



Andersson
Elffers
Felix

Marktwerving in het sociaal domein van Arnhem

Datum

4 april 2022

Opdrachtgever

Gemeente Arnhem

Onderzoeksteam

Maarten Veraart, Carmen van Schoubroeck, Mees van Tooren, Irene Niessen

Referentie

AG343/marktwerking sociaal domein arnhem

Foto's en illustraties

Pixabay

bezoekadres	Maliebaan 16	3581 CN Utrecht	telefoon	+31 30 236 30 30
postadres	Postbus 85198	3508 AD Utrecht	website	www.aef.nl

/ Inhoud

/ 1	Inleiding	4
/ 2	Marktwerving: waar komt het vandaan en hoe ziet het eruit	6
2.1	Meer en minder vergaande vormen van marktwerving	6
2.2	Een goede balans: een combinatie van een mix van instrumenten	7
/ 3	Hardnekkige problemen in de publieke dienstverlening	9
3.1	Tegenvallende doelmatigheidswinsten	9
3.2	Moeilijk te contracteren kwaliteit	11
3.3	Eerste conclusies	12
/ 4	Verdiepende analyse sociaal domein	14
4.1	Transitie sociaal domein veelomvattend en complex	14
4.2	Gemeentelijke knoppen voor inkoop en sturing	15
4.3	Effecten van marktwerving in het sociale domein	17
4.4	Inbesteding als radicaal alternatief	22
/ 5	Toegepast op beelden van Arnhem	24
5.1	Weergave van het sociaal domein in Arnhem	24
5.2	Effecten binnen het hele sociale domein	25
/ 6	Vooruitblik en aanbevelingen	29
/	Bijlage: Gesprekspartners	32

/ 1 Inleiding

Dit onderzoek brengt effecten van marktwerking in het sociaal domein in kaart

In een op 29 januari 2020 door de Gemeenteraad aangenomen motie is het ongenoegen geuit over gesignaleerde hoge winsten en fraude bij zorginstellingen. Het College van B&W werd in de motie gevraagd om een onafhankelijk onderzoek te laten uitvoeren naar de mogelijkheden om de zorg te organiseren zonder perverse prikkels van de markt.

De kern daarvan is het verzoek om de nadelen van marktwerking in kaart te brengen en te onderzoeken hoe deze in de contractering met aanbieders in de toekomst te voorkomen. Dit wordt toegespitst op het domein Beschermd wonen omdat daarbinnen met de instellingen per 1 januari 2023 nieuwe contracten moeten worden gesloten en de uitkomsten van het onderzoek daarbij betrokken zullen worden. De uitkomsten moeten echter ook bruikbaar zijn voor de domeinen Wmo en Jeugdhulp. Voor deze domeinen is nieuwe contractering echter pas per 1 januari 2025 aan de orde. De scope van het onderzoek zijn de contracten die de gemeente binnen regionaal verband afsluit met aanbieders van maatwerkvoorzieningen van hulp en ondersteuning. Zo valt contractering in het kader van persoonsgebonden budgetten buiten de scope van het onderzoek.

Het onderzoek is uitgevoerd langs drie lijnen

Het onderzoek bestaat uit drie onderzoekslijnen:

1. Algemeen kader marktwerking in publieke dienstverlening
2. Toespitsing algemeen kader op te onderzoeken sectoren
3. Praktijktoets op basis van ervaringen in de regio en elders

Ad 1. Algemeen kader

In het algemeen kader worden de begrippen en de onderliggende beleidstheorieën die ten grondslag liggen aan toepassing van marktwerking binnen de publieke dienstverlening uiteengezet. Tevens wordt een algemeen overzicht gegeven van de ervaringen die zijn opgedaan met marktwerking in de afgelopen decennia.

Ad 2. Toespitsing op te onderzoeken sectoren

Bij de toespitsing worden de specifieke structuur- en gedragskenmerken van de sectoren in het sociaal domein onder de loep genomen. Structuurkenmerken hebben betrekking op aspecten die bepalend zijn voor de inrichting van de dienstverlening, zoals meetbaarheid van kwaliteit en schaafeffecten; gedragskenmerken hebben betrekking op het strategisch gedrag van de stakeholders in de betreffende sector. De uitkomsten daarvan worden gerelateerd aan verschillende contractvormen die in de praktijk worden toegepast in de onderhavige sectoren, zoals 'open house'.

Ad 3. Praktijktoets

In de praktijktoets worden de bovengenoemde onderdelen geconfronteerd met de concrete ervaringen uit het verleden met het contracteren van zorgaanbieders in de verschillende sectoren. Ook wordt vooruit gekeken naar wat deze ervaringen betekenen voor de contracteringen in de toekomst.

De uitkomsten zijn gebaseerd op in-house kennis, gesprekken en deskresearch

Voor het onderzoek is gebruikgemaakt van verschillende methodes. Allereerst is gebruikgemaakt van bestaande kennis binnen AEF, zowel als het gaat om marktwerking als het sociaal domein. Daarnaast

is gesproken met verschillende betrokkenen, zoals bestuursadviseurs van de gemeente Arnhem, de inkoop (MGR Centraal Gelderland) en verschillende zorgaanbieders. Zie voor een overzicht van de gesprekspartners de bijlage. Tot slot is deskresearch gedaan om bevindingen waar nodig aan te vullen op basis van openbare onderzoeken.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 schetsen we de context van marktwerking in de publieke dienstverlening; waar het vandaan komt en wat de achterliggende gedachten waren. Het hoofdstuk geeft niet alleen de definitie van marktwerking die gebruikt wordt in dit rapport; ook worden in kort bestek de belangrijkste instrumenten van marktwerking toegelicht. Tevens wordt geconstateerd dat in de praktijk sprake is van de toepassing van een mix aan instrumenten met private en publieke trekken.

In hoofdstuk 3 lichten we een aantal van de meest prominente problemen van marktwerking in deze dienstverlening toe. De praktijk leert dat de beoogde voordelen in termen van doelmatigheid en kwaliteit vaak niet worden gehaald. Er is sprake van ongewenste effecten. Soms het gevolg van strategisch gedrag van spelers, soms zijn de ongewenste effecten onbedoeld. Het hoofdstuk sluit af met een analysekader waarin de mogelijke voordelen en nadelen van marktwerking worden samengevat.

Hoofdstukken 2 en 3 hebben betrekking op publieke dienstverlening in de brede zin van het woord. In hoofdstuk 4 zoomen we in op het sociaal domein. Met behulp van het analysekader uit hoofdstuk 3 worden de beoogde voor- en nadelen nader onder de loep genomen. Bij de voordelen worden ook de succesvoorwaarden en de aandachtspunten in beeld gebracht. Bij de nadelen bij welke vormen van contractering deze optreden en welke beheersmaatregelen daarbij passen. Van zowel de voordelen als de nadelen is een samenvattend schema opgenomen.

In hoofdstuk 5 worden de bevindingen uit hoofdstuk 4 getoetst aan de situatie in Arnhem. Dit is gedaan aan de hand van relevante documenten en een aantal gesprekken. Het overzicht is uitdrukkelijk geen evaluatie, daarvoor is het onderzoek te beperkt. Dit hoofdstuk heet dan ook 'Toegepast op de beelden van Arnhem'. De uitkomsten bieden wel aanknopingspunten om te gebruiken bij de inrichting van nieuwe rondes van contractering, te beginnen bij Beschermd wonen.

Op basis van de kennis in de hoofdstukken 2 tot en met 4 en de beelden in hoofdstuk 5 wordt in hoofdstuk 6 vooruitgekeken. De vraag is wat de lessen uit dit onderzoek betekenen voor de contractering in het sociaal domein voor de gemeente Arnhem. De lessen hebben betrekking op de stappen die moeten worden gezet, welke keuzes daarbij aan de orde zijn en hoe te zorgen dat er een goede balans komt in het in te zetten instrumentarium bij toekomstige contractering.

/ 2 Marktwerving: waar komt het vandaan en hoe ziet het eruit

We moeten behoorlijk ver in de tijd teruggaan om de opkomst van marktwerving in de publieke dienstverlening te zien. In de jaren tachtig van de vorige eeuw is de grondslag gelegd voor dit fenomeen. In eerste aanleg beperkte zich dit tot sectoren als telecommunicatie, energie en vervoer. Pas later zijn andere sectoren aan de beurt gekomen, waaronder de zorg en het sociaal domein.¹

De keuze voor deze beleidswijziging kwam niet uit de lucht vallen. In die jaren werden de overheden in de Westerse landen geconfronteerd met een stagnerende groei, hoge inflatie en oplopende overheidstekorten. Het bestaande sociaaleconomische beleidsinstrumentarium werkte niet meer. Nieuwe beleidstheorieën maakten hun opwachting. Versterking van het functioneren van de markt door overheidsbemoeienis terug te dringen was daarbij de kerngedachte. Toepassing van marktwerving in de publieke dienstverlening was daar uitdrukkelijk een onderdeel van.

Binnen de Europese Unie viel dit samen met de al langer lopende inspanningen om de interne markt tot stand te brengen door concurrentie te bevorderen en allerlei normen en voorschriften te standaardiseren. Op basis van richtlijnen van Europese Commissie werden gesloten sectoren stuk voor stuk opengebroken. Eerst in de marktsector, later in het publieke domein. Een andere ontwikkeling die de introductie van marktwerving wind in de rug gaf, was de onvrede met de kwaliteit van de publieke dienstverlening. Het ontbrak op veel plekken aan maatwerk in de aangeboden diensten en ook de klantbejegening was onder de maat. Het idee was dat concurrentie de publieke dienstverlening zou verbeteren.

2.1 Meer en minder vergaande vormen van marktwerving

Toepassing van marktwerving in de publieke dienstverlening definiëren we in dit rapport als het introduceren van prestatieprikkels in de contracten van de overheid met uitvoeringsorganisaties, waarbij de prestatieprikkels zijn ontleend aan het marktmechanisme. Deze brede definitie doet recht aan de praktijk van alledag met een grote variatie van ingezette instrumenten in de betreffende sectoren. In het instrumentarium kunnen drie hoofdvormen worden onderscheiden, te weten liberalisering, regulering en prestatiefinanciering.

Bij **liberalisering** krijgt marktwerving de meeste ruimte. Er is sprake van een open markt; dat wil zeggen dat nieuwe aanbieders kunnen toetreden en burgers als cliënt zelf hun aanbieder kunnen kiezen. Dit is onder meer gerealiseerd bij telecom- en energiediensten, waarbij burgers zelf direct contractpartij zijn. Het idee is dat de burger als cliënt de aanbieders scherp houdt. In delen van de zorg en het sociaal domein is sprake van een geclausuleerde vorm van liberalisering. Daar sluiten zorgverzekeraars en overheden contracten met aanbieders, waarin afspraken staan over de aard van de te verlenen diensten en de bijbehorende tarieven. Burgers kunnen nog wel zelf hun aanbieder kiezen. Een minder vergaande variant is de aanbesteding van diensten met een beperkt aantal

¹ Zie voor een meer uitgebreide analyse van de theorie en de praktijk van marktwerving in de publieke dienstverlening: Maarten Veaart, *Marktwerving in de publieke dienstverlening: vloek of zegen?* (2019) [Link](#).

aanbieders. De keuzevrijheid van cliënten is in dat geval in de regel kleiner. Bij deze keuze is het de overheid zelf die met de aanbesteding de aanbieders scherp houdt. In het sociaal domein wordt aanbesteding vaak als marktprikkel toegepast.

In situaties waarin concurrentie tussen aanbieders niet mogelijk of wenselijk is kan **regulering** worden toegepast. Met behulp van benchmarking stelt de 'regulator', vaak een onafhankelijk overheidsorgaan, maximum tarieven vast, gecombineerd met een beschrijving van de betreffende prestaties en kwaliteitseisen. De regulering wordt bijvoorbeeld toegepast bij het vaststellen van prestaties van energienetwerken, maar ook voor spoedeisende ziekenhulp en hoog specialistische vormen van zorg. In de zorg treedt de NZa op als regulator. Het gebruik van benchmarking is bij regulering de motor voor de verbetering van prestaties.

Tot slot kennen we verschillende vormen van **prestatiefinanciering** die geïnspireerd zijn op *New Public Management*. Daarbij worden contracten gebruikt om allerlei prestatieafspraken te maken over de te leveren diensten. Het bevorderen van doelmatigheid en het borgen van kwaliteit en toegankelijkheid zijn daarbij de belangrijkste ingrediënten. Prestatiefinanciering wordt onder meer gebruikt bij interne managementcontracten voor overheidsdiensten. Het wordt in veel sectoren ook toegepast bij de invulling van subsidiebeschikkingen met externe partijen.² Bijvoorbeeld in het onderwijs, maar ook in de zorg en het sociaal domein. Ook hier wordt benchmarking gebruikt als prikkel voor prestaties.

2.2 Een goede balans: een combinatie van een mix van instrumenten

In de praktijk zien we verschillende sturingsarrangementen in de publieke dienstverlening, waarbij in veel sectoren een mix van bovenstaande instrumenten wordt toegepast. Het blijkt dat in de praktijk de ene marktwerking de andere niet is. In bijna alle sectoren worden verschillende instrumenten tegelijkertijd toegepast, bijvoorbeeld een gedeeltelijke liberalisering in combinatie met regulering. Of in het ene deel van de sector liberalisering, in het andere deel een vorm van prestatiefinanciering. De keuzes worden als het goed is vooral ingegeven door verschillen in structuurkenmerken, maar uiteraard spelen ook historie en bestaande belangen een rol. Het resultaat is dat in sommige sectoren het sturingsarrangement veel private trekken heeft, in andere sectoren domineren nog altijd de publieke trekken. In alle sectoren in de publieke dienstverlening is er echter in ons land een blijvende rol voor de overheid. Soms zwaar, soms licht.

Toepassing van een mix aan instrumenten is ook een uitdrukking van het feit dat elke instrument en elk arrangement voordelen en nadelen heeft. Inzetten op instrumenten ontleend aan de markt draagt ook risico's met zich mee. In beleidsjargon heet dat marktfalen. In blijven zetten op een zware sturing vanuit de overheid is echter ook niet zonder risico's. Overheidsfalen in beleidsjargon. Het is bij het vormgeven van een geschikt sturingsarrangement een kwestie van laveren tussen marktfalen en overheidsfalen. Daarbij is de beleidsontwikkeling in de tijd gezien net als een pendule. In reactie op het overheidsfalen in de jaren zeventig en tachtig is sterk ingezet op de markt. Met een roze bril, zoals wel meer in zulk soort situaties. De tegenkanten van de markt, het marktfalen, zijn gaandeweg zichtbaar geworden. Het is wel zaak om bij de correctie van ongewenste effecten van marktwerking

² Bij subsidies betreft het over het algemeen niet-afdwingbare afspraken, dus geen klassieke prestatieafspraken. Bij afdwingbare prestatieafspraken wordt een subsidie een overheidsopdracht, wat over het algemeen betekent dat hij onder het aanbestedingsrecht valt.

nu niet door te schieten. Het corrigeren van marktfalen kan namelijk gemakkelijk leiden tot nieuw overheidsfalen. Zorgvuldigheid is derhalve geboden. Dat begint met goede en precieze analyses van wat er aan de hand is. In hoofdstuk 3 wordt daartoe ingegaan op hardnekkige problemen die we kennen in de zorg en het sociaal domein. In hoofdstuk 4 wordt dit nader uitgewerkt en toegelicht voor Beschermd wonen, jeugdzorg en WMO-diensten.

/ 3 Hardnekkige problemen in de publieke dienstverlening

Na de beknopte beschrijving van de vormen van marktwerking in de publieke dienstverlening in het vorige hoofdstuk zijn we toe aan een nadere analyse van de effecten van toepassing van marktwerking. Doel van de analyse op dit niveau is om patronen te ontdekken die ons kunnen helpen bij de gedetailleerde analyse van jeugdzorg, beschermd wonen en andere Wmo-ondersteuning.

In de praktijk ontstaan bij de contractering tussen de overheid als opdrachtgever en de aanbieders van publieke diensten als opdrachtnemer hardnekkig problemen bij het realiseren van meer doelmatigheid en een hogere kwaliteit. De doelmatigheidswinsten vallen in de praktijk namelijk tegen en de kwaliteit is moeilijk in contractspecificaties vast te leggen. Dit komt tot uitdrukking in allerlei ongewenste effecten die optreden in de contractrelaties. Deels het gevolg van marktwerking, deels veroorzaakt door andere externe factoren. In paragraaf 3.3 worden de bevindingen uit dit hoofdstuk samengevat in een schema dat gebruikt wordt als analysekader bij de verdiepende analyse in hoofdstuk 4.

3.1 Tegenvallende doelmatigheidswinsten

Er is geen systematisch longitudinaal onderzoek naar doelmatigheidseffecten in de publieke dienstverlening. Dat maakt het moeilijk om harde uitspraken over dit onderwerp te doen. Dit neemt niet weg dat er kwalitatieve beelden zijn die redelijk breed gedragen worden. Een van die beelden is dat in de afgelopen decennia binnen aanbieders veel aandacht is geweest voor verbeteren van de doelmatigheid met kostenbeheersing als doel. Daarbij zijn instrumenten ingezet die al langer gebruikt werden in de private sector. Op nogal wat plekken zijn daartoe managers benoemd die hun sporen in de private sector verdiend hadden. Dit heeft ook resultaat opgeleverd. Enkele voorbeelden:

- ▶ waar mogelijk is dure intramurale zorg of residentiële jeugdzorg vervangen door goedkopere ambulante zorg
- ▶ verblijfsdagen zijn bij intramurale zorg teruggebracht
- ▶ er is gesneden in formatie van de overhead bij veel publieke organisaties
- ▶ ondersteunende diensten zijn efficiënter geworden door uitbesteding.

Het doel van deze inspanningen om de doelmatigheid te vergroten is om tot **lagere kosten** te komen en zo de zorg betaalbaar te houden. Dit moet zich uiteindelijk vertalen in **lagere tarieven en vergoedingen**. In de zorg en het sociaal domein zijn door de aard van de dienstverlening doelmatigheid en **budgetbeheersing** nauw aan elkaar verbonden. Bij de bovengenoemde voorbeelden horen wel twee kanttekeningen. Ten eerste heeft ambulantisering niet alleen lagere kosten als drijfveer. Het is in veel gevallen ook beter voor de cliënt en draagt zo bij aan een betere kwaliteit van dienstverlening. Het begrip doelmatigheid heeft dan ook betrekking op de relatie tussen de ingezette middelen en de gerealiseerde kwaliteit. Een grotere doelmatigheid kan derhalve gepaard gaan met hogere kosten. Ten tweede is niet elke kostenbesparing het gevolg van doelmatigheidswinst. Zo waren de kostenbesparingen bij de thuiszorg en de uitbesteding van bijvoorbeeld schoonmaak voor een belangrijk deel het gevolg van besparing op arbeidskosten, onder meer door flexibilisering van arbeidscontracten. Als reactie op de ongewenste effecten die dit met

zich meebracht, geldt in de Wmo (en binnenkort naar verwachting ook in de jeugdzorg) de Algemene Maatregel van Bestuur Reële Prijzen.³ Dit kan gezien worden als een vorm van regulering van gemeenten vanuit de rijksoverheid.

Ondanks alle inspanningen lijken de uitkomsten niet te voldoen aan de vooraf gestelde ambities. Dit komt onder meer door de toename van de **administratieve lasten**. Die hebben in veel sectoren, waaronder de zorg en het sociaal domein een deel van de bereikte doelmatigheidswinsten weer teniet gedaan. Een van de oorzaken is verantwoordingsplicht die voortvloeit uit de contractvorming.

De manier waarop contracten afgesloten worden, kan leiden tot ongewenste effecten. De onderliggende declaratiesystemen kunnen dusdanig ingewikkeld zijn dat er in aanbieders **'upcoding'** plaatsvindt. Upcoding is het langer of duurder declareren dan op basis van de zorgvraag verwacht mag worden. Upcoding kan onbedoeld voorkomen, met name in situaties dat gemeenten uit praktische overwegingen kiezen voor een vereenvoudiging van het tariefstelsel door vermindering van het aantal productcodes. Tegelijkertijd kan systematische upcoding ook een bewuste strategie zijn van aanbieders. In dat geval is de scheidslijn met **fraude** flinterdun.

Een andere ontwikkeling die doelmatigheid kan aantasten is taaksplitsing binnen en specialisatie tussen aanbieders. Dit lijkt een paradox: taaksplitsing en specialisatie zijn juist bedoeld om kwaliteiten van medewerkers beter te benutten en zo de doelmatigheid in het werk te vergroten. Het zorgt echter ook voor het opknippen van dienstverlening, waarbij de verschillende taken vervolgens weer gecoördineerd en geadministreerd moet worden, wat juist tot extra kosten leidt. Het hangt van de situatie af wat de doorslag geeft.

Een onbedoeld neveneffect van taaksplitsing kan **vervreemding op de werkvloer** zijn. Dit kan zitten in minder betrokkenheid van medewerkers bij hun werk, omdat zij het overzicht in hun werk gaan missen. Het kan ook zitten in gebrek aan kennis bij degene die moet sturen. Vervreemding tast de doelmatigheid aan, leidt tot minder werkplezier en kan ook ten koste gaan van de kwaliteit van dienstverlening.

Een ander risico in de zorg en de hulpverlening is **overbehandeling**. Dit kan een bewuste strategie van aanbieders zijn, maar wordt minstens zo sterk ingegeven door druk vanuit cliënten en lobby vanuit belangenorganisaties. Hier is sprake van **'moral hazard'**: cliënten genieten immers wel het voordeel van extra behandelingen, maar betalen er beperkt (Wmo) of niet (jeugdzorg) voor. In situaties waarbij de indicatiestelling tekortschiet kan dit ertoe leiden dat aanbieders actief **cliënten werven**. Budgetbeheersing is daarom in deze sectoren een hoofddoel van beleid. Een te strakke budgetbeheersing kan echter leiden tot het ontstaan van **wachlijsten**.

Als laatste in de rij moet **marktmacht** van aanbieders genoemd worden. Marktmacht is eigenlijk een uitdrukking van onderlinge afhankelijkheden waarin de risico's scheef verdeeld zijn. Specialistische aanbieders kunnen een (regionaal) monopolie hebben en daarmee de contractvoorwaarden dicteren. Dit leidt in de regel tot hogere tarieven. Daarmee komen de bereikte doelmatigheidswinsten geheel ten goede aan de aanbieder. De burger als belastingbetaler draait hiervoor op. Misbruik van marktmacht komt voor in sectoren waar sprake is van vrije tariefonderhandelingen en aanbesteding met weinig aanbieders. Marktmacht kan zich ook uiten in het aanbod van diensten. De opdrachtgever wordt dan in het keurslijf gedwongen van het productassortiment van de aanbieder.

³ Zie [link](#).

De tegenkant van marktmacht van aanbieders is de marktmacht van de overheid als opdrachtgever. Het 'uitknijpen' van aanbieders zorgt er mede voor dat aanbieders rode cijfers schrijven. In het ergste geval kan dit uiteindelijk leiden tot **ongewenste faillissementen** bij aanbieders. Dit is schadelijk als daarmee cruciale uitvoeringscapaciteit en specialistische zorg wegvalt die zich niet zomaar laat vervangen op regioniveau.

3.2 Moeilijk te contracteren kwaliteit

Bij de toepassing van marktwerking in de publieke dienstverlening gaat het niet alleen om doelmatigheid. Doel is ook om de kwaliteit van dienstverlening te vergroten. Het bevorderen van innovatie om **vernieuwing in het aanbod** en **meer maatwerk** in de dienstverlening aan te brengen is daarbij een belangrijk middel. Meer maatwerk om goed aan te sluiten op de problematiek rond de cliënt betekent ook het realiseren van een **integrale aanpak** waar dat nodig is, hetgeen een goede samenwerking tussen verschillende aanbieders vereist. De economische theorie leert dat concurrentie niet alleen innovatie bevordert, maar ook zorgt voor een betere **klantbejegening**. Tot zover het goede nieuws. In de praktijk is het een weerbarstige materie. Kwaliteit is in veel gevallen namelijk lastig te specificeren en in contracten vast te leggen. Dit geldt voor veel diensten in zowel het publieke als private domein. Voor contractering van zorg en hulpverlening in het sociaal domein is dit zeer zeker aan de orde.⁴

In grote delen van de zorg en het sociaal domein is het meten van kwaliteit uitermate lastig. Dit gaat zeker op voor de beoordeling van kwaliteit van behandelingen. Ook de effectiviteit van verschillende vormen van hulpverlening zijn lastig meetbaar. Doordat kwaliteit lastig is vast te leggen is een **sluipende verlaging van de norm** door aanbieders een risico. Met gestandaardiseerde behandelingen in de vorm van protocollen wordt getracht de kwaliteit van zorg te borgen. Protocollering in de zorg is vaak ook een reactie op eerdere incidenten in de sector. Dit is goed bedoeld, maar heeft wel een tegenkant. Het versterkt namelijk het **risicomijdend gedrag** bij aanbieders. In dat geval wordt vooral de letter van de wet nageleefd en wordt niet gehandeld in de geest en de doelstelling van de wet. Het heeft ook negatieve gevolgen voor de doelmatigheid, omdat het de eerder genoemde administratieve lasten verder verhoogt. Een ander risico aan de kant van aanbieders is **'cherry picking'**. Hiermee worden binnen de bandbreedtes in contracten bij voorkeur de eenvoudige gevallen geselecteerd, waardoor relatief hoge financiële marges kunnen worden gerealiseerd. **'Adverse selectie'** is de andere kant van diezelfde medaille. Aanbieders proberen daarmee hoge risico's uit te sluiten. Kinderen met complexe aandoeningen vallen daardoor buiten de boot. Het buiten de boot vallen kan echter ook het gevolg zijn van sturing vanuit de opdrachtgever door het hanteren van budgetplafonds en beperking van de trajectduur.

Verbetering van hulp en zorg vraagt in toenemende mate publieke dienstverlening die in samenhang geleverd wordt door meerdere aanbieders. In de zorg gaat dat bijvoorbeeld om opeenvolgende schakels en worden zorglijnen genoemd. Denk bijvoorbeeld aan de aanpak van diabetes. In het sociaal domein gaat het eerder om gelijktijdige hulp op verschillende terreinen. Bijvoorbeeld gezinsondersteuning in combinatie met schuldhulpverlening. Samenwerking wordt in het sociaal domein vaak benoemd als partnerschap. De wens is een **integrale aanpak**, de praktijk is er echter

⁴ In de economische theorie wordt in dit verband gesproken over 'incomplete contracten'. Dit betekent dat afspraken over kwaliteit niet volledig met gedetailleerde specificaties kunnen worden geborgd. Andere aanvullende mechanismen zijn dan nodig om de kwaliteit te borgen, waaronder het versterken van onderling vertrouwen tussen contractpartijen.

vaak nog een van **versnipperd aanbod**. Daar waar dat gaat om samenwerking over de grenzen van sectoren heen is dat mede het gevolg van **knellende grenzen tussen systemen**. Een integrale aanpak wordt vaak geprezen, maar als het gaat om de financiering zijn er allerlei formele bezwaren waarom iets niet kan.

Verbetering van de klantbejegening heeft in veel delen van de publieke dienstverlening de nodige aandacht gekregen. Ook de relatie tussen behandelaar en patiënt is op veel plekken in zorg gelijkwaardiger geworden. Zeker in onderdelen van de hulpverlening waar dwang en drang aan de orde is blijft klantenbejegening echter een ingewikkelde zaak om vast te leggen in contracten en vervolgens te kunnen beoordelen.

Alle inspanningen om te komen tot betere zorg voorkomt niet dat er geregeld dingen misgaan. Met name incidenten in zorg en hulpverlening worden in de media breed uitgemeten. Vaak is dit te wijten aan het langs elkaar heen werken op uitvoeringsniveau door professionals, waardoor **gaten in hulpverleningstrajecten** kunnen ontstaan. Dit kan echter ook niet los worden gezien van het missen van overzicht bij te ver doorgevoerde taaksplitsing en risicomijdend gedrag door een veelheid van voorschriften en vereisten. Publieke dienstverleners kunnen daarnaast het overzicht kwijtraken bij te grote afhankelijkheid van complexe geautomatiseerde systemen die op de werkvloer als '**black boxes**' worden ervaren. Dit kan er uiteindelijk voor zorgen dat burgers van het kastje naar de muur worden gestuurd. In combinatie met institutionele achterdocht kunnen de gevolgen zeer verstrekend zijn. Een recent voorbeeld hiervan zijn de uithuisplaatsingen bij toeslagouders.

3.3 Eerste conclusies

Met de introductie van marktwerking werd beoogd om zowel de doelmatigheid als de kwaliteit in de publieke dienstverlening te verbeteren. Voor beide doeleinden is innovatie belangrijk. Concurrentie is de motor die moet zorgen voor de noodzakelijke prikkels. Als het kan echte concurrentie, bijvoorbeeld in de vorm van liberalisering en aanbesteding. Als dat niet kan concurrentie nabootsen in de vorm van regulering of door gebruik te maken van prestatieprikkels op basis van New Public Management. Tot zover in een notendop de beleidstheorie.

De praktijk is een stuk weerbarstiger. Er zijn resultaten geboekt. De doelmatigheid is op veel plekken in de publieke dienstverlening verbeterd, maar wel minder dan gehoopt en verwacht. Op onderdelen is ook de kwaliteit verbeterd, maar dit blijkt lastig te meten. Daardoor is het ook moeilijker om erop te sturen. Er is een toenemende noodzaak om binnen de publieke dienstverlening samen te werken. Dit zorgt ook voor kwaliteitsverbetering, denk aan de ontwikkeling van zorglijnen. Tegelijkertijd is samenwerking in de praktijk complex, waardoor samenwerking in te veel gevallen beperkt is of niet van de grond komt. De gehanteerde beleidstheorie geeft daar geen antwoord op. Sterker, beleidsmakers gingen ervan uit dat met een goede inrichting van het speelveld en de juiste prikkels dit vanzelf van de grond zou komen. Niet dus. Daarbij is te gemakkelijk gedacht dat met het aanbrengen van enerzijds prestatieprikkels en anderzijds vergroten van de beleidsruimte voor aanbieders afstemming tussen de verschillende partijen tot stand zou komen. Het belang van regie vanuit de overheid is in de gehanteerde beleidstheorie onderschat.

De gebreken in de beleidstheorie hebben ervoor gezorgd dat een reeks van ongewenste effecten zijn opgetreden. Voor een deel zijn deze effecten ook onbedoeld. De combinatie van ongewenst en onbedoeld worden ook wel perverse prikkels genoemd. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de sterk gegroeide administratieve lasten en risicomijdend gedrag. Er zijn echter ook ongewenste effecten die het gevolg zijn van bewuste keuzes van aanbieders. De aanbieders misbruiken in dat geval de grotere

beleidsruimte om eigen doelstellingen na te streven die strijdig zijn met het publieke belang. Soms zijn het niet de aanbieders zelf die misbruik maken van de situatie, maar de onderaannemers die worden ingeschakeld. De combinatie van ongewenst en bedoeld wordt gekenschetst als strategisch gedrag van aanbieders of hun onderaannemers. De eerdergenoemde cherry picking en upcoding zijn daar voorbeelden van. Strategisch gedrag hangt vooral samen met vormen van marktfalen, de perverse prikkels zijn vooral het gevolg van overheidsfalen.

In het onderstaande schema zijn de mogelijke gewenste en ongewenste effecten die de revue zijn gepasseerd samengevat. Dit betekent niet dat al deze effecten in concrete situaties optreden, het is een inventarisatie van effecten die mogelijk kunnen optreden. Soms een enkele, vaak meerdere, bij hoge uitzondering allemaal. Dit schema zal als beoordelingskader worden gebruikt bij de verdiepende analyse van beschermd wonen, jeugdzorg en Wmo-diensten in het volgende hoofdstuk.

Analysekader mogelijke effecten van marktwerking

	gewenst-bedoeld (= beleidsdoelen)	ongewenst-bedoeld (=strategisch gedrag)	ongewenst-onbedoeld (=perverse prikkels)
Doelmatigheid	lagere tarieven kostenreductie budgetbeheersing	fraude upcoding marktmacht werven cliënten	overbehandeling moral hazard wachlijsten administratieve lasten vervreemding werkvloer faillissement
Kwaliteit	vernieuwing aanbod maatwerk integrale aanpak klantoriëntatie	verlagen normen cherry picking adverse selection	risicomijdend gedrag systemen als black box gaten in aanbod versnipperd aanbod knellende systeemgrenzen

Tot slot

Als afsluiting zijn twee relativeringen op zijn plaats. Allereerst dat nog niet gezegd is dat hierboven de geconstateerde ongewenste effecten alleen maar het gevolg zijn van marktwerking. Dat is namelijk niet het geval. Zo is de toegenomen risicoaversie in de maatschappij een belangrijke oorzaak van risicomijdend gedrag van professionals en aanbieders en dit zorgt ook voor een aanzienlijke stijging van de administratieve lasten. Deze bijdrage aan administratieve lasten heeft met de introductie van marktwerking niets te maken. Ook de problemen met kwaliteit en samenwerking zijn aan andere ontwikkelingen te relateren. Zo is de ontwikkeling van ketendiensten een antwoord op gesignaleerde maatschappelijke behoeften in de samenleving. Dat dit problemen met zich brengt kan niet een op een aan marktwerking worden toegeschreven.

Een tweede relativering is dat een aantal effecten die we nu zien ook terug te vinden waren in oude sturingsarrangementen, waarbij de overheid direct stuurde op capaciteit en budgetten. Zo kwamen cherry picking, dominant gedrag en ontwikkelen van oneigenlijke taken ook voor bij pure overheidsdiensten. Mogelijk wel in mindere mate en meer onder de radar. Het is echter ontegenzeggelijk zo dat met het nastreven van eigen belang bij marktwerking dit soort effecten meer dan voorheen worden uitgelokt.

/ 4 Verdiepende analyse sociaal domein

4.1 Transitie sociaal domein veelomvattend en complex

In 2015 is de transitie in het sociaal domein breed ingezet. De transitie omvat drie onderdelen, te weten decentralisatie van verantwoordelijkheden en middelen van het rijk naar de gemeenten, de toepassing van meer marktwerking in de contractering van aanbieders, en een inhoudelijke transformatieopgave. De inhoudelijke transformatieopgave kan grofweg worden getypeerd als meer aandacht voor eigen kracht en participatie in de samenleving, al zijn er nuanceverschillen tussen verschillende domeinen. Elk van deze veranderingen is al complex van zichzelf, laat staan als drie veranderingen tegelijkertijd worden ingezet. De ervaring leert dat complexe transitie een lange doorlooptijd vergen. Het duurt minimaal 10 jaar voordat een sector weer enigszins in balans is, een uitloop naar 20 jaar is echter geen uitzondering. Dit heeft gevolgen voor de mate waarin gewenste en ongewenste effecten meetbaar en zichtbaar zijn. Gegeven de lange doorlooptijd van transformaties en transitie zijn voorspelbaarheid en betrouwbaarheid van de overheid als regelgever en opdrachtgever van eminent belang voor het uiteindelijke succes.

De veranderingen per sector binnen het sociaal domein zijn verschillend. Onderstaand beschrijven we per sector op hoofdlijnen wat de belangrijkste ontwikkelingen zijn.

Transitie beschermd wonen

Beschermd wonen is een zorgvorm die onder de Wmo valt, voor mensen die 24 uur per dag beschikbaarheid nodig hebben. Dat wil zeggen dat er de hele dag iemand binnen korte tijd aanwezig moet kunnen zijn om de cliënt te ondersteunen.

Er zijn veel ontwikkelingen in het veld van beschermd wonen. Het advies van de commissie Dannenberg 'van beschermd wonen naar beschermd thuis' hield in dat er steeds meer op ambulante vormen van beschermd wonen ingezet moet worden, waarbij cliënten zelfstandig wonen maar waar nodig intensieve ondersteuning ontvangen. Daarnaast stond in het advies dat cliënten die beschermd wonen zo veel mogelijk in hun eigen wijk opgevangen moeten worden. Dit in tegenstelling tot de klassieke vorm van een groepswoonlocatie die vaak elders zijn. Dit advies is leidend geweest voor de inhoudelijke transformatieopgave in deze sector.

Aansluitend bij deze visie is besloten om beschermd wonen door te decentraliseren. Waar eerst de centrumgemeente middelen ontving voor beschermd wonen, zullen de middelen en verantwoordelijkheid in de toekomst worden doorgedecentraliseerd naar regiogemeenten. De doordecentralisatie is op zichzelf al een complexe veranderopdracht. Het is overigens wel de bedoeling dat regio's blijven samenwerken om de voorzieningen van beschermd wonen te bieden.⁵

Transitie Wmo

Naast beschermd wonen vallen verschillende andere vormen van ondersteuning onder de Wmo, die zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen en zelfstandig deel kunnen nemen aan de

⁵ Dit is vastgelegd in de Norm voor Opdrachtgeverschap.

maatschappij. Het gaat bijvoorbeeld om huishoudelijke hulp, begeleiding, hulpmiddelen en aanpassingen in huis zoals een traplift. Gemeenten zijn sinds 2007 verantwoordelijk voor huishoudelijke hulp, hulpmiddelen en aanpassingen in huis, en sinds 2015 ook voor begeleiding. Daarvoor viel deze ondersteuning onder de AWBZ.

Voor begeleiding hebben gemeenten de transformatieopgave meegekregen om meer nadruk te leggen op zelfredzaamheid en eigen kracht, en de ondersteuning zo in te richten dat hij eraan bijdraagt dat mensen zo veel mogelijk participeren in de maatschappij.

Transitie Jeugdzorg

Jeugdzorg is er voor kinderen die hulp nodig hebben bij opgroeien of participeren in de samenleving. Jeugdzorg kan gericht zijn op jongeren of hun ouders. Meestal is jeugdzorg vrijwillig, maar jeugdzorg kan ook opgelegd worden als de veiligheid van het kind anders in het geding is. Jeugdzorg varieert van een lichte interventie met enkele gesprekken met kinderen of ouders tot intensieve trajecten waarbij kinderen in een instelling wonen waar continue begeleiding beschikbaar is.

Jeugdzorg is sinds 2015 de verantwoordelijkheid van gemeenten. De decentralisatie is ingezet vanuit de filosofie dat gemeenten dicht bij de inwoner staan, en dus beter kunnen aansluiten bij wat zij nodig hebben, met ook de gedachte dat dit goedkoper zou zijn. Dat zou kunnen door meer aandacht voor preventie, eigen kracht, vroegsignalering, normaliseren, demedicaliseren, integraliteit en ruimte voor de uitvoerende professionals. De kosten voor jeugdzorg zijn in de afgelopen jaren echter sterk gegroeid en veel gemeenten hebben grote tekorten op hun jeugdhulpbudget.

4.2 Gemeentelijke knoppen voor inkoop en sturing

Het gaat in het sociaal domein vaak om het vinden van een balans tussen ondersteuning bieden aan alle mensen die ondersteuning nodig hebben en het beheersen van de kosten. Er zijn veel mensen die op één of andere manier baat hebben bij ondersteuning, maar er is een grens aan de totale middelen die vanuit publiek geld beschikbaar zijn om deze ondersteuning te financieren. Het is een opgave voor gemeenten om de middelen zo goed mogelijk te besteden en te bepalen wat 'zo goed mogelijk' betekent.⁶ Wie de ondersteuning wel of niet heeft en welke zorg dan het best ingezet kan worden is niet altijd objectief te zeggen. Gemeenten moeten een stelsel inrichten waar deze vraag zo goed mogelijk beantwoord wordt, en in dat stelsel spelen elementen van marktwerking altijd een rol.

In het vorige hoofdstuk zijn verschillende effecten van marktwerking besproken. De mate waarin deze effecten optreden in beschermd wonen, Wmo en jeugdzorg hangt af van verschillende keuzes die gemeenten kunnen maken bij het nader vormgeven van de contractering. De volgende drie keuzes zijn daarbij van belang: de grondslag voor de bekostiging, de te kiezen contractvormen, en het aantal te selecteren aanbieders. Deze keuzes zijn van invloed op de mate waarin gewenste en ongewenste effecten te verwachten zijn.

Grondslagen voor bekostiging

De grondslagen voor bekostiging bepalen waar de aanbieders door de overheid als opdrachtgever op worden afgerekend. In het sociaal domein worden de volgende drie categorieën onderscheiden:

⁶ Bijvoorbeeld: waar het geld het meest effectief is, waar het financieel het meest rendeert of waar de zorg het hardst nodig is. Dit zijn politieke afwegingen waar in dit onderzoek niet nader op wordt ingegaan.

- ▶ Bij **inspanningsgerichte** bekostiging (ook wel PXQ) wordt betaald per hoeveelheid inzet (hier aantal uur of minuten geleverde zorg) volgens een afgesproken tarief. Verwacht wordt dat sturen op de kosten per eenheid input, ofwel tarieven, de meest krachtige prestatieprikkel is.
- ▶ Bij **outputgerichte** bekostiging (ook wel resultaatfinanciering of trajectfinanciering) wordt betaald voor een specifiek afgesproken output per cliënt, meestal via arrangementen. De veronderstelling is dat sturing op de kosten per cliënt, gegeven een gedefinieerd eindresultaat, de meest effectieve prestatieprikkel is.
- ▶ Bij **taakgerichte** bekostiging (ook wel populatiebekostiging of lumpsumfinanciering) krijgt de opdrachtnemer een bedrag om een bepaalde afgebakende taak uit te voeren, meestal een specifieke zorgvorm voor een specifiek gebied. Deze vorm van bekostiging past het beste bij voorzieningen waarbij de kwantiteit en de kwaliteit van het gebruik lastig te voorspellen zijn.

Sommige gemeenten passen bij inspanningsgerichte en outputgerichte bekostiging een **budgetplafond** toe, om te kunnen sturen op de totale kosten. Dat houdt in dat een aanbieder een maximale hoeveelheid zorg mag leveren. Voor alle zorg die daar bovenop geleverd wordt moet apart toestemming komen van de gemeente, of deze wordt niet vergoed. Een budgetplafond is minder passend bij Open House dan bij een aanbesteding, omdat het voor de hand ligt om de hoogte af te stemmen op de grootte van de aanbieder. Bij Open House mag dat onderscheid niet gemaakt worden.

In alle gevallen is er een **toegang** die bepaalt welke zorg ingezet mag worden. Voor taakgerichte bekostiging is de toegang meestal onderdeel van de opdracht – de opdrachtnemer beslist wie welke zorg krijgt, binnen de gemaakte contractafspraken. Bij inspanningsgerichte en outputgerichte bekostiging wordt de toegang buiten de aanbieders belegd om de hoeveelheid zorg die geleverd wordt te beheersen, bijvoorbeeld bij sociale wijkteams en huisartsen bij jeugdzorg.

Contractvormen

Bij de contractering in het sociaal domein worden drie contractvormen onderscheiden, te weten: Open House, aanbesteding en subsidie. Uiteraard zijn er in de praktijk tussenvarianten mogelijk.

Bij **Open House** stelt de gemeente randvoorwaarden aan de te leveren diensten, bijvoorbeeld over de kwaliteit en de prijs. Aanbieders kunnen zich inschrijven, en als zij aan de randvoorwaarden voldoen moet de gemeente hen een contract aanbieden. De gemeente mag niet selecteren op andere gronden dan de vooraf gestelde eisen, en kan geen keuze maken over het aantal aanbieders dat ze contracteren. Elke inschrijver die aan de eisen voldoet krijgt een contract. Cliënten kunnen vervolgens kiezen uit de aanbieders die een contract hebben met de gemeente. Open House leent zich voor zowel inspanningsgerichte als outputgerichte bekostiging.

Als de gemeente een beperkt aantal aanbieders wil selecteren, is het verplicht om dat via een **aanbestedingsprocedure** te doen (tenzij de contractwaarde lager is dan de drempelwaarde van circa € 750.000). Dit is een procedure waarin wordt gewaarborgd dat er eerlijke concurrentie is, waarbij het verplicht is om de opdracht bij meerdere partijen uit te zetten die een offerte kunnen schrijven. De offertes worden beoordeeld via een vooraf vastgestelde procedure, en de gemeente is verplicht om de dienst af te nemen bij diegene met de offerte die de hoogste beoordeling krijgt. Bij aanbesteding kunnen alle drie bovengenoemde bekostigingsgrondslagen worden gehanteerd.

Bij een **subsidie** wordt overeengekomen dat een partij voor een specifieke dienst subsidie kan ontvangen. De gemeente kan vooraf voorwaarden opstellen waar de partij aan moet voldoen om de subsidie te ontvangen, maar kan niet afdwingen dat er daadwerkelijk wordt geleverd. Als er niet wordt geleverd kan de gemeente het subsidiebedrag inhouden of terugvorderen, maar kan daar

geen verdere juridische consequenties aan verbinden. Het is in feite een eenzijdige relatie, waarin de gemeente toezegt subsidie te verstrekken onder bepaalde voorwaarden. Subsidie leent zich alleen goed voor taakgerichte bekostiging. Voor grote delen van de Wmo en de Jeugdwet is subsidie geen optie, omdat de gemeente wettelijk verplicht is om te garanderen dat de benodigde zorg geleverd wordt. Dit is in een subsidierelatie niet mogelijk. Een uitzondering hierop zijn jeugdbescherming en jeugdreclassering, die wel met een subsidie georganiseerd worden.⁷ De reden dat dit kan, is dat in de wet is opgenomen welke diensten de organisatie biedt. Daardoor is het ondanks de subsidierelatie juridisch afdwingbaar.

Aantal aanbieders

Gemeenten kunnen bij de contractering invloed uitoefenen op het aantal aanbieders. Bij sturing op het aantal aanbieders is het relevant om onderscheid te maken tussen soorten aanbieders, namelijk systeemaanbieders en overige aanbieders.

Systeemaanbieders maken, of dienen onderdeel uit te maken, van de lokale sociale infrastructuur op gemeentelijk of wijkniveau. Prestaties zijn voor een belangrijk deel afhankelijk van de beleidsmatige afstemming van de systeemaanbieders met de gemeente én de onderlinge samenwerking van betrokken aanbieders. De kracht van een lokaal netwerk hangt mede af van het aantal spelers dat daarin actief deelneemt. Het aantal aanbieders doet er dan toe; teveel spelers kan namelijk de samenhang en het onderlinge commitment aantasten. Bij de **overige aanbieders**, die vaak een beperkt aanbod hebben en relatief solitair kunnen opereren, ligt dat anders. Daar is het aantal te selecteren aanbieders maar van beperkte invloed op de effectiviteit van hulpverlening.

In een aanbestedingsprocedure kan de gemeente zelf beslissen of ze veel of weinig aanbieders wil selecteren. Bij Open House is de sturing minder direct, maar kan de gemeente het aantal inschrijvers beperken door aan de voorkant strengere eisen te stellen. Bij subsidie zijn daartoe meer mogelijkheden.

4.3 Effecten van marktwerking in het sociale domein

In deze paragraaf bespreken we de meest voorkomende effecten van marktwerking in het sociaal domein, waarbij we gebruikmaken van de begrippen uit het analysekader in hoofdstuk 3. Daarbij een woord vooraf over de verhouding tussen positieve en negatieve effecten. Eerder is aangegeven dat het transitieproces, waar marktwerking een belangrijk onderdeel van is, nog volop gaande is. De sturingsarrangementen zijn nog lang niet in balans. Dat betekent dat de positieve effecten vaak (logischerwijs) nog niet goed zichtbaar zijn. De opgave voor gemeenten is om de voorwaarden die ten grondslag liggen aan de positieve effecten (verder) te optimaliseren. De negatieve effecten zijn in een overgangsfase daarentegen wel goed zichtbaar en kunnen zelfs dominant lijken. Een belangrijke opgave is dan ook om de risico's op mogelijke negatieve effecten tijdig te herkennen en te pareren in de vorm van beheersmaatregelen. In hoofdstuk 6 worden het optimaliseren van de voorwaarden en het pareren van de risico's toegespitst op de situatie in Arnhem.

⁷ Zie [Model Subsidieregeling gecertificeerde instellingen jeugd | VNG](#)

4.3.1 Beoogde voordelen van marktwerking

Het verlenen van zorg en hulp zijn van oudsher belegd bij zelfstandige organisaties die in het verleden vaak onderdeel waren van het verzuilde middenveld. In de zorg, jeugdhulpverlening en maatschappelijke ondersteuning waren de aanbieders van katholieke, protestante en neutrale huize. Deze organisaties waren (bijna) allemaal non-profitinstellingen in de vorm van stichtingen of verenigingen. Voorafgaand aan de introductie van marktwerking in de zorg in 2006 waren er afspraken van de overheid met de aanbieders die werden vastgelegd in beschikkingen. De kern van de beschikkingen in de oude sturingsarrangementen was voor intramurale voorzieningen het vastleggen van de capaciteit en de bijhorende financiële vergoedingen. De extramurale voorzieningen werden voornamelijk gefinancierd met een populatiebekostiging. Vanaf 2006 is stapsgewijs in de zorg marktwerking geïntroduceerd, waarbij het toelaten van nieuwe aanbieders een belangrijk instrument was. In de onderdelen die vanuit de AWBZ en Zvw naar het sociaal domein zijn overgedragen (de volledige nieuwe Wmo en een groot gedeelte van de jeugdzorg) was dit al in gang gezet, waarbij in de overgang naar de gemeenten het instrument regulering vervangen is door aanbesteding van diensten.

Een belangrijke doelstelling van marktwerking is vergroting van de doelmatigheid door middel van financiële prestatieprikkels. Dit dient zich te vertalen in **lagere kosten** en uiteindelijk **lagere tarieven**. Gegeven de uiteenlopende aard van de diensten in het sociaal domein dient rekening te worden gehouden met verschillen in zorgzwaarte. De kunst is om de balans tussen voldoende differentiatie en overmatige detaillering te bewaren.

Doelmatig publieke diensten verlenen is een belangrijke voorwaarde om de zorg en hulpverlening betaalbaar te houden. Doelmatigheid gaat dan ook hand in hand met de doelstelling van **budgetbeheersing**. In het sociaal domein is de decentralisatie gepaard gegaan met een forse budgetkorting. Deze is uiteindelijk niet houdbaar gebleken, maar heeft de gemeenten wel aangezet om krachtig te sturen op de tarieven. Volgens diverse brancheorganisaties van aanbieders veel te krachtig. Over de noodzaak van budgetbeheersing in het sociaal domein op landelijk niveau verschillen de meningen tussen het Rijk en de gemeenten niet, wel over de hoogte van het nu noodzakelijke budget gegeven de vraag.

Budgetbeheersing kan relatief eenzijdig via tarieven en het dichtzetten van de toegang. De ervaring leert echter, zowel in gemeentelijke context als in de Zvw, dat budgetbeheersing makkelijker te realiseren is als er een gedeelde visie is van de gemeente en de (systeem)aanbieders op de wijze waarop deze gerealiseerd kan worden.

Vernieuwing van het aanbod door innovatie was een andere doelstelling bij de introductie van marktwerking. De toetreding van nieuwe aanbieders zou daarbij een belangrijk impuls moeten zijn. Het CPB wijst er bijvoorbeeld op dat een groter aantal aanbieders in sommige gevallen kan leiden tot hogere kwaliteit van zorg.⁸ Er zijn veel nieuwe aanbieders gekomen, waarvan een deel ook daadwerkelijk innovatief is. Een deel van de vernieuwers zijn zorgverleners die ontevreden waren over de werkwijzes in de gevestigde instellingen. Tegelijkertijd zijn er ook nieuwe aanbieders die louter financieel gedreven zijn en handig gebruik maken van alle onvolkomenheden in de sturingsarrangementen in ontwikkeling. Dit zijn de 'zorgcowboys'.⁹ Bevorderen van toetreding van nieuwe aanbieders is een voorwaarde om van het innovatiepotentieel van marktwerking, maar niet

⁸ Link: [Naar een effectieve inkoop in het sociaal domein](#).

⁹ Hierbij valt te denken aan situaties zoals beschreven door Follow the Money, zie o.a. [link](#).

genoeg. Dit gaat bij voorkeur gepaard met gerichte stimulering van innovatie en goede sturing op het borgen van kwaliteit.

Onderdeel van de vernieuwing in het aanbod is het zorgen voor **maatwerk** en een **integrale aanpak**. Sterke netwerken zijn daarbij een vereiste. Marktwerving is geen directe prikkel om tot netwerken te komen, maar contracten waarin afspraken over prestaties worden gemaakt zijn nodig om tot effectieve samenwerkingsverbanden te komen. Een belangrijke hoeksteen in die contracten zijn afspraken over de prestaties van te leveren diensten in het partnerschap. De opgave is om hierbij te zorgen voor een goede verdeling van lusten en lasten tussen de betrokken deelnemers. Dit vraagt regie van de gemeente als opdrachtgever. Daarbij is aandacht voor het zoveel mogelijk wegnemen van schotten tussen de verschillende financieringsstromen gewenst.

Bij **klantoriëntatie** is de keuzevrijheid van cliënten een belangrijke voorwaarde. Dit is ingewikkeld in die delen van het sociaal domein waar sprake is van drang of dwang. Daarnaast geldt de algemene kanttekening dat voor zorg en veel hulpvragen de cliënt de professionele kennis mist om verantwoorde keuzes te maken. Informatiescheefheid heet dit in beleidsjargon. De cliënt is dan ook afhankelijk van een professional die hem of haar bijstaat. Dan is het belangrijk dat de betreffende professional voldoende zicht heeft op het actuele aanbod en de cliënt naar de goede plek leidt.

Samenvattend overzicht van voordelen van marktwerving in sociaal domein:

Beoogde voordelen	Organisatorische voorwaarden	Aandachtspunten
lagere kosten en tarieven	verdisconteren zorgzwaarte	reële kostprijzen hanteren
budgetbeheersing	gedeelde missie lokaal/regionaal	commitment zekerstellen
vernieuwing aanbod	innovatieve toetreders	innovatieprikkel in bekostiging
maatwerk	werken in ketens	verdeling lusten en lasten
integrale aanpak	regie door gemeenten	systeemschotten wegnemen
klantoriëntatie	keuzevrijheid cliënten	informatiescheefheid

4.3.2 Risico's en aandachtspunten bij contractering en bekostiging

In deze paragraaf staan verschillende ongewenste effecten van marktwerving toegelicht die zich kunnen voordoen in het sociaal domein. Daarbij gaat het telkens om effecten die volgen uit *aspecten* van marktwerving, die mede afhankelijk zijn van de keuzes van gemeenten. Daarbij gaat het bijvoorbeeld over het type bekostiging of het aantal aanbieders in de markt.

Inspanningsgerichte bekostiging

Bij inspanningsgerichte bekostiging krijgt de aanbieder meer betaald als er meer uren zorg geleverd worden. Het voordeel is dat deze systematiek overzichtelijk is en zekerheid biedt aan de aanbieders. Een negatieve prikkel hierbij is om (overbodig) veel zorg te leveren wat leidt tot **overbehandeling**. Overbehandeling is overigens lang niet altijd strategisch gedrag van de kant van de aanbieder; het komt ook voor dat individuele behandelaren vanuit hun professionele opvattingen langer door blijven behandelen dan op grond van wetenschappelijke inzichten noodzakelijk is. Dit fenomeen wordt versterkt doordat het vaak niet objectief te zeggen is wanneer een cliënt voldoende geholpen is. **Risicomijdend gedrag**, waarbij een cliënt zwaardere zorg krijgt of daar langer in blijft dan noodzakelijk, is in feite een specifieke vorm van overbehandeling. Dergelijk gedrag kan verschillende oorzaken hebben. Een cliënt (of de omgeving daarvan) durft bijvoorbeeld de stap naar lichtere zorg niet te maken.

Een beheersmaatregel voor overbehandeling is een budgetplafond. Dan heeft een aanbieder geen baat bij het leveren van meer zorg vanaf het moment dat het budgetplafond bereikt is. Dit kan wel tot wachtlijsten leiden. Verder speelt de toegang een belangrijke rol om erop toe te zien dat de hoeveelheid zorg die wordt ingezet voor een cliënt passend is. Tot slot kunnen aanbieders die overbehandelen via contractmanagement daarop worden aangesproken. Het is in de praktijk niet eenvoudig om te bepalen wanneer sprake is van overbehandeling. Een vergelijking tussen aanbieders en gesprekken met aanbieders kunnen helpen meer zicht op de kwaliteit te krijgen, maar dan moet wel rekening gehouden worden met de verschillen in zwaarte tussen cliëntengroepen.

Outputgerichte bekostiging

Bij outputgerichte bekostiging krijgen aanbieders een vooraf vastgesteld bedrag voor een cliënt, afhankelijk van een zorgzwaarte. De positieve prikkel is dat op cliëntniveau zo doelmatig mogelijk wordt gewerkt en zo nodig integrale zorg wordt geleverd. Dit kan echter op twee manieren leiden tot een negatieve prikkel in de toegang. Ten eerste **upcoding**, waarbij de aanbieder er baat bij heeft dat een cliënt in een zo hoog mogelijke zorgzwaarte ingedeeld wordt, zodat er meer budget beschikbaar is. Ten tweede **cherry picking**, waarbij de aanbieder alleen cliënten toelaat die relatief weinig zorg nodig hebben ten opzichte van het tarief dat bij hun zorgzwaarte past. Ook het omgekeerde kan optreden bij **adverse selection**, waarbij 'zware' cliënten worden geweerd omdat deze relatief duur zijn voor aanbieders.

Strategisch gedrag van aanbieders heeft hierbij als doel om verzekerd te zijn van voldoende financiële marges. De negatieve prikkels zijn beheersbaar met een sterke toegang, waarbij de aanbieders beperkt invloed hebben op de indicaties. Om cherry picking en adverse selection tegen te gaan, kan er een acceptatieplicht ingesteld worden, waardoor cliënten niet kunnen worden geweerd door aanbieders.

Taakgerichte bekostiging

Bij taakgerichte bekostiging krijgt een aanbieder of een consortium van aanbieders een vast bedrag om alle zorg in een specifiek segment te leveren. Daarbij wordt een kwaliteitsstandaard afgesproken, maar kan de aanbieder zelf bepalen hoe de zorg geleverd wordt en aan wie. Er is een prikkel voor de aanbieder om de afgesproken (integrale) zorg te leveren voor een zo laag mogelijk bedrag en zo binnen het beschikbare budget te blijven. De kosten zijn immers lager als er minder zorg geleverd wordt. Dit is aan de ene kant een prikkel om doelmatig te werken, maar aan de andere kant kan het een prikkel zijn om de **normen te verlagen**, bijvoorbeeld door met **wachtlijsten** te werken. Door de krapte op de arbeidsmarkt ontstaan echter ook wachtlijsten waar met andere contractvormen wordt gewerkt.

Dit kan beheerst worden door zo concreet mogelijke afspraken te maken over het gewenste niveau van het aanbod, en door evaluatiemomenten met de aanbieder in te plannen. Deze afspraken moeten vanzelfsprekend wel in balans zijn met het beschikbare budget.

Weinig aanbieders

Met minder aanbieders is het makkelijker om te sturen vanuit de gemeente, maar te weinig aanbieders heeft ook nadelige gevolgen. De prikkel tot doelmatigheid en innovatie is dan zwak. Bovendien als er voor een specifiek product maar één of twee aanbieders zijn die het kunnen leveren is hun **marktmacht** te groot. Dan is de gemeente te sterk van ze afhankelijk wat leidt tot een slechte onderhandelingspositie bij het inkopen van zorg.

Daarnaast kan het voorkomen dat er **gaten vallen in het aanbod** als er te weinig aanbieders zijn in een bepaald domein. Bijvoorbeeld als er maar één aanbieder een specifiek product levert, en daar dan mee stopt. Of als alle aanbieders die een product leveren vol zitten, dan ontstaan er **wachlijsten**. Bij een aanbesteding is het niet mogelijk om tussentijds aanvullende aanbieders te contracteren om dit probleem op te lossen, bij Open House wel.

Ook bestaat er bij een klein aantal aanbieders een risico dat er (veel) gebruik wordt gemaakt van onderaannemers. Gemeenten hebben in dat geval minder zicht op wie hun inwoners begeleiden of behandelen, en wat de kwaliteit van de zorg is. Er kunnen dan bovendien veel maatwerkcontracten ontstaan met niet-gecontracteerde aanbieders.

Veel aanbieders

Het voordeel van veel aanbieders is de prikkel tot doelmatigheid en innovatie. Als er echter te veel aanbieders zijn die met elkaar concurreren, lopen aanbieders waar te weinig zorg wordt ingekocht een financieel risico. Er is een prikkel voor aanbieders om meer cliënten aan zich te binden, in extreme gevallen door **cliënten te werven**. Er kunnen contractafspraken gemaakt worden dat dit niet toegestaan is, en de toegang speelt een belangrijke rol om signalen hierover op te vangen. Als een cliënt zorg wil ontvangen moet hij immers bij de Wmo nog bij de toegang een indicatie ontvangen.

Een ander probleem van te veel aanbieders die hetzelfde product aanleveren is een **versnipperd zorglandschap**. Hierbij zijn er te veel aanbieders die zorg bieden voor enkele cliënten, waardoor er een risico ontstaat dat er onvoldoende schaalgrootte is om zorginfrastructuur en daarmee de kwaliteit van zorg op peil te houden.

Als er te veel aanbieders zijn, is het moeilijk voor de gemeente om te sturen op kwaliteit. Allereerst op het niveau van contractmanagement, doordat de gemeente contractrelaties met veel verschillende aanbieders moeten onderhouden. Daarnaast op het niveau van de toegang. De toegang speelt een belangrijke rol in waarborgen van de kwaliteit, want zij hebben het meest directe zicht op de zorg die per aanbieder ingezet wordt en wat de effecten daarvan zijn. De toegang moet ook bepalen welke aanbieder het best passend is voor een specifieke cliënt. Als er te veel aanbieders zijn is het echter moeilijk voor de toegang om alle spelers te overzien en daar de juiste keuzes in te maken.

Ook samenwerking met andere partners in een bepaald gebied is moeilijker met veel aanbieders, omdat het moeilijk is om goede werkrelaties op te bouwen als het bijvoorbeeld maar om één cliënt gaat.

Hoge administratieve lasten

Veel van de bovenstaande effecten kunnen beheerst worden door actief te monitoren en veel controle door te voeren als onderdeel van contractmanagement. Dit is echter niet zonder gevolgen: meer monitoring en controle gaat meestal gepaard met hogere **administratieve lasten**. Het is belangrijk dat aanbieders niet overvraagd worden in de gegevens die ze moeten aanleveren. Ook de controle aan de kant van de gemeente kost middelen die niet aan zorg besteed kunnen worden. Er moet dus een balans gezocht worden tussen de mate van grip van de gemeente en de hoogte van administratieve lasten die daarmee gepaard gaan. Het uniformeren van de monitoring in een regio kan helpen om de administratieve lasten te beperken. Vanzelfsprekend helpt ook het vereenvoudigen van de uitgevraagde informatie hierbij.

Fraude

Fraude is een fenomeen dat in alle arrangementen en contractvormen kan optreden. Dit staat los van marktwerking. Immers ook bij gemeentelijke diensten kan er sprake zijn van fraude. Wel is het zo dat een systeem in transitie per definitie met onvolkomenheden kampt die op zijn minst tijdelijk ruimte bieden voor frauduleus handelen. Fraude wordt tegengegaan door voldoende zicht te houden op de zorg die aanbieders leveren, en door te controleren of zij aan minimale eisen voldoen. Dat moet onderdeel zijn van het reguliere contractmanagement met alle aanbieders, eventueel aangevuld met steekproefsgewijze controles.

In de onderstaande tabel zijn de ongewenste effecten, risicofactoren en beheersmaatregelen samengevat.

Ongewenste effecten	Is vooral risico bij	Beheersmaatregel
Overbehandeling, risicomijdend gedrag	Inspanningsgerichte bekostiging	Budgetplafond, contractmanagement, sterke toegang
Upcoding	Outputgerichte bekostiging	Sturen op inzet traject vanuit gemeente
Cherry picking, adverse selection	Outputgerichte bekostiging	Acceptatieplicht, sturende toegang
Verlagen normen	Taakgerichte bekostiging	Contractmanagement
Werven cliënten	Inspanningsgerichte bekostiging	Budgetplafond
Wachtlijsten	Taakgerichte bekostiging en weinig aanbieders	
Marktmacht	Weinig aanbieders	Voldoende onderhandelingscapaciteit toegang
Gaten in aanbod	Weinig aanbieders	
Versnipperd aanbod	Veel aanbieders	Contracteisen
Administratieve lasten	Bij alle contractvormen	Vereenvoudiging
Fraude	Bij alle contractvormen	Controle en relatiebeheer

4.4 Inbesteding als radicaal alternatief

In dit onderzoek staan de voor- en nadelen van marktwerking in het sociaal domein centraal. Doel is om lessen te trekken voor volgende rondes van contractvorming. Er is natuurlijk ook een radicaal beleidsalternatief voor marktwerking. Dit is om de uitvoering van het sociaal domein zelf ter hand te nemen als gemeente. Inbesteding heet dit in beleidsjargon. Dit zou een volstrekt nieuwe situatie zijn, want zoals eerder gezegd zijn deze activiteiten van oudsher belegd bij zelfstandige organisaties die in het verleden vaak onderdeel waren van het verzuilde middenveld. Het zelf gaan uitvoeren van beschermd wonen, Wmo-diensten of jeugdzorg door gemeenten is dan ook niet het *terugdraaien* van marktwerking; het is een fundamentele breuk met de inrichting van de sector zoals die al heel lang bestaat.

Het grote voordeel van een dergelijk model is dat de uitvoering onder een directe hiërarchische aansturing van de gemeente komt te staan. Met directe aansturing van de eigen mensen vervalt de contractering met externe partijen. In dat geval is er geen risico op vormen van marktfalen en

kunnen ook perverse prikkels die hier uit voortvloeien worden vermeden. Dit voordeel kan in theorie groter zijn dan de voordelen van marktwerking in termen van doelmatigheid en innovatie, vooral in een situatie waar de risico's op marktfalen groot zijn. Aan dit model zijn echter ook grote nadelen verbonden.

- ▶ Ten eerste zou het in korte tijd een forse vergroting zijn van het gemeentelijke apparaat. Zeker bij een gemeente met een omvang van Arnhem zou dat kunnen leiden tot onbestuurbaarheid van de ambtelijke organisatie. Het sociaal domein is te omvangrijk en complex om intern integraal aan te sturen, zodat een organisatorische opsplitsing voor de hand ligt. Dit geeft als risico dat afdelingen zelfstandig gaan opereren en de organisatie een vergelijkbare dynamiek krijgen als in een slecht functionerende markt. Afdelingen concurreren met elkaar en stellen vooral de eigen belangen veilig. Binnen de eigen organisatie is het soms nog lastiger om daar goed op te sturen dan in een markt. Nieuw overheidsfalen ligt op de loer.
- ▶ Ten tweede vraagt het om expertise in de uitvoering waarover de bestaande organisatie nu niet beschikt. Professionals zouden voor een groot deel van bestaande aanbieders overgenomen moeten worden om deze vervolgens in te passen in het ambtelijk apparaat. Dit betekent onzekerheid voor zowel aanbieders (faillissementsrisico voor gemeente-overstijgende aanbieders) als medewerkers, wat met de huidige arbeidsmarktproblematiek een risico geeft voor zorgcontinuïteit. Bovendien betekent het dat medewerkers onder een andere cao gaan vallen. Het harmoniseren van de salarissen zal naar verwachting tot extra kosten leiden, al is het maar omdat het arbeidsrechtelijk lastig is om mensen in een lagere schaal te plaatsen dan waar zij nu zitten.
- ▶ Ten derde beschikken zeker kleine gemeenten over onvoldoende schaal om dit model waar te kunnen maken. Voor sommige vormen van zorg, vooral jeugdzorg, geldt dit ook al voor de gemeente Arnhem: het volume van de gehele gemeente is eenvoudigweg onvoldoende om binnen acceptabele kosten een voorziening in stand te kunnen houden. Een eventuele oplossing om de uitvoering op regionale schaal te bundelen brengt juist weer allerlei ingewikkelde bestuurlijke sturingsvragen met zich mee.

Al met al vraagt eventuele investering om een aantal ingrijpende reorganisaties bij zowel de gemeenten als opdrachtgever als de bestaande aanbieders. Een dergelijke grote stelselwijziging kan niet anders dan tot een aanzienlijke terugval in de kwaliteit en continuïteit van dienstverlening leiden, zeker op korte termijn. Alles bij elkaar is investering een uitermate risicovol alternatief. Het is verstandiger om eventuele aanpassingen op het niveau van instrumenten te doen. Dat betekent dat precies gekeken moet worden waar de knelpunten in de contractering zitten en welke verbeteringen mogelijk zijn om positieve effecten te vergroten en negatieve effecten te beheersen en terug te dringen. In de voorgaande paragrafen zijn daarvoor aanknopingspunten geboden.

/ 5 Toegepast op beelden van Arnhem

In dit hoofdstuk leggen we de hiervoor beschreven theorie naast de Arnhemse praktijk. Dit doen we voor een belangrijk deel o.b.v. gesprekken die gevoerd zijn met betrokkenen van de gemeente, de regio en verschillende zorgaanbieders. Ook maken we waar nodig gebruik van (gemeentelijke of regionale) documentatie. Gelet op het aantal gesprekken is deze praktijktoets geen complete weergave van de status van het sociaal domein in de gemeente Arnhem, en de effecten van marktwerking daarop – hiervoor is de scope te beperkt. De focus ligt op de opvallende aspecten die tijdens de gesprekken naar voren zijn gekomen, die als basis dienen voor de in het volgende hoofdstuk gepresenteerde handvatten voor de gemeente in aankomende contracteringsronden. Daarbij kijken we eerst naar de in hoofdstuk 4 beschreven (potentiële) positieve effecten, daarna naar de negatieve effecten. Potentiële effecten waar geen duidelijke of verrassende signalen van naar voren zijn gekomen, worden niet nader besproken.

Hoewel er uiteraard verschillen zijn tussen de verschillende sectoren binnen het sociaal domein, ontstaat op basis van de gesprekken een beeld van een aantal effecten van marktwerking die grotendeels voor alle sectoren opgaan. Nadat we een algemene schets hebben gegeven van hoe het sociaal domein in Arnhem ervoor staat, beschrijven we in de daaropvolgende paragraaf deze effecten. Hierbij bouwen we voort op de in hoofdstuk 3 en 4 geïntroduceerde begrippen. Vervolgens benoemen we de karakteristieke effecten binnen Beschermd wonen, Jeugd en Wmo.

5.1 Weergave van het sociaal domein in Arnhem

De inkoop wordt op regionaal niveau georganiseerd. De regio hanteert een semi-open house systematiek waarbij aanbieders zich kunnen inschrijven wanneer de markt wordt 'opengesteld'. De regio formuleert hierbij kwaliteits- en toelatingseisen.¹⁰ De financiering is inspanningsgericht (PXQ); de gerealiseerde 'productie' staat dus centraal, en er kan niet worden geconcentreerd op prijs. De aangesloten gemeenten bepalen afzonderlijk welke van de toegelaten aanbieders daadwerkelijk worden ingeschakeld. Gemeenten kunnen gecontracteerde partijen die een jaar of langer geen zorg hebben geboden uitsluiten. Voor Verblijf Jeugd wordt als uitzondering gebruikgemaakt van een aanbestedingssysteem.

In onderstaande tabel staan per zorgvorm de kosten van 2021 voor de gemeente Arnhem weergegeven, alsook het aantal gecontracteerde aanbieders. Een aanbieder kan bij meerdere zorgvormen gecontracteerd zijn – zo moet een aanbieder van Beschermd wonen bijvoorbeeld ook voor begeleiding zijn gecontracteerd, en moeten aanbieders van Verblijf ook ambulante behandeling aanbieden. Ook kunnen cliënten van meerdere zorgvormen tegelijk gebruikmaken. Aantallen kunnen dus niet bij elkaar worden opgeteld om het totale aantal te bepalen.

¹⁰ Deze zijn o.a. vastgelegd in het Kwaliteitskader van de regio.

Zorgvorm	Kosten (€ mln)	Aantal aanbieders	Aantal cliënten ¹¹
Activerend werk (JW en WMO)	3,8	63	611
Begeleiding (JW en WMO)	26,9	187	3.266
Behandeling	21,4	137	2.113
Beschermd wonen	22,6	25	579
Groepsbegeleiding (JW en WMO)	2,5	43	381
Huishoudelijke ondersteuning	14,0	20	4.347
Jeugdbescherming en jeugdreclassering	3,6	4	362
Verblijf	14,8	36	365

Het aantal aanbieders in de gemeente Arnhem is relatief hoog, vooral bij Begeleiding. Daarbij moet vermeld worden dat de gemeente al langere tijd bezig is om het aantal aanbieders te verminderen, voornamelijk met het oog op de doelstelling om meer gebiedsgericht¹² te werken. Zo is bij Beschermd wonen inmiddels grofweg een derde van het aantal aanbieders van vier jaar geleden nog over. Met een kleiner aantal aanbieders kan een hechter netwerk in de verschillende wijken worden opgebouwd met een goede relatie met overige voorzieningen, zo is de gedachte. Ook draagt dit bij aan de beheersbaarheid vanuit de gemeente.

5.2 Effecten binnen het hele sociale domein

Realisatie van positieve effecten

Een aantal van de potentiële positieve effecten is gerealiseerd. Allereerst komt naar voren dat de open toetreding van aanbieders heeft bijgedragen aan innovatie binnen de zorg en **vernieuwing van het aanbod**. Zeker kort na de decentralisatie waren er veel mogelijkheden voor nieuwe ondernemers om de markt te betreden. Een deel daarvan deed dit met de intentie om nieuwe zorgvormen te bieden, om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren. Deze veelal relatief kleine aanbieders hebben, zo is het beeld, een positieve bijdrage geleverd aan het sociaal domein in Arnhem. Hierbij geldt wel dat dit effect in de loop der tijd is verminderd door de strengere toelatingseisen die door de gemeente (en regio) zijn gesteld. Dit laatste hangt samen met de wens om het totale aantal aanbieders te verminderen. Niet alleen om goed overzicht te krijgen, maar ook om 'zorgcowboys' te weren.

Een ander gerealiseerd effect is een **verlaging van de tarieven**; de gemeente heeft hierop strak kunnen sturen. Hoewel dit wenselijk is geweest vanuit het oogpunt van budgetbeheersing, zijn er vanuit aanbieders signalen dat de tarieven niet altijd toereikend zijn voor een goede kwaliteit zorg, met name binnen de Jeugdzorg. Ook zijn er zorgen over de relatief gebrekkige tariefdifferentiatie die momenteel wordt gehanteerd. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om het gebrek aan differentiatie tussen grote en kleine aanbieders – die wel sterk uiteenlopende overhead hebben – of signalen dat de verschillende producten niet voldoende differentiëren tussen meer en minder complexe doelgroepen. Dit kan bij complexe doelgroepen of grote aanbieders ten koste gaan van de kwaliteit van zorg, terwijl het doelmatigheidsmechanisme van prijsconcurrentie voor eenvoudige doelgroepen niet benut wordt. Ook hebben de tarieven (en beschikkingssystematiek) invloed op de ruimte die er is bij aanbieders voor preventie. Vroeg, stevig ingrijpen om erger te voorkomen is op het moment lastig; daarvoor zijn de tarieven – volgens de aanbieders – te krap.

¹¹ Gemiddeld aantal unieke personen per maand. Bron: Bestuursrapportage gemeente Arnhem april 2022.

¹² Voor de inkoopregio als geheel spreken we van gebiedsgericht werken. Voor de Gemeente Arnhem betekent dit in de praktijk: wijkgericht werken.

Naast deze gerealiseerde effecten is een aantal potentiële positieve effecten *niet* gerealiseerd. Het grote aantal aanbieders heeft bijvoorbeeld effect gehad op het de mate waarin binnen het sociaal domein wordt gewerkt met een **integrale aanpak**. Aanbieders zijn in grote lijnen 'bij hun eigen leest' gebleven; intensieve samenwerking wordt immers lastiger naarmate het aantal aanbieders toeneemt. Bovendien is het voor grote aanbieders aantrekkelijker om zelf een product te ontwikkelen dan om meer samen te werken. De gemeente heeft zoals gezegd inmiddels wel meer regie hierop genomen.

Hoewel het op basis van dit onderzoek lastig is vast te stellen in hoeverre er een positieve of negatieve ontwikkeling heeft plaatsgevonden op het gebied van **klantoriëntatie**, is wel naar voren gekomen dat eventuele positieve effecten zijn beperkt door het grote aantal aanbieders. Het grote aantal aanbieders is overigens mede het gevolg van de wens om de cliënten of hun 'zaakwaarnemers' veel keuzevrijheid te bieden. Dit maakt het voor doorverwijzers, vaak in de vorm van de wijkcoaches of huisartsen, namelijk lastig om te bepalen welke aanbieder het meest geschikt is. Als aanbieder loont het daarom niet altijd om je op het gebied van klantoriëntatie te onderscheiden. Vanuit aanbieders wordt soms ook getwijfeld of er voldoende specialistische kennis aanwezig is bij de wijkcoaches voor effectieve doorverwijzing, zeker gelet op het brede palet aan producten waarvoor wijkcoaches kunnen doorverwijzen.

Realisatie van negatieve effecten

Verschillende potentiële negatieve effecten hebben zich gemanifesteerd in het sociaal domein in Arnhem. Allereerst lijkt er bij sommige zorgaanbieders sprake te zijn van **cherrypicking** en **adverse selection**. Dit uit zich in het weren van relatief complexe cliënten, en het accepteren van relatief 'lichte' cliënten. Een risico hierbij is dat de cliënten met de meest complexe problematiek terecht kunnen komen bij relatief onervaren zorgaanbieders. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat het argument dat aanbieders hierbij soms aandragen, namelijk dat zij niet over de benodigde specialistische kennis beschikken voor de juiste zorg voor de cliënt in kwestie, niet geheel onrealistisch is.

De gemeente heeft eerder gepoogd cherrypicking aan te pakken door intramurale aanbieders niet langer in staat te stellen uitsluitregels te hanteren, maar dit heeft nog niet het gewenste effect gehad. Dit hangt samen met een beeld dat het relatief lastiger is om de juiste plekken te vinden voor personen met complexe problematiek t.o.v. lichte problematiek. Hoewel het te ver gaat om te spreken van een '**gat in het aanbod**', lijkt de focus van het aanbod hier niet op te liggen. Een duidelijke oorzaak ontbreekt; personele schaarste en voorkeur van het bestaande personeel zijn mogelijke verklaringen.

Er is soms sprake geweest van **fraude** waarbij de aangeboden zorg niet overeenkomt met de gedeclareerde zorg. Hoewel sprake kan zijn van bewuste fraude, is in de praktijk de scheidslijn tussen fraude en een gebrek aan professionaliteit soms lastig te bepalen. Wanneer bijvoorbeeld de begeleider in kwestie niet over de vereiste kwalificaties beschikt, kan dit het resultaat zijn van een bewuste keuze, maar ook van onkunde.

Vanzelfsprekend is de omvang van dit probleem lastig te bepalen. Wel is duidelijk dat de toegenomen inzet vanuit de gemeente en regio om fraude te bestrijden, o.a. in de vorm van kwaliteits- en rechtmatigheidsonderzoek¹³, heeft geleid tot significante terugvorderingen.

Aanbieders merken op dat de lagere tarieven hier mogelijkwerijs een rol hebben gespeeld: deze trekken aanbieders aan die beweren voor deze bedragen de geëiste zorg te kunnen leveren, ondanks dat dit in de praktijk erg lastig is. Er wordt dan in feite ingeleverd op de kwaliteit (in sommige gevallen dus frauduleus) om voor de geboden tarieven te kunnen werken.

Er zijn incidenten geweest waarbij aanbieders **cliënten hebben geworven**. Hierbij ging het bijvoorbeeld om een aanbieder die niet langer gecontracteerd was, en via de doorverwijzingen van Gecertificeerde Instellingen (GI's) toch cliënten naar zich toe probeerde te trekken. Middels maatwerkovereenkomsten kon de desbetreffende aanbieder zo toch inkomsten genereren. Dit was dus geen gevolg van marktwerking, maar van de vereisten van de Jeugdwet. Recentelijk zijn er geen signalen geweest dat er cliënten worden geworven. Over ongewenst werven is tevens e.e.a. opgenomen in de inkoopvoorwaarden van de regio. Dit leidt tot een gesprek en een waarschuwingsbrief.

Tegelijkertijd zijn sommige negatieve effecten juist betrekkelijk afwezig. Van **upcoding** lijkt bijvoorbeeld beperkt sprake; daar zijn geen duidelijke signalen van naar voren gekomen. En hoewel de **administratieve lasten** zijn toegenomen voor aanbieders naarmate de eisen vanuit de gemeente en regio strenger zijn geworden, is er door aanbieders ook begrip geuit dat dit nodig is om de kwaliteit te borgen. Bovendien wordt vanuit de regio actief gekeken waar administratieve lastenmindering mogelijk is.

Tot slot is het relevant om iets te zeggen over de samenwerking tussen de gemeente en aanbieders. De gemeente heeft haar opdrachtgeversrol ingevuld door o.a. in te zetten op strakke tarieven, controle via wijkteams en onderzoek, en een relatief open markt met veel aanbieders. Dit heeft geleid tot een controlerende rolinvulling van de gemeente, en slechts beperkt tot een samenwerkende rol. De focus heeft gelegen op financiële sturing en de doel- en rechtmatigheid van het zorgbudget. Zoals eerder is aangegeven heeft dit de nodige voordelen gehad. Echter, zeker wanneer er nog geen relatie is opgebouwd tussen de gemeente en een aanbieder, kan de laatste hierdoor een gevoel krijgen gewantwoord te worden. Het is bovendien lastig om als gemeente en aanbieders gezamenlijk op te trekken in het aanpakken van maatschappelijke opgaven; hierop is de relatie niet ingericht. Vanuit aanbieders bestaat dan ook de wens voor contracten voor een langere termijn, wat ruimte kan bieden voor het doen van investeringen – waaronder op gebieds- en wijkniveau.

Beschermd wonen

Beschermd wonen is momenteel onlosmakelijk verbonden met de problemen omtrent volkshuisvesting. Woningen zijn daardoor schaars en (dus) duur – ook voor aanbieders van Beschermd wonen. Dit heeft als gevolg dat het relatief lastig is voor aanbieders om af te schalen; de doorstroom is immers ernstig belemmerd. Ook komen aanbieders in de knel omdat de huurtarieven die door de gemeente worden gehanteerd inmiddels te laag zijn gelet op de huidige marktprijzen. Er zijn daarnaast situaties geweest waarbij cliënten probeerden een woning te krijgen via Beschermd wonen – zonder deze zorgvorm nodig te hebben. Tot slot heeft de woningschaarste ook gevolgen

¹³ Dit gebeurt zowel pro-actief als signaalgestuurd.

voor de toegankelijkheid van de markt; het is als nieuwe aanbieder erg lastig om te beginnen met Beschermd wonen. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de **innovatie**.

GGZ-cliënten die blijvend toezicht of 24 uur per dag intensieve zorg nodig hebben, hebben vanaf 2021 toegang gekregen tot de Wet langdurige zorg (Wlz). Een grote groep mensen die eerst onder de Wmo (Beschermd wonen) viel is daardoor naar de Wlz doorgestroomd. Dit betekent dat aanbieders van Beschermd wonen zich nu ook kunnen richten op cliënten die nu onder de Wlz vallen. Omdat daar gemiddeld genomen hogere tarieven worden gehanteerd dan vanuit de gemeente, is er een financiële prikkel voor aanbieders om dit te doen. Hoewel nog onduidelijk is hoe groot dit effect is, kan deze openstelling van de Wlz – zeker in combinatie met lage tarieven – leiden tot een beperking van het aanbod binnen gemeentelijk Beschermd wonen. Ook in de forensische zorg speelt dit.

Jeugd

Binnen de Jeugdzorg zijn er lichte signalen dat er soms sprake is van **overbehandeling**. Het gaat dan om een complexe doelgroep die niet uitstroomt, waarbij de aanbieder aangeeft dat dit (nog) niet kan.¹⁴ In hoeverre dit ook feitelijk het geval is, is natuurlijk lastig vast te stellen. Tegelijkertijd komt het wel overeen met het landelijke beeld dat trajecten steeds langer duren, zeker trajecten van kinderen uit gezinnen met lagere inkomens. Wel is er via de wijkteams een mechanisme ingericht dat deze effecten kan tegengaan, en zijn de signalen (ook in andere sectoren) van overbehandeling beperkt.

Binnen de Jeugdzorg is ook sprake van een vorm van **adverse selection** vanwege de verantwoordelijkheid die aanbieders dragen voor suïcides. Deze verantwoordelijkheid is een prikkel om de meest risicovolle personen niet in te nemen.

Het nog relatief grote aantal aanbieders heeft mogelijk bijgedragen aan een toename van de **wachlijsten** binnen de Jeugd GGZ. Huisartsen hebben een beperkt overzicht en verwijzen door naar de grote en voor hen bekende aanbieders – daar waar de wachlijsten (mede daardoor) het langst zijn. Vanuit de gemeente wordt onderzocht of deze doorverwijzing effectiever kan worden gemaakt door naar meer verschillende aanbieders te verwijzen. Hiervoor is een wachtlijstcoördinator aangesteld.

Wmo

De algemene beelden die eerder voor het sociaal domein zijn beschreven gelden vanzelfsprekend ook voor verschillende Wmo-producten. Denk daarbij aan het nog niet volwaardig van de grond komen van een **integrale aanpak** en het voorkomen van **cherrypicking**. Ook vormen van **adverse selection** komen voor, bijvoorbeeld eisen omtrent de bereidwilligheid van cliënten om zich in te zetten voor hun eigen herstel. Het gaat hierbij logischerwijs om effecten die samenhangen met hoge aantallen van aanbieders – in de Wmo is de daling van dit aantal nog niet zover als bijvoorbeeld het geval is voor Beschermd wonen.

Noemenswaardig is tevens dat er zorgen zijn geweest over **overbehandeling**, voornamelijk bij Begeleiding. Het gaat dan om situaties waarbij specialistische begeleiding wordt geboden waar basisbegeleiding al voldoende kan zijn. De gemeente heeft daarom een verplichting ingesteld dat aanbieders van specialistische begeleiding ook basisbegeleiding moeten aanbieden, zodat afschaling makkelijker mogelijk is. Er zijn ook situaties geweest waarbij sprake was van **fraude** – waarbij de gedeclareerde zorg niet overeenkwam met de geleverde zorg. Zoals eerder is aangegeven, is daarbij de scheidslijn tussen fraude en gebrekkige professionaliteit lastig te bepalen.

¹⁴ Er zijn signalen dat dit effect door de coronacrisis is versterkt, i.v.m. een vergrote terughoudendheid bij aanbieders.

/ 6 Vooruitblik en aanbevelingen

Op basis van wat in de voorgaande hoofdstukken is gepresenteerd – zowel de theorie als het beeld van de praktijk in Arnhem – sluiten we dit rapport af met een vooruitblik en aanbevelingen aan de gemeente over hoe zij het beste kan omgaan met marktwerking in het sociaal domein. We presenteren hier geen uitgewerkt recept voor hoe de gemeente haar contractering moet aanpakken. Dat zou ook geen recht doen aan de complexiteit van het vraagstuk en de vele afwegingen die gemaakt kunnen worden om aan te sluiten bij de specifieke situatie in Arnhem. Wij hebben in het onderhavige onderzoek slechts een beperkte toets uitgevoerd naar de vraag welke effecten van marktwerking zichtbaar zijn in het Arnhemse domein. Het is uitdrukkelijk geen brede evaluatie van de contractering in deze regio. Op basis van onze kennis kunnen we wel enkele ingrediënten meegeven die van belang zijn bij nieuwe contractrondes. Dit doen we in de vorm van vier noodzakelijke stappen die van belang zijn om te volgen bij de keuze voor een vorm van contractering.



Stap 1: Wat is het belangrijkste doel?

Voordat keuzes worden gemaakt over de wijze van contractering en inrichting van (de markt binnen) het sociaal domein, moet duidelijk zijn welke doelen de gemeente met deze keuzes nastreeft. Maatschappelijke opgaven dienen altijd leidend te zijn bij het formuleren van beleid. In dit geval de invulling van de specifieke onderdelen van het sociaal domein. Het zijn de gekozen vertegenwoordigende organen die hierover richtinggevende inhoudelijke besluiten nemen. Op basis van die besluiten kunnen verdere keuzes over de wijze van uitvoering worden genomen.

Voorbeeld

Een inhoudelijke doelstelling kan zijn om erop te sturen dat in het sociaal domein integraal gewerkt wordt, met vooral ook een goede aansluiting op bestaande voorzieningen in een wijk of kern. Dat vraagt om meer gebiedsgericht werken. In de gevoerde gesprekken is dit verschillende keren genoemd. De gedachte is dat de verleende hulp en ondersteuning met goede aansluiting op wat er lokaal al aanwezig is effectiever en mogelijk ook doelmatiger wordt. Uiteraard verschilt het per zorgvorm of dit een wenselijk doel is. Voor ambulante Wmo-ondersteuning spelen gebiedsgerichte netwerken bijvoorbeeld een grotere rol dan bij beschermd wonen of andere specialistische zorgvormen. Sterker nog: voor beschermd wonen en jeugdzorg met verblijf is volledige gebiedsgerichte niet mogelijk. Hiervoor geldt (of gaat gelden) immers een woonplaatsbeginsel, waardoor een deel van de Arnhemse cliënten buiten de gemeente zorg krijgt, en andersom ook cliënten uit andere gemeenten (waar andere gemeenten ook voor betalen) in Arnhem zorg krijgt. Een deel van beschermd thuis kan mogelijk wel gebiedsgericht worden vormgegeven. Mogelijk worden voor verschillende segmenten dus verschillende keuzes gemaakt.

Stap 2: Wat betekent dat voor de hoofdkeuzes?

Als de maatschappelijke opgaven duidelijk zijn verwoord in richtinggevende besluiten, dient te worden gekeken *hoe* de doelen bereikt kunnen worden. De vraag is welke veranderingen nodig zijn en welke prikkels in de contracten kunnen werken om dit te bewerkstelligen. Daarbij gaat het onder

meer om keuzes in de grondslagen voor bekostiging, contractvormen en het gewenste type relatie met aanbieders. Dit zijn inrichtingskeuzes die grote invloed hebben op het functioneren van het betreffende domein.

Voorbeeld

Als we weer het voorbeeld nemen van meer gebiedsgericht werken, dan is het wenselijk dat aanbieders in de desbetreffende gebieden netwerken vormen samen met de daar al bestaande voorzieningen. De effectiviteit van een netwerk hangt samen met het aantal spelers (genoeg om dekkend te zijn, niet te veel om coördinatieproblemen te veroorzaken) én hun commitment aan gezamenlijke doelstellingen. De vraag is of alle aanbieders daar onderdeel van uit kunnen en willen maken. Dat hangt van veel aspecten af. Voor aanbieders met enkele cliënten verspreid over de stad is de investering in meerdere gebiedsgerichte netwerken wellicht te groot, terwijl een lokale kleine aanbieder hier juist sterk in kan zijn. Daarnaast moet specialistische zorg, veelal gerealiseerd door grotere aanbieders, geborgd zijn. In dit voorbeeld is het derhalve nuttig om onderscheid te maken tussen systeemaanbieders voor de stad, belangrijke lokale aanbieders en aanbieders die minder gecommitteerd zijn. De eerste twee groepen maken deel uit van het gebiedsgerichte netwerk, de laatste niet. De vraag is hoe dit verwerkt kan worden in de contractvorming. Dit kan door differentiatie in het contract aan te brengen, maar ook door dit in een aparte opdracht vast te leggen. In deze laatste variant kan de ene opdracht op basis van outputgerichte financiering plaats vinden en daarnaast een afzonderlijke opdracht zijn voor het tot stand brengen van een gebiedsgericht netwerk op basis van taakgerichte financiering. Het uitwerken van mogelijke opties voor contractering vraagt om een onbevooroordeeld en zorgvuldig proces.

Stap 3: Zoek balans in het stelsel

Bij de uiteindelijke weging van de opties voor contractering is het belangrijk om een goede balans na te streven. Dit onderzoek laat zien dat positieve gewenste effecten van marktwerking, of breder geformuleerd contractvorming, onvermijdelijk gepaard gaan met negatieve ongewenste effecten. Het is zaak om die in het keuzeproses onder ogen te zien en te wegen. Soms moeten ongewenste effecten op de koop toe worden genomen, waar mogelijk worden echter maatregelen gezocht die de negatieve effecten kunnen wegnemen of verzachten. Dat is het zoeken van de goede balans. Een roze bril opzetten en ervan uitgaan dat er geen risico's zijn op negatieve effecten is het inbouwen van toekomstige teleurstellingen.

Voorbeeld

Om het concreet te maken, nemen we de gebiedsgerichte aanpak weer bij de hand. De keuze om te gaan werken met systeemaanbieders, brengt ook risico's met zich mee. De verwachting is dat systeemaanbieders grotere en al langer bestaande aanbieders zijn. Het risico is dat daarmee innovatieve nieuwe aanbieders weinig kans maken en de facto zelfs worden uitgesloten. Daarmee wordt vernieuwing van het aanbod gesmoord. Dit is niet alleen maar theorie; de gevoerde gesprekken in Arnhem bevestigen dat in de afgelopen jaren de nodige vernieuwing vanuit nieuwe aanbieders is gekomen. Voor sommige zorgvormen kan lokaal nieuw aanbod ontstaan en zich door deelname aan een enkel gebiedsgericht netwerk ontwikkelen, maar dit zal niet voor alle zorgvormen mogelijk zijn. Met name specialistische zorgvormen hebben vaak een grotere schaal nodig. Het is daarom de moeite waard om te onderzoeken of er aanvullende prikkels in de contractvorming mogelijk zijn om innovatie te stimuleren. Dit kan met innovatie-

afspraken in de contracten voor levering van diensten, maar ook in een aparte financiering van vernieuwing.

Een specifiek aandachtspunt in het vinden van een goede balans is de verhouding tussen de contractering op regionaal niveau en de benutting op lokaal niveau. Er kan een spanning zitten tussen het benutten van schaalvoordelen op regionaal niveau en de wens tot maatwerk op lokaal of wijkniveau. Ook hiervoor zijn verschillende mogelijkheden, waaronder differentiatie tussen segmenten. Dit gesprek moet echter niet alleen in de gemeente gevoerd worden, maar ook regionaal. Verschillende gemeenten zullen hier verschillende afwegingen in maken, en dat vraagt soms een compromis. Voor een compleet en gebalanceerd zorglandschap moet echter wel op regionaal niveau samengewerkt worden en hebben gemeenten elkaar dus nodig.

Stap 4: Borg dit in de uitvoering

Hoewel het helder kiezen *wat* je wilt bereiken en *hoe* je dit vorm gaat geven een belangrijke stap is, komt daar zonder een gedegen uitvoering weinig van terecht. Dit betreft het zorgvuldig inrichten van het proces van contractering en vervolgens het naleven van de contracten en ook buiten de juridische contractvoorwaarden sturen op de gewenste uitkomsten.

Bij de naleving van contracten kan er spanning opreden tussen de opdrachtgeversrol en de toezichtfunctie. Bij de Wmo zijn, in tegenstelling tot de jeugdzorg, de opdrachtgeversrol en het inhoudelijke toezicht op kwaliteit van zorg de verantwoordelijkheid van gemeenten. Dit kan spanningen opleveren. In de regio, waar Arnhem onderdeel van uitmaakt, is dit opgelost door het toezicht van kwaliteit te beleggen bij de GGD. De afstemming van verantwoordelijkheden blijft daarbij een punt van aandacht.

Ook de consequenties van specifieke beleidskeuzes vragen zorgvuldigheid in de uitvoering. Een abstracte beleidskeuze is niet zomaar in de praktijk gebracht, en vraagt over het algemeen tijd om doorleefd te worden en te implementeren. Als daarbij gekozen wordt voor een andere bekostigingssystematiek vraagt dit de nodige voorbereidingstijd. Alle betrokken partijen moeten zich daar immers op instellen, zowel in termen van de bedrijfsvoering als de wijze waarop de onderlinge relaties worden vormgegeven.

Voorbeeld

Opnieuw het gebiedsgerichte werken als voorbeeld. Het tot stand brengen van gebiedsgerichte netwerken in de gemeente Arnhem kan niet top-down gebeuren. Kennis en commitment van de belangrijkste spelers in de uitvoering is onmisbaar. Dit vraagt naast de reguliere marktconsultaties om een dialoog met betrokkenen. De uitkomsten van de dialoog moeten uiteraard hun beslag krijgen in zakelijke contractuele afspraken, maar de invulling daarvan moet wel recht doen aan de wijze waarop de dialoog is gevoerd. Dit vraagt om een zekere mate van vertrouwen, waarin ruimte is voor geven en nemen.

/ Bijlage: Gesprekspartners

Naam	Functie	Organisatie
Arjan van Peer	Bestuursadviseur Doelgroepenvervoer en Begeleiding	Gemeente Arnhem
Arjan Verstegen	Business Controller	Gemeente Arnhem
Barbara Willaert	Bestuursadviseur Beschermd Wonen	Gemeente Arnhem
Ellen Krabbenborg	Programmamanager Sociaal Domein	Gemeente Arnhem
Gerard Fidder	Strategisch Bestuursadviseur	Gemeente Arnhem
Ien Kiggen	Senior Bestuursadviseur Jeugdhulp	Gemeente Arnhem
Marjolein Foppen	Senior Bestuursadviseur Sociaal Domein	Gemeente Arnhem
Robert Fennema	Regiomanager	Leger des Heils
Janny Kuijpers	Manager Inkoop Sociaal Domein	MGR Centraal Gelderland
David Rinsampessy	Directeur	Next Arnhem
Jip Wassink	Directeur	Next Arnhem
Hillegonde van den Berg	Voorzitter RvB	RIBW
Mark Baets	Regiomanager	RIBW
Michiel van de Kerkhof	Eigenaar	Santhof Coaching
Han van Burken	Teamleider	Sociale Wijkteams Arnhem