. 2.6.5 lid 2.

PIANoo (g.d.), Minimum of maximum looptijd.

PIANoo. Aanbesteden, inbesteden, subsidie of Open House.

PIANoo. Open House als inkoopmethodiek.

PPRC, 2018. Monitor gemeentelijke zorginkoop 2018.

PPRC, 2023. Is de SAS-procedure zonder EMVI dé oplossing? Statistieken op basis van de Monitor gemeentelijke zorginkoop 2023.

PPRC, 2023. Monitor gemeentelijke zorginkoop 2023.

PPRC, Monitor Gemeentelijke zorginkoop 2020.

Rijkswaterstaat (2017), Evaluatieverslag aanbesteding Project DOEN.

Rowlingson & Cheung, 2004. Relational contracting, culture and globalization. International Symposium of CIB W107/TG23 (pp. 17-19)

Schotanus, F. & TenderNed (2023). Looptijd van overheidscontracten lijkt kort. Publieke-Inkoop-Monitor (PIM).

Significant Public, 2021. Toekomstscenario's Wmo-toezicht; Significant Public, 2020. Evaluatie ondersteuningsprogramma toezicht en handhaving VNG Naleving.

Significant, 2019. Benchmarkanalyse uitgaven jeugdhulp in 26 gemeenten.

Steane, P. D., & Walker, D. H. T., (2000). Competitive tendering and contracting public sector services in Australia - a facilities management issue. Facilities, 18(5/6), 245-255.

Stichting Instituut Publieke Sector Efficiëntie Studies, 2023. Jongleren in de jeugdzorg.

Uenk en Robbe, 2021. De Volgende Stap, Inkoop Jeugdhulp 2022 en verder. Advies in opdracht van Groninger gemeenten.

Uenk, 2019. Commissioning of Social Care Services - Municipal Commissioning approaches for social care services - evidence from a countrywide live experiment.

Uenk, 2021. Inkoopmodel over een andere boeg? De beste gemeenten zijn juist koersvast.

Uenk, N., & Telgen, J., (2019). Managing challenges in social care service triads - Exploring public procurement practices of Dutch municipalities. *Journal of Purchasing & Supply Management*, 25(1), 5-17.

Van der Lans, 2020. Het Dogma aanbesteden.

Van Noort, O., Schotanus, F., Van de Klundert, J., & Telgen, J. (2018). Explaining regional variation in home care use by demand and supply variables. *Health Policy* 122, 140-146.

Verbon. 2020. Waarom gemeenten de zorg niet langer 'open house' moeten inkopen - Zorg&Sociaalweb.

Vervoer en SEO (2012). Het effect van aanbesteden op de kwaliteit van het openbaar vervoer.

Verwey-Jonker Instituut, 2021. Eigenwijs transformeren.

VNG, 2023. Wetsvoorstel Resultaatgericht beschikken niet ingediend.

B. Overzicht gesprekspartners bij kwalitatieve verdieping

Nr	Perspectief	Organisatie
1	Gemeentelijk perspectief	Inkoop sociaal domein centraal Gelderland (2)
2	Gemeentelijk perspectief	Wijkteams Arnhem (2)
3	Gemeentelijk perspectief	Gemeenschappelijke regeling jeugdhulp Rijnmond (1)
4	Gemeentelijk perspectief	Regionale Inkooporganisatie Groninger Gemeenten (2)
5	Gemeentelijk perspectief	Inkoop en Contractbeheer Gooi en Vechtstreek (2)
5	Gemeentelijk perspectief	Gemeente Heerlen (1)
6	Aanbieder Jeugdhulp	Oosterpoort (1)
7	Aanbieder Jeugdhulp	Ipse de Bruggen (2)
8	Aanbieder Wmo	Tzorg (2)
9	Aanbieder Jeugdhulp	Youké (1)
10	Aanbieder Jeugdhulp	Jens Helpt (1)
11	Branchevereniging	Federatie landbouw en zorg, Samenwerkende Zorgboeren Zuid (3)
12	Branchevereniging	Vereniging SPOT (3)
13	Professionals	Vrijgevestigde vaktherapeut (2)
14	Professionals	Ambulant gezinsbegeleider (1)
15	Cliëntperspectief	Ieder(in), Mind (2)
16	Expert	Tim Robbe, inkoopadviseur (1)
17	Expert	Jeroen van de Mortel, inkoopadviseur (1)
18	Expert	Bram van den Berg, NJI (1)
19	Expert	Michel de Visser, Jeugdautoriteit (1)
20	Expert	Erik Dannenberg, Divosa (1)
21	Expert	Duco Bannink, wetenschappelijk expert (1)
22	Expert	Wim Groot, wetenschappelijk expert (1)
23	Expert	Jan Telgen, wetenschappelijk expert (1)
24	Expert	Eveline Kampman, Regioadviseur Ketenbureau (1)
25	Expert	Yvette Trepels, Peter Snatse, Zorginstituut NL (2)

Tabel 7. Overzicht geïnterviewde partijen (tussen haakjes het aantal gesprekspartners)