

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

MR. DRS. TIM H.G. ROBBE\*

## SAMENVATTING

*Enkele gemeenten rondom Zwolle waagden het in 2009 de hulp bij het huishouden niet Europees aan te besteden. Dalfsen, Ommen, Raalte, Staphorst en Zwartewaterland (DORSZ-gemeenten) voerden als eersten een procedure uit die zou komen te heten "bestuurlijk aanbesteden". De media pikten het op. Andere gemeenten volgden al snel. Boskoop kwam daarbij uitgebreid in het nieuws. En na gemeenten als IJsselstein, Nieuwegein, Krimpen aan den IJssel en Valkenswaard bereiden ook grotere gemeenten en regio's bestuurlijke aanbestedingen voor. Amsterdam zit er bijvoorbeeld middenin. Enkele gemeenten pasten bestuurlijk aanbesteden zelfs al toe buiten hulp bij het huishouden. Bijvoorbeeld bij het inkopen van re-integratiedienstverlening of inburgeringsdiensten. Maar waar komt "bestuurlijk aanbesteden" eigenlijk vandaan? Mag je het als gemeente wel toepassen? Wat is het precies? En waar gaat het heen met deze nieuwe procedure? Wie kan deze vragen beter beantwoorden dan de bedenker van het model; de schrijver van dit artikel.*



\* Mr drs. Tim H.G. Robbe is Europees jurist, bestuurskundige en als buitenpromovendus verbonden aan de Universiteit van Twente. Hij is de oprichter van Robbe Adviesbureau/Robbe & Partners. Overheden, bedrijven en instellingen maken gebruik van zijn advies bij het uitvoeren van of inschrijven op aanbestedingen en subsidiemaatregelen, het opstellen van contracten en het inrichten van effectieve samenwerkingsrelaties.

## INHOUD

<b>INLEIDING</b> .....	1
<b>I. VERWONDERING</b> .....	1
<b>II. NETWERKTHEORIE</b> .....	3
<b>III. TRANSACTIEKOSTENTHEORIE</b> .....	4
<b>IV. EUROPEES JURIDISCHE ONTWIKKELINGEN</b> .....	5
<b>V. UITGANGSPUNTEN</b> .....	7
<b>VI. DE STAPPEN IN HET PROCES</b> .....	9
A. <i>Stap nul: presentatie</i> .....	9
B. <i>Stap één: voorbereiding</i> .....	9
C. <i>Stap twee: legitimering</i> .....	10
D. <i>Stap drie: eerste besluitvorming</i> .....	10
E. <i>Stap vier: plenair overleg</i> .....	10
F. <i>Stap vijf: voorbereiding prijsonderhandelingen</i> .....	11
G. <i>Stap zes: tweede besluitvorming</i> .....	12
H. <i>Stap zeven: prijsonderhandelingen</i> .....	12
I. <i>Stap acht: afronding</i> .....	13
<b>VII. DE TOEKOMST</b> .....	14

## INLEIDING

Enkele gemeenten rondom Zwolle waagden het in 2009 de hulp bij het huishouden niet Europees aan te besteden. Dalfsen, Ommen, Raalte, Staphorst en Zwartewaterland (DORSZ-gemeenten) voerden als eersten een procedure uit die zou komen te heten “bestuurlijk aanbesteden”. De media pikten het op.<sup>1</sup> Andere gemeenten volgden al snel. Boskoop kwam daarbij uitgebreid in het nieuws.<sup>2</sup> En na gemeenten als IJsselstein, Nieuwegein, Krimpen aan den IJssel en Valkenswaard bereiden ook grotere gemeenten en regio’s bestuurlijke aanbestedingen voor. Amsterdam zit er bijvoorbeeld middenin.<sup>3</sup> Enkele gemeenten pasten bestuurlijk aanbesteden zelfs al toe buiten hulp bij het huishouden. Bijvoorbeeld bij het inkopen van re-integratiedienstverlening of inburgeringsdiensten. Maar waar komt “bestuurlijk aanbesteden” eigenlijk vandaan? Mag je het als gemeente wel toepassen? Wat is het precies? En waar gaat het heen met deze nieuwe procedure? Wie kan deze vragen beter beantwoorden dan de bedenker van het model; de schrijver van dit artikel.

### I. VERWONDERING

Als adviseur met een Europees juridisch achtergrond houd ik mijzelf al vanaf het begin van de Wmo bezig met Europese aanbestedingen van hulp bij het huishouden. Ik mocht inmiddels al zo’n honderd gemeenten bij dit soort procedures adviseren. In 2006 leek de wereld nog makkelijk. Het maakte weinig uit of gemeenten hulp bij het huishouden schoonmaak noemden of zorg. Onder juristen heerste bijna algehele consensus dat gemeenten bij het inkopen van deze diensten Europese aanbestedingswetgeving, dan wel Europese aanbestedingsbeginselen moesten naleven. En beginselen leef je het beste na door wetgeving na te leven die per definitie aan die beginselen voldoet. Zo was het cirkeltje rond. Zonder uitzondering voerden gemeenten in de eerste aanbestedingsrondes van 2006/2007 daarom klassieke Europese aanbestedingsprocedures uit. Ruim 20% daarvan eindigde in een rechtszaak.<sup>4</sup> Gemeenten en zorgaanbieders sloten bovendien contracten die niet goed doordacht bleken. En dat leverde problemen op in de uitvoering.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld <http://www.destentor.nl/regio/salland/5821750/Raalte-omzeilt-Europese-aanbesteding.ece>, <http://www.skipr.nl/actueel/id2685-gemeenten-vermijden-europese-aanbesteding-wmo.html> en <http://www.binnenlandsbestuur.nl/vakgebieden/sociaal/kwalitatieve-zorg-zonder-europese-aanbesteding.137747.lynx>.

<sup>2</sup> Zie bijvoorbeeld <http://www.zorgwelzijn.nl/web/Actueel/Nieuws/Boskoop-kiest-met-bestuurlijke-aanbesteding-Wmo-voor-kwaliteit.htm> en <http://www.actiz.nl/cms/showpage.aspx?id=4554>, <http://www.zorgwelzijn.nl/web/Actueel/Nieuws/Het-Boskoop-model-lijkt-succesvol.htm>,

<sup>3</sup> Zie <http://www.zorgvisie.nl/Ondernemen/Amsterdam-stopt-met-aanbesteden-Wmo.htm>.

<sup>4</sup> SGBO (2006), Benchmark WMO.

<sup>5</sup> Zie bijvoorbeeld Zorgvisie, mei 2009. Zorgvisie bericht over een financiële schikking van € 350.000,00 tussen de gemeente Leiden en zorgaanbieder Activite om een einde te maken aan een langlopend juridisch geschil over de verhouding van de indicaties tussen hulp bij het huishouden 1 en 2. Daarnaast gingen aanbieders failliet, zoals MeaVita in maart 2009.

De meeste gemeenten besloten om na twee jaar de contracten voor hulp bij het huishouden opnieuw aan te besteden. Bijna alle contracten kenden namelijk een looptijd van twee jaar, met een optie tot verlenging van tweemaal één jaar. Het gebruik maken van die opties leek niet rendabel.

Veel gemeenten stapten in de tweede ronde van aanbestedingen in 2008/2009 over van een klassieke aanbesteding op het "Zeeuwse model".<sup>6</sup> In dat model stelt een gemeente eisen en een tarief vast. Elke zorgaanbieder die akkoord gaat met deze eisen en dit tarief mag deelnemen aan het contract. Gemeenten die dit model uitvoerden, wisten nu bijna zeker dat de (grote) lokale aanbieders zouden deelnemen. Aanbieders van buiten de regio, die eveneens akkoord gingen met eisen en tarief, zorgden voor concurrentie op kwaliteit. Zij konden de lokalen scherp houden. In het "Zeeuwse model" kiezen cliënten namelijk hun zorgaanbieder en mogen zij ook wisselen. Hun keuzevrijheid zorgde ervoor dat gemeenten geen moeilijke gunningsbesluiten meer hoefden te nemen. Elke cliënt zou kiezen voor een aanbieder. En die keuze betekende de gunning van de individuele opdracht voor die cliënt.



Figuur 1: Klassieke procedure en "Zeeuwse model"

Ik begeleidde vaak Europese aanbestedingen naar het "Zeeuwse model". Eigenlijk stond in al die procedures dus wel vast welke partijen in ieder geval moesten deelnemen aan het uiteindelijke contract. Dat verwonderde mij destijds. De aanbestedingsregels ontkennen namelijk dat op enigerlei wijze een voorkeur kan en mag bestaan voor aanbieders. De regels stellen dat "een" partij die het beste bod doet in "een" aanbesteding ook "de" overeenkomst moet krijgen gegund. Niettemin, in informele overleggrondes, te vergelijken met marktconsultaties, kauwden gemeenten en deze, vooral lokaal al actieve partijen bestekken al flink voor. De tariefstelling vormde het enige punt waarover gemeenten altijd nog echt moesten nadenken.

<sup>6</sup> SGB0 (2008), Benchmark WMO.

Gemeenten zochten altijd een tariefstelling waarin zowel de lokaal grote zorgaanbieders als de gemeenten zich konden vinden. Dat bleek moeilijk. De hoogte van die tariefstelling koppelden zij namelijk aan eigen maatstaven voor “redelijk”. Zorgaanbieders moesten maar efficiënter werken, in de overhead snijden, personeel anders verlonen, *et cetera*. Zorgaanbieders vonden juist dat gemeenten efficiënter moesten werken, in overhead moesten snijden en niet zo veel taken moesten uitvoeren die zij ook uitvoerden. Denk bij dat laatste aan de werkzaamheden van een gemeentelijke indicatiesteller en die van een verzorger die een intake doet.

## II. NETWERKTHEORIE

Ik besloot in de avonduren, versneld en in deeltijd, bestuurskunde te gaan studeren om te begrijpen wat ik steeds zag gebeuren. Met name de “netwerktheorie” zorgde voor nieuwe inzichten en verklaringen. Deze theorie stelt onder andere dat besluitvorming inzake beleid plaatsvindt in netwerken van wederzijds afhankelijke partijen.<sup>7</sup> Inkoop en aanbesteden maken onderdeel uit van de beleidscyclus. Besluitvorming in inkoop en aanbesteden vindt dus ook plaats in netwerken.

Eureka! Wat bleek na een analyse van het beleid rondom de Wmo? De gemeenten bezitten verschillende machtsmiddelen zoals geld, legitimiteit op basis van politieke besluitvorming, wettelijke bevoegdheden, *et cetera*. Maar ook zorgaanbieders beschikken over middelen, zeker de grote lokalen. Zij beschikken over grote groepen cliënten en personeel uit de gemeente, wat zich laat vertalen naar politiek invloed, deskundigheid, een plek in de lokale infrastructuur voor zorg en welzijn, *et cetera*. En gemeenten en zorgaanbieders moeten elkaars middelen gebruiken om de doelstellingen die zij beogen te behalen. De gemeenten om hun Wmo beleid succesvol uit te voeren. De zorgaanbieders om te kunnen ondernemen. Wederzijdse afhankelijkheid dus.

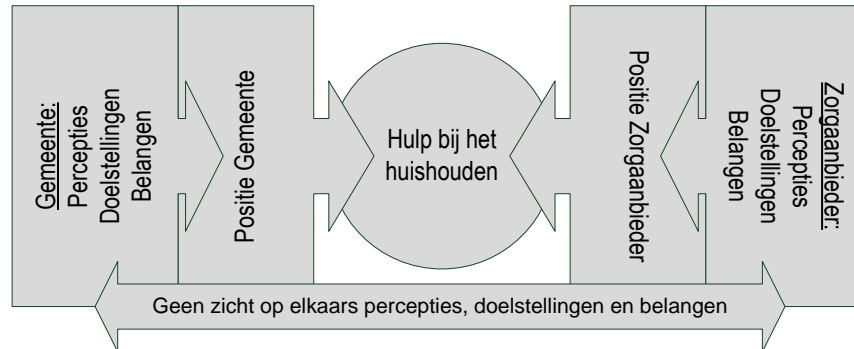
Gemeenten en zorgaanbieders voerden wellicht juist vanwege de wederzijdse afhankelijkheden “marktconsultaties”. Bij deelname en inbreng keken de partijen echter steeds naar hun eigen belang. Zowel gemeenten als zorgaanbieders “kleurden” informatie om de ander te bewegen zijn middelen in te zetten zoals gewenst. De partijen bespraken ook nooit elkaars percepties, alleen elkaars standpunten.<sup>8</sup> Dat viel mij op. Toen ik voor een onderzoek gemeenten en zorgaanbieders interviewde, schetsten respondenten partijen die elkaar op zijn minst gezond wantrouwen, maar vaker elkaar gewoon niet (willen) begrijpen. Waarbij partijen voortdurend naar elkaar wijzen voor de problemen die ontstaan

---

<sup>7</sup> Zie onder andere Koppenjan, J. en E.H. Klijn (2004), *Managing Uncertainties in Networks*, Routledge, London and New York en Klijn, E.H. (2007), *Managing complexity: Achieving the impossible?* In: *Critical Policy analysis*, vol.1, no.3, pp. 252-277.

<sup>8</sup> Een klassieke fout in onderhandelingen. Zie onder andere Fisher R., Ury, W.L. & Patton B. (1991), *Getting to YES: Negotiating Agreement Without Giving In*, Penguin Group. Zie ook bijvoorbeeld Rahwan, I., Sonenberg, L. & Dignum, F. (2003), *Towards interest-based negotiation*, Proceeding AAMAS '03 Proceedings of the second international joint conference on Autonomous agents and multiagent systems.

rondom de Wmo. De zorgaanbieder vindt dat de gemeente alles zelf bedenkt, maar zonder verstand van zaken. De gemeente vindt dat de zorgaanbieder alleen maar productie wil draaien en daarom niet efficiënt genoeg wil werken.



Figuur 2: Aanbesteding en "marktconsultaties" op standpunten

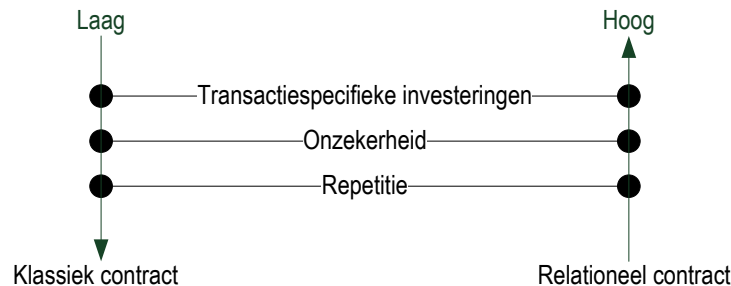
*De netwerktheorie leerde mij dat gemeenten en zorgaanbieders niet alleen de inhoud, maar ook elkaars doelstellingen, percepties en belangen bespreekbaar moeten maken. Alleen op die manier kunnen zij inhoudelijke, strategische en institutionele complexiteit die gepaard gaat met de Wmo het hoofd bieden.*

### III. TRANSACTIEKOSTENTHEORIE

De klassieke aanbestedingsprocedure, maar ook het "Zeeuwse model" boden vervolgens geen ruimte in de aanbestedingsprocedure zelf om met elkaar te onderhandelen en te overleggen. Ik vond het dan ook niet langer vreemd dat de contracten niet tot gewenste resultaten leidden. Immers het contract, vaak al als dichtgetimmerd concept meegezonden met een bestek, vormt de afsluiting van elke aanbestedingsprocedure. Maar ook het begin van de uitvoering. En daar mag men als opdrachtgever en opdrachtnemer weer wel met elkaar communiceren. In de uitvoering openbaarden zich dan ook problemen met het contract. Omdat partijen zaken niet konden bespreken in de aanbestedingsprocedure ("als je niet tekent voor het programma van eisen, lig je eruit") gebeurde dat in de uitvoering. Gemeenten beriepen zich dan op het feit dat "zorgaanbieders toch hadden getekend". Zorgaanbieders riepen dat de specificaties niet klopten, het volume te veel afweek of dat omstandigheden sneller wijzigden dan voorzien. Zij meenden dat het contract niet meer voldeed en wijzigingen dus nodig waren.

De contracten bleken vanuit de "transactiekostentheorie" in het geheel niet aan te sluiten op de omgeving. Gemeenten en zorgaanbieders deden ten eerste specifieke investeringen voor hun contracten. Dat bleek wel uit de wederzijdse afhankelijkheden. Gemeenten en zorgaanbieders brengen middelen in, heel specifiek voor het betreffende contract. De contracten gingen vervolgens gepaard met onzekerheid in de uitvoering door volumestijgingen, wetswijzigingen, *et cetera*. Tot slot gingen de contracten altijd over repeterende uitvoering van dienstverlening aan cliënten. De zorgaanbieders komen immers niet één keer bij maar één cliënt langs.

In omgevingen met hoge specifieke investeringen, hoge onzekerheid en veel repetitie spreekt de transactiekostentheorie over “relationele contracten” als beste contractvorm.<sup>9</sup> Relationele contracten richten zich, zoals de naam al zegt, op relaties tussen de contractspartijen.<sup>10</sup> Zij bevatten daarom bepalingen op basis waarvan deelnemende partijen wijzigingen kunnen aanbrengen in het contract.<sup>11</sup> De klassieke contracten die gemeenten gebruikten, richtten zich alleen op de te leveren prestatie en in het geheel niet op de relatie. Deze contractvorm noemt de theorie alleen efficiënt bij omgevingen met lage investeringen, weinig onzekerheden en geen repetitie.<sup>12</sup> Bijvoorbeeld bij de éénmalige aanschaf van kantoorartikelen.



Figuur 3: Omgeving en contract

*De transactiekostentheorie leerde mij dat gemeenten en zorgaanbieders veel meer gebruik moeten maken van relationele contracten. Gemeenten kunnen dan werkelijk efficiënt de Wmo uitvoeren. En zorgaanbieders kunnen daarin werkelijk gaan ondernemen.*

#### IV. EUROPEES JURIDISCHE ONTWIKKELINGEN

Ik vond het tijd om nogmaals de Europese wet- en regelgeving en jurisprudentie in te duiken. Ik wilde weten of gemeenten in 2009 inmiddels zowel de aanbestedingsprocedure als het contract mochten laten aansluiten op de wetenschappelijke theorie op het gebied van netwerken en transactiekosten. Het antwoord verraste mij: ja, dat was het geval!

Het Hof van Justitie van de Europese Unie (HvJEU) wees in 2007 het arrest “AnPost” en in 2008 “SECAP”.<sup>13</sup> Hierna volgden nog tal van arresten van gelijke

<sup>9</sup> Zie bijvoorbeeld Williamson, O.E. (1996), Transaction-Cost Economics: the Governance of Contractual Relations. In: P.J. Buckley and J. Michie (eds), *Firms, Organizations and Contracts*, Oxford UP, pp. 168-185; 190-192. Verder: Williamson.

<sup>10</sup> Zie bijvoorbeeld MacNeil, I.R. (1978), Contracts: Adjustment of Long-Term Economic Relations under Classical, Neoclassical, and Relational Contract Law. In: *N.W. University Law Review*, Vol 72, nr. 6., p. 854.

<sup>11</sup> Ibid, p. 886 e.v.

<sup>12</sup> Zie Williamson.

<sup>13</sup> HvJ EG van 13 november 2007, zaak C-507/03, *AnPost* en HvJ EG van 15 mei 2008, zaak C 147/06 en C 147/08, *SECAP*.

strekking.<sup>14</sup> Het Hof geeft steeds duidelijk aan dat de Europese aanbestedingswetgeving de verplichting tot een klassieke aanbesteding voor zogenaamde “bijlage 2B diensten” expliciet uitsluit.<sup>15</sup> Gemeenten hoeven daarnaast de aanbestedingsbeginselen alleen na te leven als een specifieke opdracht voor “bijlage 2B diensten” gepaard gaat met een “duidelijk grensoverschrijdend belang”.<sup>16</sup> Ondernemers uit andere lidstaten van de Europese Unie moeten dan die specifieke opdracht van de betreffende gemeente daadwerkelijk willen en kunnen uitvoeren.

Ik zette tot 2009 aanbestedingen voor hulp bij het huishouden nog in de markt als “schoonmaakdienstverlening met welzijnscomponenten”. Dat maakte de dienst ogenschijnlijk een “bijlage 2A dienst”. Voor “bijlage 2A diensten” geldt dat gemeenten deze per definitie Europees moeten aanbesteden via een klassieke procedure, als de opdracht een bepaalde drempelwaarde overschrijdt.<sup>17</sup> Gezien de waarde van de contracten voor hulp bij het huishouden, overschreden de contracten deze drempel altijd. In alle gevallen adviseerde ik dan ook klassieke aanbestedingsprocedures, die stevast eindigden in klassieke contracten.

Wel viel mij steeds wat op. Inmiddels adviseerde ik al in heel wat procedures. In geen enkele aanbestedingprocedure voor hulp bij het huishouden die ik begeleidde sinds 2006 meldde zich echter een ondernemer uit een andere lidstaat van de Europese Unie. Ook niet uit België of Duitsland. Dit gebeurde noch in het midden van het land, noch in bijvoorbeeld Zeeuws Vlaanderen of Limburg.<sup>18</sup>

Ook analyseerde ik de dienst “hulp bij het huishouden” nog eens. Daarvoor gebruikte ik de codes op bijlage 2 van de aanbestedingswetgeving, waarop dus de “A” en “B” diensten staan.<sup>19</sup> Ik zag toen iets vreemds. “Schoonmaak” kwam namelijk helemaal niet voor als “bijlage 2A dienst”! De betreffende categorie 14 heet “reiniging van gebouwen en vastgoedbeheer”. En zij bevat codes voor “reinigen van accommodaties”, “reinigen van schoolgebouwen” en “straalreiniging

<sup>14</sup> Zie onder andere HvJEU van 17 maart 2011, zaak C-95/10, Strong Seguranca, HvJEU van 18 november 2010, zaak C-226/09, Commissie/Ierland, HvJEU van 29 april 2010, zaak C-160/08, Commissie/Duitsland, HvJEG van 23 december 2009, zaak C-376/08, Serrantoni en Consorzio stabile edili, HvJEG van 17 juli 2008, zaak C-347/06, ASM Brescia, HvJ EG van 21 februari 2008, zaak C-412/04, Commissie/Italië en HvJEG van 31 januari 2008, zaak C-380/05, Centro Europa 7.

<sup>15</sup> HvJ EG van 21 februari 2008, zaak C-412/04, Commissie/Italië, r.o. 65 en 66.

<sup>16</sup> Zie arresten genoemd in noten 12 en 13.

<sup>17</sup> Momenteel € 193.000,00 exclusief BTW.

<sup>18</sup> Op 24 juni 2011 gepubliceerd onderzoek van de Europese Commissie met de titel “Evaluation Report: Impact and Effectiveness of EU Public Procurement Legislation” bevestigt dit. De grensoverschrijdende opdrachtverlening door alle overheden van de Europese Unie in alle 27 lidstaten op het gebied van zorg en maatschappelijke dienstverlening blijkt niet meer dan 0.1%. Van alle Nederlandse Europese aanbestedingen in alle sectoren gaat slechts 1.8% naar een onderneming in een andere lidstaat. Uit verschillende onderzoeken van de NMa blijkt voorts dat de markt voor zorg en maatschappelijke ondersteuning (waaronder dus hulp bij het huishouden) lokaal, regionaal en in uitzonderlijke gevallen nationaal is. Maar zeker niet grensoverschrijdend.

<sup>19</sup> Het Hof schrijft deze wijze van indelen van diensten in aanbestedingsrechtelijke categorieën ook voor. Zie HvJ EG van 24 september 1998, zaak C-76/97, Tögel en HvJ EG van 14 maart 2002, zaak C-411/00, Felix Swoboda.



van buisvormige objecten”.<sup>20</sup> Op bijlage 2 bij de “B” diensten vond ik echter codes voor “thuishulpdiensten”, “huishoudelijke hulpen” en “welzijnsdiensten voor ouderen en gehandicapten”.<sup>21</sup> Ik zag dat gemeenten (en anderen) de dienst “hulp bij het huishouden” wellicht schoonmaak noemen en schoonmaakbedrijven deze dienst zelfs via dochterondernemingen en joint ventures aanbieden. Maar aanbestedingsrechtelijk gezien maakt dit de dienstverlening nog geen “reiniging van gebouwen en vastgoedbeheer”, een “bijlage 2A dienst”. De diensten die gemeenten inkochten betroffen echt “zorg en maatschappelijke dienstverlening”, een “bijlage 2B dienst”.

*Gemeenten bleken dus een “bijlage 2B dienst” zonder een “duidelijk grensoverschrijdend belang” in te kopen. Dit maakte het juridisch mogelijk manieren te bedenken om aanbestedingsprocedures en contracten voor “hulp bij het huishouden” aan te laten sluiten op wetenschappelijke theorie inzake netwerken en transactiekosten.*

## V. UITGANGSPUNTEN

De DORSZ gemeenten vroegen mij in 2009 om een offerte voor de advisering in en begeleiding van de aanbesteding voor hulp bij het huishouden. Ik maakte toen net bekend via Zorgvisie dat mijns inziens gemeenten juridisch gezien niet een klassieke aanbesteding (“Europees”) hoefden te doorlopen.<sup>22</sup> Ik legde mijn analyse aan de DORSZ gemeenten voor. Daarna offereerde ik naast het begeleiden van een klassieke aanbesteding, het begeleiden van een geheel nieuw proces met een nieuwe contractvorm waarvoor ik toen nog niet eens een naam wist. Wel wist ik dat in dat proces:

- de gemeenten tegemoet moesten komen aan gerechtvaardigde(!) belangen van zorgaanbieders. Maar dat zij daarvoor van zorgaanbieders ook hetzelfde mochten verwachten.
- de gemeenten niet meer in een bestek op basis van eigen percepties, doelstellingen en belangen eisen en tarieven moesten stellen. Maar in een onderhandelingsdocument percepties, doelstellingen en belangen met zorgaanbieders moesten bespreken om tot eisen en tarieven te komen.
- zorgaanbieders, als deskundigen, niet langer passief mochten afwachten, maar actief kennis moesten gaan delen met gemeenten om het

---

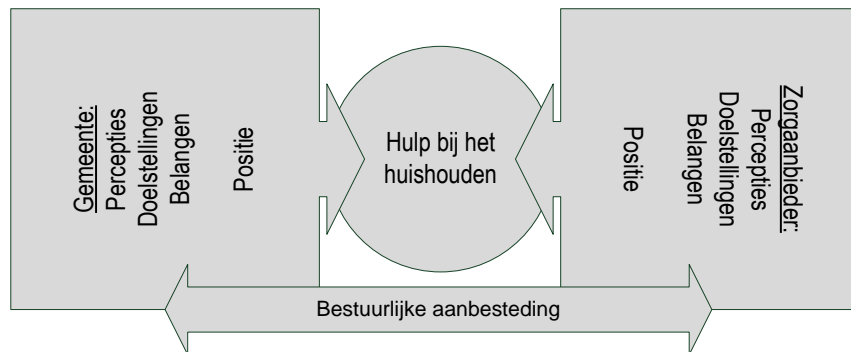
<sup>20</sup> Om precies te zijn gaat het om CPC codes 87401 – 87409. Daaronder vallen Reiniging van gebouwen, Wassen van ramen, Straalreiniging van buisvormige objecten, Reinigingsdiensten van tanks en reservoirs, Reiniging van tanks, Reiniging van reservoir, Reinigingsdiensten van parkeerplaatsen, Diensten voor reiniging van ovens en schoorsteenvegen, Reinigingsdiensten van kantoren, scholen en kantoorapparatuur, Schoonmaken van kantoren, Schoonmaken van scholen, Desinfectering en ongediertebestrijding, Ongediertebestrijding, Diensten voor het uitroeien van ratten en Fumigatiediensten.

<sup>21</sup> Om ook hier precies te zijn gaat het om CPC 87204 Thuishulpdiensten, CPC 87204 Huishoudelijke diensten, CPC 93311 Welzijnzorg voor bejaarden, CPC 93311 Welzijnzorg voor gehandicapten en CPC 93322 Diensten voor begeleiding en adviesverlening.

<sup>22</sup> Zie <http://www.zorgvisie.nl/Nieuws/Artikel/Huishoudelijke-hulp-hoeft-niet-aanbesteed.htm>.

onderhandelingsdocument om te vormen tot een voor alle partijen werkbaar contract.

- de Wmo raden, als belangrijke bron voor legitimiteit, een rol moesten spelen bij het aanscherpen en toetsen van percepties van zowel gemeenten als zorgaanbieders. En dus inhoudelijk een stem moesten krijgen bij het schrijven van een contract.
- de gemeenten rekening moesten houden met het feit dat zorgaanbieders, net als cliënten, geen homogene groep van organisaties vormen, maar heteroog. En dus ook eigen en onderling tegengestelde belangen kennen (commercieel versus traditioneel, groot versus klein, *et cetera*).
- het uiteindelijke contract een enorme flexibiliteit moest kennen, gericht op relaties, om zo te kunnen voldoen aan de onzekerheden die gepaard gaan met de uitvoering van de Wmo.
- politieke besluitvorming, financiën en wetgeving de belangrijkste kaders vormden voor het proces, het onderhandelingsdocument en het uiteindelijke contract.



Figuur 4: Bestuurlijke aanbesteding

Samen met de gemeenten werkte ik de stappen uit die wij zouden gaan ondernemen. Ik moest in een eerste memo voor de colleges van B&W van deze gemeenten het proces en het contract nog wel een naam geven. Alleen door een naam te geven kon ik voor hen de procedure plaatsen tussen de bestaande “klassieke” aanbestedingsprocedures (openbaar, niet openbaar, *et cetera*). En het contract tussen de bestaande contractvormen (“Zeeuwse model”, “Spijkenisse model”, *et cetera*). Omdat ik mijn bestuurskundestudie net ging afronden, doopte ik het proces: “bestuurlijk aanbesteden”. En de contractvorm waar dit proces toe moest leiden “convenant”, simpelweg omdat het sympathieker klinkt dan “contract”. Zowel de naam van het proces als van het contract kent dus een weinig spannende en creatieve ontstaansgeschiedenis.

*“Bestuurlijk aanbesteden” moest als proces aansluiten op de inzichten uit de netwerktheorie. Het “convenant” als contract waartoe dit proces moest leiden, moest aansluiten op inzichten uit de transactiekostentheorie. Bestuurlijk aanbesteden en het convenant moesten ook op elkaar aansluiten.*

## VI. DE STAPPEN IN HET PROCES

### A. Stap nul: presentatie

Wij presenteerden eerst de procedure aan de bestaande zorgaanbieders. Hiermee wilden wij zien hoe de nieuwe aanpak bij hen landde. Wij bereidden hen daarnaast vast voor op het proces. Daarbij konden wij duidelijk aangeven dat het proces voor zowel gemeenten als voor zorgaanbieders iets nieuws betekende. Hiermee spraken wij onze verwachting uit dat niet alles direct van een leien dakje zou gaan. Samen met de zorgaanbieders wilden wij dus ook een leertraject in. Om er achter te komen wat wel werkte en wat niet.

De zorgaanbieders lieten hun enthousiasme over de plannen blijken.

### B. Stap één: voorbereiding

Vervolgens kwam de gemeentelijke projectgroep een aantal maal bij elkaar. Wij brachten in kaart hoe de huidige situatie eruit zag en naar welke situatie wij toe wilden werken. Daarbij waakte ik ervoor dat wij niet in de valkuil zouden stappen een oplossing te formuleren in plaats van een gewenste situatie. Ik wilde voorkomen dat de gemeenten zouden beschrijven wat nu slecht ging en hoe zij dat wilden oplossen. De onbeantwoorde vraag zou dan blijven *waarom* de gemeenten überhaupt vonden dat “iets” slecht ging en *waarom* zij dat dan gingen aanpakken!

De gewenste situatie bleek echter niet zo spannend. Kort samengevat kwam het erop neer dat de gemeenten een voorziening “hulp bij het huishouden” wilde blijven behouden van een minimaal gelijk kwaliteitsniveau, maar als het even kon efficiënter uitgevoerd. De gemeenten stelden bovendien als voorwaarde aan de gewenste situatie dat zij een structureel betere samenwerking met zorgaanbieders zouden realiseren. Dit om beter om te kunnen gaan met (mogelijke) toekomstige ontwikkelingen in de Wmo en de onzekere omgeving. Tijdens onze voorbereidingen kondigde de toenmalige staatssecretaris bijvoorbeeld al aan dat zorgaanbieders geen alfa-hulpen meer mochten bemiddelen. Een grote wijziging in de huidige situatie waarmee gemeenten en zorgaanbieders ook iets zouden moeten.

De gewenste situatie vertaalden wij naar een onderhandelingsdocument. De gemeenten beschreven daarin hun verwachtingen voor wat betreft de eigen inbreng en voor wat betreft de prestaties van zorgaanbieders. Wij wisten echter niet precies hoe de zorgaanbieders aankeken tegen de inbreng van gemeenten en de te leveren prestaties. Wij wisten zelfs niet eens of zij zich konden vinden in onze beschrijvingen van huidige en gewenste situatie. Deze vragen lieten wij dan ook expliciet terugkomen in het onderhandelingsdocument. Wij maakten alles bespreek- en onderhandelbaar, op wettelijk na te leven eisen na.

Omdat wij in 2009 als eersten deze procedure doorliepen, gebruikten wij nog bestaande aanbestedingsdocumenten als basis. Op deze manier konden zowel

gemeenten als zorgaanbieders hun aandacht vestigen op de nieuwe procedure. De documenten die wij gebruikten, zagen er namelijk voor iedereen bekend uit. Dat leidde de aandacht niet af.

C. Stap twee: legitimering

Toen alle gemeenten het opgestelde onderhandelingsdocument onderschreven, nodigden wij de vijf Wmo raden uit. Wij toetsten bij hen zowel de procedure (“onderhandelen”) als de voor hen relevante onderdelen uit het onderhandelingsdocument. In een presentatie van het document lichtten wij deze voor cliënten van belang zijnde onderdelen toe. De gesprekken tussen gemeenten en hun Wmo raden leidden tot aanpassing van bepaalde eisen en wensen. Daarbij noteerden wij niet alleen de aangepaste eis of wens, maar ook de reden voor aanpassing. Wij noteerden dus *het belang* van een eis of wens, zodat wij deze in het gesprek met zorgaanbieders ook konden communiceren. En bij het verwerpen van de eis een voorstel konden vragen dat tegemoet zou komen aan dat belang.

D. Stap drie: eerste besluitvorming

Na aanpassing van het onderhandelingsdocument op basis van de input van de Wmo raden, zonden wij het toe aan de colleges van B&W voor akkoord. Met het document zonden wij daarnaast mee een lijst van zorgaanbieders die wij direct wilden uitnodigen voor plenaire overleggen. Naast lokale grote en kleine aanbieders, nodigden wij ook enkele aanbieders uit andere (aanpalende) regio's uit. Ook legden wij de colleges nog de tekst van een publicatie voor die de gemeenten zouden verzorgen in lokale en regionale dagbladen.

De colleges gingen akkoord.

E. Stap vier: plenair overleg

Van de vijfentwintig zorgaanbieders die wij uitnodigden, kwamen uiteindelijk drieëntwintig aanbieders opdagen. Twee gaven geen gehoor. Op de publicaties in de dagbladen reageerde niemand.

In de uitnodigingsbrief en het onderhandelingsdocument dat meeding als bijlage stond dat het plenair overleg open stond voor alle zorgaanbieder die in ieder geval *niet* voldeden aan uitsluitingscriteria zoals opgenomen in artikel 45 van het Besluit aanbestedingsregels voor overheidsopdrachten (Bao). Bij aanmelding moesten de zorgaanbieders dan ook een eigen verklaring meezenden dat zij niet voldeden aan deze uitsluitingscriteria. Twee zorgaanbieders die dit verzuimden, boden in de eerste plenaire ronde hun excuses aan en namen de tweede plenaire ronde alsnog de verklaring mee. Wij sloten de zorgaanbieders dus niet uit van deelname!

In de plenaire overleggen liepen wij met de aanwezige zorgaanbieders het onderhandelingsdocument puntsgewijs door. Na enige aarzeling gaven steeds meer zorgaanbieders input op de voorstellen van de gemeenten. Ook zeer nuttige. Zoals de opmerking dat gemeenten niet jaarlijks, maar tweemaaljaarlijks een klanttevredenheidsonderzoek zouden kunnen vragen. Hiermee zouden zij dan

aansluiten op diezelfde onderzoeken in de AWBZ. Wat voor de zorgaanbieders een lastenverlichting zou betekenen. Of dat een andere manier van indiceren een productiebeperking zou kunnen opleveren.

Na de eerste plenaire ronde bleek het groeiende vertrouwen in het proces ertoe te leiden dat in plenaire rondes twee en drie de zorgaanbieders steeds meer informatie met de gemeenten wilden delen. Tussen de plenaire rondes door stuurden zorgaanbieders ook per email op- en aanmerkingen. Gemeenten kregen zo meer inzicht in de percepties, doelstellingen en belangen van zorgaanbieders (en vice versa). Waar eisen en wensen niet direct akkoord bleken, konden gemeenten en zorgaanbieders op deze wijze eindelijk ook hun percepties, doelstellingen en belangen bespreken. Het leidde ertoe dat op onderdelen partijen consensus konden zoeken. Zoals over spoedzorg, zorg voor kinderen, wachtlijsten, *et cetera*. Het bleek mogelijk de gewenste situatie van gemeenten aan te laten sluiten op de gewenste situatie van de zorgaanbieders. Zij hoefden niet overeen te komen; zij moesten wel op elkaar aansluiten.

Tussen de tweede en de derde plenaire sessie legden wij het resultaat van de besprekingen met de zorgaanbieders nog een keer voor aan de Wmo raden. De kleine wijzigingen die zij nog voorstelden, waarbij ook zij redeneerden vanuit een belang en niet langer vanuit een eis zelf, konden wij in de derde plenaire sessie direct afhandelen. Het eisen van een sleutelprotocol bijvoorbeeld bleek alleen noodzakelijk voor alle partijen, de Wmo raden inclusief, als een zorgaanbieder werkelijk sleutels inneemt. Logisch, maar daarvoor nooit eerder besproken.

Na stap vier konden wij het zogenaamde “hoofdconvenant” opstellen. Gemeenten, zorgaanbieders en Wmo raden definieerden de voorziening. De prestaties tussen gemeenten en zorgaanbieders stonden op papier. De rol van de cliënt kreeg via de actieve bijdrage van de Wmo raden inhoud.

Alle gemeenten en alle zorgaanbieders tekenden in het bijzijn van pers en Wmo raden eind 2009 dit hoofdconvenant.

#### F. Stap vijf: voorbereiding prijsonderhandelingen

Wij kwamen als projectgroep weer een aantal keer bij elkaar. De volgende stap bestond uit het afspreken van prijzen met de verschillende zorgaanbieders. Om die discussie met elke zorgaanbieder te kunnen voeren, zochten wij een maatstaf die ook zorgaanbieders begrepen en onderschreven. Wij kozen uiteindelijk voor een kostprijsberekening gebaseerd op de CAO VVT, loonschalen FWG 10 voor hulp bij het huishouden 1 en FWG 15 voor hulp bij het huishouden 2. Daarnaast hielden wij rekening met de verhouding hulp bij het huishouden 1 en 2 binnen elke afzonderlijke gemeente en het feit dat een groot deel van het personeelsbestand van zorgaanbieders vergrijsde. Vervolgens rekenden wij nog percentages toe voor zaken als werkgeverslasten, overhead, productiviteit en marge. Tot slot benchmarkte wij deze percentages.

Op basis van onze berekening kwamen wij tot “standaard” kostprijzen. Wij vonden dat zorgaanbieders voor deze prijzen de afgesproken voorziening zouden moeten kunnen leveren. Deze kostprijzen relateerden wij natuurlijk nog aan de beschikbare budgetten binnen de verschillende gemeenten. Gewapend met deze berekeningen wilden wij naar de volgende stap: individuele prijsonderhandelingen met zorgaanbieders.

G. Stap zes: tweede besluitvorming

Wij legden de kostprijzen voor aan de colleges voor akkoord. Daarbij gaven wij bandbreedtes aan waarbinnen zorgaanbieders moesten blijven met hun tarieven. Ook brachten wij risico's in beeld en hoe daarmee om te gaan. Wat bijvoorbeeld als wij er niet uit zouden komen met de grootste zorgaanbieders?

De colleges gingen akkoord met onze voorstellen. Zolang tarieven binnen bandbreedtes bleven en wij met alle zorgaanbieders eruit kwamen, kregen wij als projectgroep “carte blanche”.

H. Stap zeven: prijsonderhandelingen

De mededingingswet staat op basis van artikel 6 (“kartelverbod”) niet toe dat zorgaanbieders in het bijzijn van andere zorgaanbieders spreken over eigen strategische plannen. Het gaat dan om prijsstelling, maar ook om bijvoorbeeld kostprijzen, productontwikkeling of marktbenaderingen. Dit verbod maakte het dus noodzakelijk dat de gemeenten met elke zorgaanbieder nog eens individueel een prijsonderhandeling voerden. Natuurlijk konden de gemeenten ook, zoals in het “Zeeuwse model” nu gewoon een tarief neerleggen voor alle zorgaanbieders. Maar de gemeenten besloten om tegemoet te komen aan de wens van zorgaanbieders om per aanbieder een prijs af te spreken. De rechtvaardiging hiervoor zat hem in het feit dat elke aanbieder natuurlijk een eigen kostprijs kende.

Wij nodigden dan ook elke aanbieder die het hoofdconvenant tekende nog een keer uit voor een individueel gesprek. In de uitnodiging gaven wij aan dat wij van hen een tarief wilde horen voor hulp bij het huishouden 1 en 2. En dat zij dit tarief moesten kunnen rechtvaardigen op basis van een berekening. Ook zouden wij als gemeenten aangeven of het tarief te hoog (of: te laag!) zat. Waarna de mogelijkheid bestond met elkaar de onderliggende berekening te bespreken.

Zorgaanbieders bleken al snel onder de indruk van de kostprijsberekening die de gemeenten maakten; het was inderdaad een maatstaf die zij moesten onderschrijven. Met éénentwintig van de drieëntwintig zorgaanbieders kwamen wij in één gesprek van één uur tot een goed tarief. Met één partij moesten wij twee gesprekken voeren. En met één partij moesten wij drie gesprekken voeren. In alle gevallen kwamen wij, ook na harde onderhandelingen, op een acceptabele prijsstelling uit. Bij zorgaanbieders met grote volumes spraken wij nog over het beheersen van deze volumes en de verdeling hulp bij het huishouden 1 en 2. Hierover namen wij zogenaamde “sideletters” op bij de individuele convenanten.

Na deze geslaagde prijsonderhandelingen sloten gemeenten en zorgaanbieders dus nog hun individuele convenanten. Daarin namen gemeenten en zorgaanbieders de verschillende prijsstellingen op en eventuele overige afspraken. Over de prijsstelling, de individuele onderhandelingen of de kostprijzen konden de gemeenten verder niets meedelen. Dit om alle zorgaanbieders te beschermen voor mogelijke overtreding van de mededingingswet.

*I. Stap acht: afronding*

Wij publiceerden na het sluiten van de individuele convenanten de gunning nog op Europees niveau. Deze verplichting vloeit voort uit de Europese aanbestedingswetgeving voor “bijlage 2B diensten”.<sup>23</sup>

Om maximale flexibiliteit in het hoofdconvenant te krijgen en te houden, stelden wij dit open voor nieuwe zorgaanbieders. Als zij de inhoud van het hoofdconvenant konden onderschrijven (en konden voldoen aan de daarin opgenomen voorwaarden) en met de gemeenten een tarief konden overeenkomen, voegden de gemeenten deze zorgaanbieders voortaan toe. Bestaande zorgaanbieders mochten voortaan ook uittreden, maar kenden dan de verplichting personeel en cliënten door andere zorgaanbieders te laten overnemen. Sinds 2009 traden twee nieuwe aanbieders toe en trad één aanbieder uit.

Het hoofdconvenant staat daarnaast open voor nieuwe diensten. De gemeenten hoeven dus niet een nieuwe aanbesteding te organiseren als zij de zorgaanbieder nieuwe diensten willen laten uitvoeren. Zij kunnen deze toevoegen aan het hoofdconvenant en de voorwaarden en prijsstelling met de aangesloten zorgaanbieders bespreken.

Door middel van ICT kunnen gemeenten de administratieve lasten die gepaard gaan met dit “open” systeem beperkt houden.

*De zeven stappen in de “bestuurlijke aanbesteding”:*

- 0. Presentatie*
- 1. Voorbereiding*
- 2. Legitimering*
- 3. Eerste besluitvorming*
- 4. Plenair overleg*
- 5. Voorbereiding prijsonderhandeling*
- 6. Tweede besluitvorming*
- 7. Prijsonderhandelingen*
- 8. Afronding*

*Na afronding beschikken de gemeenten over een hoofdconvenant met zorgaanbieders met afspraken over de voorziening. Dit hoofdconvenant staat open voor toe- en uittreding van zorgaanbieders en voor toevoeging van nieuwe*

<sup>23</sup> Artikel 21 sub artikel 35 lid 12 tot en met 16 Bao.

*diensten. De gemeenten beschikken daarnaast over individuele convenanten met elke zorgaanbieder met daarin zijn tariefstelling en eventuele additionele afspraken.*

## VII. DE TOEKOMST

In alle bestuurlijke aanbestedingen met een convenant waarin ik adviseerde na het DORSZ-project, kwamen gemeenten en zorgaanbieders er altijd uit. Nooit viel een zorgaanbieder buiten de boot. Nergens betaalde een gemeente uiteindelijk ook “te veel”. Of kreeg een zorgaanbieder uiteindelijk “te weinig”. Sterker nog, het gemiddelde tarief dat gemeenten steeds uitonderhandelden met hun zorgaanbieders in de bestuurlijke aanbestedingen, bleek gelijk aan de gemiddelde tarieven die gemeenten afsloten die gebruik maakten van de elektronisch veiling. Wat is een betere graadmeter voor een “marktconforme” prijsstelling?

Bestuurlijk aanbesteden, met als afsluiting een open en flexibel convenant, zal niet snel verdwijnen uit de gemeentelijke aanbestedingspraktijk. Het model komt namelijk tegemoet aan de vaststelling dat een gemeente in een onzekere omgeving als het sociale domein nooit onafhankelijk beleid kan maken en uitvoeren. En dat een gemeente dus nooit (alleen) in een aanbesteding en een contract bepaalde prestaties kan afdwingen. De klassieke procedure en het klassieke contract blijken gewoonweg niet de meest effectieve en efficiënte instrumenten om maatschappelijke effecten te bereiken. Bestuurlijk aanbesteden met een open convenant geeft zowel gemeenten als zorgaanbieders de mogelijkheid elkaars percepties, doelstellingen en belangen te bespreken en in het convenant afspraken en prestaties aan te passen aan de steeds veranderende omgeving.

Intussen ontwikkel ik het model door. Gemeenten en zorgaanbieders kiezen steeds meer voor een langere looptijd van de convenanten. Waar de DORSZ-gemeenten nog gingen voor twee jaar met twee keer de optie tot verlenging met een jaar, sloten andere gemeenten al convenanten voor acht en zelfs tien jaar. De langere looptijd maakt het mogelijk voor zorgaanbieders nog meer te investeren in de dienstverlening. En voor gemeenten te investeren in de lokale infrastructuur. In Boskoop leidde dit tot de implementatie van een zorgleefplan. Het convenant blijft het mogelijk maken voor deze gemeenten en zorgaanbieders wijzigingen in afspraken en prestaties aan te brengen als de omgeving daar gedurende de looptijd om vraagt. Meer flexibiliteit en langere samenwerkingsverbanden tussen gemeenten en zorgaanbieders geven dus uiteindelijk toch meer zekerheid in een onzekere omgeving.

In een aantal bestuurlijk aanbestedingen maakten gemeenten speciale afspraken met grote, lokale aanbieders die zich nog niet aanpasten aan de nieuwe situatie. De tarieven waar zij mee kwamen in de prijsonderhandelingen konden de gemeenten zeker niet accepteren. Waar in een klassieke procedure en zelfs in een “Zeeuwse model” deze aanbieders buiten de boot zouden vallen, bespraken



gemeenten en aanbieders elkaars percepties, doelstellingen en belangen. Dit leidde vaak tot uitzonderlijke afspraken. Zorgaanbieders kregen in ieder geval niet het door hen gevraagde tarief, maar het maximaal haalbare tarief dat de gemeente kon betalen. Daarnaast kwamen de gemeenten en deze aanbieders overeen halfjaarlijks te controleren of de zorgaanbieder een efficiëncyslag maakte. In drie jaar, zo luidde de afspraak steeds, moest de zorgaanbieder niet langer het hoogste tarief vragen van alle gecontracteerde zorgaanbieders. Bleef de zorgaanbieder gedurende de overgangperiode van drie jaar niet binnen de afgesproken bandbreedte, dan mocht de gemeente de overeenkomst ontbinden. De zorgaanbieder kreeg de verplichting dan personeel en cliënten te laten overnemen. De overige aangesloten zorgaanbieders kregen overigens wel gewoon een langdurig contract tegen de tussen de gemeente en hen overeengekomen prijsstelling.

Met de huidige bezuinigingen en de komende decentralisatie van de AWBZ zien gemeenten in dat zij problemen niet kunnen oplossen zonder medewerking van de maatschappelijke partners. Gemeenten die blijven denken dat zij onafhankelijk kunnen optreden en daarbij relaties niet op waarde schatten, krijgen dit later als boemerang terug. Gemeenten die rücksichtslos hulp bij het huishouden blijven aanbesteden met een klassieke procedure en een klassiek contract, krijgen straks minder gedaan van hun lokale partners als zij medewerking willen voor algemene voorzieningen, de kanteling of het inregelen van de begeleiding. Ik zie dan ook een trend. Veel gemeenten breiden de scope van een bestuurlijke aanbesteding en het convenant verder uit. Zij bespreken niet alleen de voorziening hulp bij het huishouden, maar ook mogelijkheden voor herstructurering van welzijn, ketensamenwerking, koppeling met armoedebeleid, voorbereidingen op decentralisatie AWBZ, *et cetera*. De bestuurlijke aanbesteding en het convenant zorgen dus steeds meer voor ontschotting en een integrale benadering van het sociale domein.

Een andere trend, ingegeven door het zoeken naar meer efficiëntie, lijkt het via een bestuurlijke aanbesteding met één lokale partner komen tot een "netwerkbeheerdersovereenkomst". Een grote welzijnsinstelling of zorgaanbieder krijgt dan van de gemeente de opdracht het hele zorg- en welzijnsnetwerk in de gemeente aan te sturen. De instelling of aanbieder krijgt dan het Wmo budget. Met dat budget moet deze zorg dragen voor volledige compensatie van alle burgers. De gemeente beheert alleen nog dit ene contract en rekent de instelling of aanbieder af op de kwaliteit van het netwerk. Die kwaliteit kent een relatie met de klanttevredenheid en de tevredenheid van instellingen in het netwerk over de aansturing.

Mijns inziens zullen gemeenten uiteindelijk uit één van de volgende twee modellen kiezen. In model I sluit de gemeente via bestuurlijke aanbestedingen meerdere hoofdconvenanten, die wel op elkaar inhaken. Dus één voor hulp bij het huishouden, één voor welzijnsdiensten, één voor begeleiding, *et cetera*. Met per convenant een link naar de andere convenanten. De gemeente krijgt met deze convenanten de functie van "spin in het web" van het zorg- en welzijnsnetwerk. In

model II sluit de gemeente via een bestuurlijke aanbesteding één convenant met één aanbieder voor het aansturen van het gehele zorg- en welzijnsnetwerk. In feite vormt die aanbieder dan de “spin in het web” en controleert de gemeente die spin.

*Bestuurlijk aanbesteden en het open, flexibel convenant bewezen de afgelopen drie jaar effectief en efficiënt voor maatschappelijke effecten te kunnen zorgen. In de nabije toekomst zullen de convenanten langere looptijden krijgen. De procedure en de convenanten zullen bovendien een grotere scope krijgen. Gemeenten zullen uiteindelijk zelf netwerken van zorg en welzijn gaan aansturen met behulp van bestuurlijk aanbesteden en convenanten. Of zij sluiten juist via een bestuurlijke aanbesteding met één grote lokale partij een convenant voor het aansturen van die netwerken.*

*"If everybody is thinking alike, then somebody isn't thinking."*

-- Generaal George S. Patton