

ZORGEN DOOR AANBESTEDEN

EEN ONDERZOEK NAAR HET AANBESTEDEN VAN Huishoudelijke Hulp



Laura van Leijden 431702

Masterthesis Publiek Management

Bestuurskunde

Faculteit der Sociale Wetenschappen

Erasmus Universiteit Rotterdam

Begeleidend docent: dr. H.L. Klaassen

Tweede lezer: dr. J.L.M. Hakvoort

18 oktober 2016

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie ‘Zorgen door aanbesteden’. Vier jaar lang heb ik mij binnen de Bestuurskunde verdiept in de talloze onderwerpen die de studie rijk is. Vanaf het begin van mijn studie is mijn interesse uitgegaan naar de gevolgen van decentralisaties voor gemeenten, een onderwerp waarbinnen vandaag de dag onophoudelijk ontwikkelingen plaatsvinden. Sinds de decentralisatie van enkele zorgtaken (waaronder huishoudelijke verzorging) vanuit de AWBZ naar de Wmo 2007, werden in 2015 opnieuw zorgtaken naar gemeentelijk niveau gedecentraliseerd en werd bovendien de Wmo inhoudelijk vernieuwd. Het realiseren van de decentralisaties was voor gemeenten geen gemakkelijke opgave. Binnen een kort tijdsbestek moesten zij beslissen op welke wijze zij hun zorgtaken wilden inkopen en hoe zij hun aanbestedingen zo konden inrichten dat zij daadwerkelijk voor hun burgers zouden ‘zorgen door aanbesteden’. Met deze scriptie heb ik beoogd gemeenten inzicht te bieden in de resultaten die kunnen worden bereikt met verschillende inkoopprocedures bij het aanbesteden van huishoudelijke zorg. Aan de hand van dit inzicht kunnen gemeenten het gebruik van hun huidige inkoopprocedures heroverwegen en indien nodig aanpassen. Als uitgangspunt heb ik in mijn onderzoek de voor gemeenten reeds bekende procedures gekozen. Mijn veronderstelling is dat gemeenten toekomstige overwegingen met betrekking tot de inkooppraktijk, zullen baseren op keuzes die in het verleden zijn gemaakt.

Tijdens het schrijven van deze scriptie heb ik veel steun gehad aan de aanwijzingen van zowel mijn stagebegeleider Floris den Boer, werkzaam bij PIANOo, als mijn scriptiebegeleider meneer Dr. Klaassen van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Floris den Boer heeft mij door middel van uitnodigingen voor allerlei activiteiten de mogelijkheid geboden om actief kennis te maken met de wereld van het aanbesteden. Daarnaast heeft hij me met zijn kennis onafgebroken geholpen om mijn scriptie inhoudelijk te verbeteren. Ook meneer Dr. Klaassen gaf me met zijn gerichte feedback iedere keer de mogelijkheid om mijn scriptie verder te verbeteren. Daarnaast wil ik de directie van PIANOo en haar medewerkers hartelijk bedanken voor de kans om mij te laten kennismaken met hun interessante werkzaamheden. Tenslotte wil ik mijn vriend, zijn huisgenoot, mijn vriendinnen, ouders en zusjes bedanken omdat zij mij iedere keer weer vol vertrouwen hebben toegesproken op de momenten dat ik daar behoefte aan had.

Laura van Leijden

Rotterdam, oktober 2016

Samenvatting

Met het aanbesteden van zorgtaken oefenen gemeenten invloed uit op de mate waarin de publieke belangen van de zorg gewaarborgd worden: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Het resultaat dat wordt bereikt door aan te besteden is in belangrijke mate afhankelijk van de combinatie van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen die worden gebruikt. In deze scriptie wordt specifiek onderzoek gedaan naar de resultaten die worden bereikt bij het aanbesteden van huishoudelijke hulp. De meest gebruikte aanbestedingsmethoden bij het aanbesteden van huishoudelijke hulp zijn *bestuurlijk aanbesteden* en *meervoudig onderhands aanbesteden*. De meest gebruikte bekostigingsmodellen zijn *PxQ-bekostiging* en *resultaatgerichte bekostiging per cliënt*. Door de vier meest gebruikte combinaties met elkaar te vergelijken, is bekeken welke combinatie de meest optimale bijdrage levert aan het waarborgen van de publieke belangen van de zorg. In dit onderzoek wordt daarom de volgende onderzoeksvraag gehanteerd: *Welke combinatie van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen draagt bij huishoudelijke hulp optimaal bij aan het waarborgen van de publieke belangen in de zorg?*

Door middel van het analyseren van de bestekken van gemeenten en het houden van interviews met medewerkers van de inkoopafdelingen is gekeken welke waarborgen de vier combinaties met zich meebrengen. Op basis van de verkregen resultaten kan niet eenduidig worden bepaald welke combinatie de meest optimale bijdrage levert. Deze waardering is afhankelijk van het gewicht dat aan de publieke belangen en indicator domeinen wordt toegekend. Ten eerste is het mogelijk dat niet aan alle publieke belangen hetzelfde gewicht wordt toegekend. Ook is het mogelijk dat wel een gelijk gewicht toegekend wordt aan de publieke belangen. In dat geval vormt combinatie 2 (*bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt*) de optimale combinatie. Bij een gelijke gewichtstoekenning aan de indicator domeinen scoort combinatie 2 als enige combinatie optimaal op twee van de drie publieke belangen. Dit zijn de publieke belangen kwaliteit en toegankelijkheid. Tenslotte is het mogelijk dat een gelijk gewicht wordt toegekend aan de publieke belangen maar een ongelijk gewicht aan de indicator domeinen binnen de publieke belangen. In dit geval scoren andere combinaties optimaal op het waarborgen van de publieke belangen van de zorg. Voor een uitgebreide beschrijving van de mogelijke uitkomsten, wordt verwezen naar paragraaf 7.1.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Samenvatting	2
1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding en achtergrond	6
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Wetenschappelijke relevantie	10
1.4 Maatschappelijke relevantie	10
1.5 Voorbeschouwing onderzoeksmethodologie	11
1.6 Leeswijzer	11
2 Huishoudelijke hulp onder de Wmo 2015	12
2.1 Het doel van de Wmo	12
2.2 Huishoudelijke hulp onder de Wmo	13
2.3 Samenvatting	15
3 Publieke belangen bij het inkopen van huishoudelijke hulp	17
3.1 Het borgen van publieke belangen	17
3.2 Publieke belangen in de zorg	18
3.3 Samenvatting	20
4 Inkoop en aanbesteden	21
4.1 Doel aanbestedingsregels	21
4.2 Inkoopproces	22
4.3 Aanbestedingsmethoden	24
4.4 Bekostigingsmodellen	29
4.5 Verwachtingen	30
4.6 Samenvatting	35
5 Methodologisch kader	36
5.1 Onderzoeksmethode	36

5.2	Onderzoekseenheden.....	38
5.3	Dataverzameling.....	39
5.4	Operationalisatie.....	41
5.5	Analyse.....	47
5.6	Kwaliteit van het onderzoek.....	47
5.7	Samenvatting.....	49
6	Analyse.....	51
6.1	Combinatie 1: Bestuurlijk aanbesteden – PxQ-bekostiging.....	51
6.2	Combinatie 2: Bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt 58	
6.3	Combinatie 3: Meervoudig onderhands aanbesteden – PxQ-bekostiging.....	63
6.4	Combinatie 4: Meervoudig onderhands aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt.....	68
6.5	Conclusie.....	73
7	Conclusies.....	77
7.1	Antwoord hoofdvraag	77
7.2	Reflecties	79
	Literatuur.....	84
	Bijlage 1 Lijst met respondenten.....	89
	Bijlage 2 Interviewgide	91

Lijst van tabellen en figuren

Tabel 1. Schematische samenvatting verwachtingen	35
Tabel 2. De indicator domeinen van de publieke belangen	42
Tabel 3. Combinatie 1: <i>bestuurlijk aanbesteden – PxQ-bekostiging</i>	58
Tabel 4. Combinatie 2: <i>bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt</i>	63
Tabel 5. Combinatie 3: <i>Meervoudig onderhands aanbesteden - PxQ-bekostiging</i>	68
Tabel 6. Combinatie 4: <i>Meervoudig onderhands aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt</i>	73
Tabel 7. Resultaten indicator domeinen per combinatie	73
Figuur 1. inkoopproces Lysons en Farrington (2006), in Gids Proportionaliteit 2016.....	22
Figuur 2. Conceptueel model	31

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

Sinds de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 is het stelsel van de Nederlandse gezondheidszorg ingrijpend veranderd (Van Houten, Tuynman & Gilsing, 2008). Gemeenten kregen verantwoordelijkheid over taken in het sociaal domein die voorheen onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vielen. Per 1 januari 2015 voerde het Rijk meer decentralisatiewetten in en breidde het gemeentelijk takenpakket met betrekking tot het sociaal domein opnieuw uit (CPB, 2015). Gemeenten werden verantwoordelijk voor het ondersteunen van de zelfredzaamheid en participatie van mensen met een beperking, chronische psychische- of psychosociale problemen. De ondersteuning moet erop gericht zijn dat mensen zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven.

Voor vrijwel alle gedecentraliseerde zorgtaken geldt dat gemeenten deze niet in eigen beheer uitvoeren, maar uitbesteden aan zorgaanbieders. Door zorgtaken aan te besteden wordt verwacht dat gemeenten gebruik zullen maken van de deskundigheid en schaalvoordelen die in het externe zorgveld aanwezig zijn. Bovendien kunnen gemeenten profiteren van de disciplinerende werking van de markt door doelmatigheidsprikkels in het aanbod van zorg en ondersteuning te introduceren (CPB, 2015).

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelt dat ook onder de Wmo 2015 een zorgsysteem gewaarborgd moet blijven dat van hoge kwaliteit blijft, een goede toegankelijkheid heeft en ook in de toekomst betaalbaar blijft (RIVM, 2010, p. 3). Maar het waarborgen van de publieke belangen middels een aanbesteding bleek voor gemeenten geen gemakkelijke opgave. Eind 2015 dreigde een faillissement bij verscheidene thuiszorgorganisaties omdat de aanbesteding van de huishoudelijke te wensen overliet (NOS, 1 december 2015). Volgens de Thuiszorgbranche ANBO zouden gemeenten zich te sterk richten op het bereiken van een zo laag mogelijk tarief voor de aangeboden diensten, waardoor een *race to the bottom* wordt gecreëerd en thuiszorgorganisaties niet langer het hoofd boven water kunnen houden (NOS, 1 december 2015).

Het resultaat dat met een aanbesteding wordt bereikt, wordt in belangrijke mate bepaald door de manier waarop de aanbesteding wordt vormgegeven (CPB, 2015, p. 3). Gemeenten kunnen hun aanbesteding vormgeven aan de hand van verschillende sturingsinstrumenten (CPB, 2015). Twee belangrijke sturingsinstrumenten zijn de aanbestedingsmethode en het bekostigingsmodel (CPB, 2015; PIANOo, n.d.). De aanbestedingsmethode is een procedure

die bepaalt op welke manier aanbestedende diensten en aanbieders tot een contract zullen komen (Uenk, 2016). De meerderheid van de gemeenten (54%) koos in 2015 voor de aanbestedingsmethode *bestuurlijk aanbesteden* (CPB, 2015). Hierbij krijgen opdrachtgever en opdrachtnemers de mogelijkheid om met elkaar te onderhandelen over de tarieven en kwaliteit van de te leveren diensten (Telgen & Lohmann, 2013). Op de tweede plaats wordt de *meervoudig onderhandse aanbesteding* (17%) gebruikt om zorgtaken binnen de Wmo aan te besteden. De gemeente selecteert dan een beperkt aantal zorgaanbieders om een offerte in te dienen. Op basis van deze offerte onderhandelt de gemeente een-op-een met de aanbieders over de tarieven (CPB, 2015). Tenslotte besteedden gemeenten in 17% van de gevallen aan via het *Zeeuws Model*. Het voornaamste verschil met *bestuurlijk aanbesteden* is dat gemeenten bij het *Zeeuws Model* naast de kwaliteitscriteria en uitvoeringsvoorwaarden ook de tarieven vaststellen (CPB, 2015, p. 23). Op basis van de grote overeenkomsten tussen deze twee methoden is besloten het *Zeeuws Model* buiten beschouwing te laten.

Een tweede belangrijk sturingsinstrument is het bekostigingsmodel (CPB, 2015). Gemeenten maakten in 2015 binnen de Wmo gebruik van twee manieren om zorgorganisaties te vergoeden voor de geleverde hulp: *PxQ-financiering* (59%) en *resultaatgerichte bekostiging per cliënt* (29%). Bij *PxQ-financiering* ontvangen aanbieders voor elk uur geleverde zorg een vast tarief. Bij *resultaatgerichte bekostiging per cliënt* ontvangen aanbieders per behandelde cliënt een vast bedrag, onafhankelijk van het aantal geleverde zorguren (CPB, 2015). Slechts 12% van de gemeenten hanteerde in 2015 *populatiebekostiging* in de Wmo. Bij dit bekostigingsmodel ontvangt de zorgaanbieder per tijdsperiode een vast bedrag voor elke persoon die binnen zijn populatie valt, ongeacht of deze persoon behandeld wordt of niet. Vanwege het relatief geringe aantal gemeenten dat dit bekostigingsmodel hanteerde, wordt dit model buiten beschouwing gelaten.

Voor veel gemeenten was 2015 een overgangsjaar waarin continuïteit en overgangsrecht centraal stonden (CPB, 2015; Uenk, 2016). Vanwege de onzekerheid die de decentralisatie met zich meebracht en het korte tijdsbestek waarin de inkoop van het sociaal domein geregeld moest worden, hielden gemeenten veelal vast aan de manier van aanbesteden die zij ook voor 2015 hanteerden. Deze keuzes bleken in de praktijk niet altijd goed uit te pakken. De verwachting is dat er in de volgende aanbestedingsronden andere keuzes in het inkoopproces zullen worden gemaakt (CPB, 2015, p. 10). Om weloverwogen keuzes voor een van de combinaties mogelijk te maken is inzicht nodig in de bijdrage die de combinaties leveren op de publieke belangen van de zorg. Deze informatie ontbreekt echter bij veel medewerkers die

werkzaam zijn op de inkoopafdelingen van gemeenten (persoonlijke communicatie, 18 juli 2016).

Dit onderzoek tracht inzichtelijk te maken welke combinatie van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen optimaal bijdraagt aan de publieke belangen van de zorg. Aan de hand van dit inzicht kunnen aanbestedende diensten in de volgende aanbestedingsronden een weloverwogen keuze maken voor een van de combinaties. Bij het selecteren van de te onderzoeken combinaties wordt uitgegaan van het principe van pad-afhankelijkheid: eerder gemaakte keuzes bepalen in belangrijke mate de ontwikkeling van toekomstige trajecten (Krasner, 1988). Er wordt vanuit gegaan dat gemeenten in de aanbestedingsronde van 2017 veelal een keuze zullen maken uit combinaties waar al eerder, hetzij door henzelf, hetzij door andere gemeenten, goede resultaten mee zijn geboekt. Daarom zullen in dit onderzoek de resultaten van de combinaties worden onderzocht waarvan de meeste gemeenten in 2015 gebruikmaakten.

1.2 Probleemstelling

De bijdrage die de in 2015 gebruikte combinaties leveren aan het waarborgen van de publieke belangen van de zorg is veel inkopers van gemeenten onbekend (persoonlijke communicatie, 18 juli 2016). Verwacht wordt dat zij de keuze voor een combinatie in de komende aanbestedingsronde op objectieve informatie willen baseren. In dit onderzoek wordt daarom geprobeerd vast te stellen welke combinatie bij het aanbesteden van huishoudelijke hulp, een zo optimaal mogelijke bijdrage levert aan het waarborgen van de publieke belangen van de zorg. Hieruit vloeit de volgende probleemstelling voort:

Vraagstelling

Welke combinatie van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen draagt bij huishoudelijke hulp optimaal bij aan het waarborgen van de publieke belangen in de zorg?

Doelstelling

Aanbevelingen doen aan inkoopafdelingen van gemeenten over de optimale bijdrage van combinaties van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen aan de publieke belangen in de zorg bij het aanbesteden van huishoudelijke hulp.

Om tot beantwoording van de hoofdvraag te komen, wordt dit onderzoek opgebouwd aan de hand van deelvragen. De deelvragen en de manier waarop deze beantwoord worden, staan hieronder weergegeven:

1. Wat kenmerkt de organisatie van de huishoudelijke hulp in Nederland?

In deze deelvraag worden aan de hand van de wetteksten en de Memores van Toelichting de beleidsontwikkelingen rondom de huishoudelijke hulp toegelicht. Tevens worden de belangrijkste huidige kenmerken van de huishoudelijke hulp beschreven.

2. Wat wordt verstaan onder een publiek belang en welke publieke belangen zijn relevant bij het aanbesteden van huishoudelijke hulp?

In deze deelvraag wordt ingegaan op de definitie van publieke belangen aan de hand van het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Daarnaast worden de drie publieke belangen van de zorg uiteengezet die door het ministerie van VWS zijn opgesteld. De publieke belangen zullen worden geoperationaliseerd aan de hand van de indicator domeinen die zijn opgesteld door het RIVM.

3. Welke eigenschappen kennen de aanbestedingsmethoden en bekostigingsmethoden die in 2015 werden gebruikt bij het aanbesteden van huishoudelijke hulp?

Aan de hand van bestekken van gemeenten en interviews worden de in 2015 meest gebruikte aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen bij het aanbesteden van huishoudelijke hulp geconceptualiseerd. De voornaamste overeenkomsten en verschillen tussen de methoden en modellen worden weergegeven.

4. In hoeverre dragen de combinaties van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen bij aan de publieke belangen van de zorg?

Uit de analyse van de bestekken van (samenwerkingen van) gemeenten en aanvullende interviews, zal blijken welke aspecten de combinaties met zich meebrengen om de publieke belangen van de zorg te waarborgen. Op basis van de resultaten uit de analyse wordt de combinatie met de optimale bijdrage aan de publieke belangen vastgesteld.

1.3 Wetenschappelijke relevantie

Het vakgebied van de publieke inkoop is in beweging. Sinds de decentralisaties van 2007 en 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor de inkoop van talloze taken in het sociaal domein. Hoewel enkele onderzoekers zich bezighouden met deze ontwikkelingen (zie Telgen & Bekkers, 2014; Uenk, 2016), is relatief weinig wetenschappelijke literatuur met betrekking tot dit onderwerp te vinden. Er is nog maar weinig wetenschappelijke onderbouwing voor de resultaten die met het aanbesteden van huishoudelijke hulp kunnen worden behaald. Dit onderzoek levert een bijdrage aan de wetenschappelijke literatuur door dieper in te gaan op de waarborgen die worden bereikt door bepaalde aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen te combineren. Hiermee wordt reeds bestaande wetenschappelijke kennis aangevuld.

Het onderzoek is ook op een andere manier vernieuwend. De decentralisatie in het sociaal domein is nog maar net voltrokken. Het overgangsjaar 2015 waarin gemeenten veelal vasthielden aan aanbestedingsmethoden waarmee zij reeds bekend waren, is afgesloten. Gemeenten krijgen nu ruimte om zich te focussen op de transformatie van het sociaal domein. Het is interessant om vanuit een wetenschappelijke invalshoek te kijken op welke wijze de publieke inkoop door gemeenten in de aanbestedingsronden vanaf 2016 kan worden vormgegeven.

1.4 Maatschappelijke relevantie

Bij veel inkopers ontbreekt kennis over de bijdrage die combinaties van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen kunnen leveren aan het waarborgen van de publieke belangen in de zorg. Hierdoor kan het zijn dat publieke belangen bij het aanbesteden van huishoudelijke hulp niet of in mindere mate worden behaald dan in het geval wanneer inkopers zich hier wel bewust van waren geweest. Dit onderzoek resulteert in een gestructureerd overzicht van de mate waarin de combinaties bij huishoudelijke hulp bijdragen aan het waarborgen van de publieke belangen. Medewerkers van inkoopafdelingen van gemeenten kunnen deze kennis meenemen bij het inrichten van hun volgende aanbestedingsprocedure. Bij het aanbesteden zullen zij partijen kunnen selecteren op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de huishoudelijke hulp. Burgers met aanspraak op huishoudelijke hulp zullen hiervan de vruchten plukken. Zij zullen huishoudelijke hulp ontvangen van hoge kwaliteit, goede toegankelijkheid die ook in de toekomst betaalbaar blijft.

1.5 Voorbeschouwing onderzoeksmethodologie

De hoofdvraag van dit onderzoek wordt beantwoord door gebruik te maken van een documentanalyse en een kwalitatieve analyse van de gegevens die uit semi-gestructureerde interviews zijn gehaald. De documenten zijn bestekken afkomstig van (samenwerkingsverbanden van) gemeenten die gebruik hebben gemaakt van één van de vier combinaties die in dit onderzoek worden onderzocht. De interviews zijn gehouden met medewerkers van inkoopafdelingen van deze gemeenten. De interpretaties van de respondenten over de aanbesteding zullen van grote waarde blijken voor het toetsen van de combinaties op hun bijdrage aan het waarborgen van de publieke belangen. Voor meer informatie over de methodologie wordt verwezen naar hoofdstuk 5.

1.6 Leeswijzer

In dit hoofdstuk staat de aanleiding van dit onderzoek beschreven. In hoofdstuk twee wordt de wet waaronder de huishoudelijke hulp valt, de Wmo 2015, beschreven. Tevens worden de belangrijkste kenmerken van de huishoudelijke hulp uiteengezet. In hoofdstuk drie worden de publieke belangen die betrekking hebben op de huishoudelijke hulp beschreven. In hoofdstuk vier wordt het theoretisch kader uiteengezet waarin de voor dit onderzoek relevante aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen worden weergegeven. Hoofdstuk vijf bevat het methodologisch kader, waarin de wijze waarop het onderzoek is ingericht en de keuzes die daaraan ten grondslag liggen worden toegelicht. Hoofdstuk zes beslaat de analyse van de resultaten van het onderzoek. Hoofdstuk zeven betreft de conclusie en de reflectie. Daarin wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag en wordt op de gemaakte keuzes van dit onderzoek gereflecteerd. Tevens worden in de reflectie aanbevelingen gedaan voor nieuw onderzoek.

2 Huishoudelijke hulp onder de Wmo 2015

In dit onderzoek wordt onderzocht in hoeverre verschillende combinaties van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen die worden gebruikt bij het aanbesteden van huishoudelijke hulp, bijdragen aan het waarborgen van de publieke belangen van de zorg. Alvorens dit te kunnen doen dient het begrip huishoudelijke hulp nauwkeurig te worden gedefinieerd. In dit hoofdstuk wordt daarom dieper ingegaan op het doel van de wet waaronder de huishoudelijke hulp valt (2.1) en de belangrijkste kenmerken van huishoudelijke hulp (2.2). Het hoofdstuk sluit af met een korte samenvatting.

2.1 Het doel van de Wmo

Tot 2007 was de huishoudelijke verzorging ondergebracht bij de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De AWBZ werd in 1968 ingevoerd en was een verplichte collectieve verzekering voor langdurige en bijzondere ziektekosten. Maar maatschappelijke ontwikkelingen zoals vergrijzing en individualisering leidden tot een onaanvaardbare druk op de AWBZ. Om ervoor te zorgen dat hulp gewaarborgd en betaalbaar bleef werden onderdelen van de AWBZ ondergebracht bij de Wmo 2007, waaronder de huishoudelijke verzorging. Het maatschappelijk doel van de Wmo laat zich kort samenvatten in het woord ‘meedoen’. Met de Wmo kregen gemeenten de verantwoordelijkheid om burgers te ondersteunen in hun zelfredzaamheid, hun bijdrage aan de samenleving en toe te rusten om maatschappelijk te participeren (Memorie van Toelichting Wmo 2007).

In 2015 werd de Wmo vernieuwd en uitgebreid omdat meer onderdelen vanuit de AWBZ naar de Wmo werden overgeheveld: de Wmo 2015 trad in werking. Gemeenten werden verantwoordelijk voor het ondersteunen van de zelfredzaamheid en participatie van mensen met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen. De gemeentelijke ondersteuning moet ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven. In de eerste plaats moeten gemeenten de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning aanpassen aan de veranderende eisen en omstandigheden in de samenleving. Mensen willen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen, de regie op hun eigen leven behouden en niet eenzaam zijn. Gemeenten moeten de mogelijkheden tot het bieden van passende ondersteuning aan mensen in de eigen leefomgeving beter benutten door het inzetten van het sociale netwerk of door het bieden van gemeentelijke voorzieningen (Memorie van Toelichting Wmo 2015).

In de tweede plaats wordt met de Wmo 2015 beoogd om de onderlinge betrokkenheid van mensen bij elkaar te vergroten. Om het wonen in de eigen leefomgeving langer mogelijk te maken en het aantal mensen dat zich eenzaam voelt te verminderen, wordt sinds 2015 daarom een groter beroep worden gedaan op het sociale netwerk van mensen en daar waar mogelijk op vrijwilligers.

De hervorming van de Wmo 2007 naar de Wmo 2015 is een forse financiële opgave voor gemeenten. Door de huidige uitgavengroei van de langdurige zorg werd ingrijpen door de regering noodzakelijk. De regering verwacht dat gemeenten, door een groter beroep te doen op de eigen mogelijkheden van mensen en hun sociale netwerk en door gebruik te maken van algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen, de ondersteuning met een kleiner budget kunnen uitvoeren dan de rijksoverheid (Memorie van Toelichting Wmo 2015).

2.2 Huishoudelijke hulp onder de Wmo

Vanuit de Wmo 2015 worden mensen door de gemeente ondersteund zodat zij kunnen participeren in het maatschappelijk verkeer en zelfredzaam zijn. Onder zelfredzaamheid wordt verstaan dat burgers in staat zijn tot het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen en het voeren van een gestructureerd huishouden (art. 1.1.1 Wmo, 2015). Huishoudelijke hulp wordt niet als concrete voorziening in de wet voorgeschreven, maar is een instrument dat gemeenten kunnen inzetten om de zelfredzaamheid van hun burgers te versterken. Het huishouden mag geen obstakel voor de zelfredzaamheid zijn. Een schoon huis vormt een voorwaarde om te kunnen blijven leven in de eigen leefomgeving (Movisie, 2016).

2.2.1 Typen voorzieningen

Huishoudelijke hulp kan aangeboden worden in de vorm van een algemene voorziening, maatwerkvoorziening of een combinatie van beide. Er gelden vanuit de Wmo eisen voor het aanbieden van dergelijke voorzieningen. Voor een algemene voorziening huishoudelijke hulp hoeft voorafgaand geen onderzoek gedaan te worden naar de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van gebruikers (Wmo 2015). Daarentegen zijn maatwerkvoorzieningen niet vrij toegankelijk maar op één individu gericht. De toelating tot een maatwerkvoorziening vereist dan ook een beschikking van de gemeente (VNG, 2015). Een maatwerkvoorziening is een geheel van diensten, dat afgestemd is op de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van iemand (Wmo 2015).

Gemeenten kunnen hun huishoudelijke hulp aanbieden als algemene voorziening, voorliggend op maatwerk. Daarnaast bieden gemeenten een maatwerkvoorziening voor extra

ondersteuning, in de vorm van begeleiding of regievoering bij het huishouden. Er zijn ook gemeenten die alle vormen van huishoudelijke ondersteuning als maatwerkvoorziening organiseren, dus zowel de schoonmaak zelf als de begeleiding en regievoering daarbij. Daarnaast kunnen thuiszorgorganisaties mensen zonder indicatie, tegen particulier tarief, huishoudelijke hulp leveren (Movisie, 2016).

2.2.2 Productdefinities

De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering van de indicatiestelling. Gemeenten hebben daarbij de vrijheid om eigen productdefinities voor hulp bij het huishouden vast te stellen (Research voor Beleid, 2007). Welke elementen onder de ondersteuning bij het voeren van een gestructureerd huishouden vallen kunnen gemeenten zelf bepalen (Movisie, 2016). Sommige gemeenten verstaan hieronder het doen van boodschappen en de was. Andere gemeenten vatten de taken breder op en verstaan ook maaltijden klaarzetten of tuinonderhoud onder een gestructureerd huishouden.

Bij de indicatiestelling houden veel gemeenten het onderscheid tussen huishoudelijke hulp 1 (HH-1) en huishoudelijk hulp 2 (HH-2) aan. Enkele gemeenten onderscheiden daarnaast nog een derde product: huishoudelijke hulp 3 (HH-3) (Deelstra, 2008). Het lichtste product, HH-1, wordt ingezet bij cliënten waarbij uitsluitend huishoudelijke taken dienen te worden overgenomen. De cliënt kan dan nog zelf regie voeren over het huishouden. Onder de regievoering wordt verstaan dat de cliënt inzicht heeft in en overzicht heeft over de huishoudelijke taken die moeten worden verricht. Het zwaardere product HH-2 wordt ingezet bij cliënten waarbij daarnaast ondersteuning dient te worden geboden bij de organisatie van het huishouden (Research voor Beleid, 2007). De cliënt is dan niet meer in staat om de zorgverleners in het werk aan te sturen. Wanneer een derde product (HH-3) wordt onderscheiden, wordt dit ingezet wanneer de cliënt ondersteuning nodig heeft bij het organiseren van een ontregelde huishouding. In dit geval is er sprake van chaos, verwaarlozing of vervuiling van het huishouden (Research voor Beleid, 2007).

2.2.3 Huishoudelijke Hulp Toelage

De rijksoverheid stelde voor de jaren 2015 en 2016 aan gemeenten een Huishoudelijke Hulp Toelage (HHT) beschikbaar om de vraag naar huishoudelijke hulp te stimuleren. Burgers konden een toelage krijgen als ze huishoudelijke hulp inhuurden. Hiermee werd geprobeerd de werkgelegenheid te verbeteren bij aanbieders van huishoudelijke hulp en voor medewerkers in de persoonlijke dienstverlening in combinatie met huishoudelijke hulp. Door

inwoners (extra) hulp in te laten kopen bij een bepaalde aanbieder, zou de aanbieder bovendien langer de tijd krijgen om medewerkers van werk naar werk te begeleiden (Movisie, 2016). Gemeenten bepaalden de regels rondom de HHT zelf en de regeling verschilt dus per gemeente. Zo verschilt per gemeente de doelgroep, de hoogte van de toelage en voor welke diensten cliënten de toelage kunnen inzetten. Als voorwaarde werd gesteld dat de regeling bijdroeg aan het behoud van zoveel mogelijk volwaardige werkgelegenheid. Op 4 december 2015 werd besloten dat de HHT-middelen structureel worden gemaakt (VNG, 2015).

2.2.4 Pgb en voorzieningen in natura

Wanneer cliënten een indicatie voor de maatwerkvoorziening huishoudelijke hulp hebben gekregen, kunnen zij de hulp in twee vormen verkrijgen. De voorziening kan in natura worden verstrekt of in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). Uitgangspunt is dat de cliënt een maatwerkvoorziening in natura krijgt aangeboden. Wanneer de cliënt dit wenst bestaat ook de mogelijkheid tot het toekennen van een persoonsgebonden budget. In dat geval krijgt de aanvrager de mogelijkheid om zelf te bepalen bij wie hij de diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen wil inkopen die tot de maatwerkvoorziening behoren. Er wordt geen bedrag aan de cliënt uitgekeerd waaruit hij zelf betalingen kan doen. Er wordt hem een bedrag ter besteding beschikbaar gesteld en namens het college worden door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) betalingen verricht. Artikel 2.3.6 van de Wmo, tweede lid, stelt het krijgen van een persoonsgebonden budget afhankelijk van drie voorwaarden. De cliënt moet, naar het oordeel van het college, allereerst voldoende in staat zijn om de aan een persoonsgebonden budget verbonden taken op verantwoorde wijze uit te voeren. Ten tweede moet de cliënt motiveren waarom hij de maatwerkvoorziening als persoonsgebonden budget geleverd wenst te krijgen. Tot slot moeten naar het oordeel van het college, de maatregelen die tot de maatwerkvoorziening behoren op een veilige, doeltreffende en cliëntgerichte manier worden verstrekt. Voorafgaand aan toekenning van het persoonsgebonden budget wordt getoetst of aan die voorwaarden is voldaan.

2.3 Samenvatting

In dit hoofdstuk is uiteengezet hoe de huishoudelijke hulp in Nederland is georganiseerd. Het doel van de Wmo 2015 is beschreven: meedoen. Vervolgens zijn kenmerken van huishoudelijke hulp benoemd. Beschreven is dat gemeenten bij het inrichten van de voorziening een grote mate van beleidsvrijheid genieten: de voorziening kan verstrekt worden als algemene- of als maatwerkvoorziening, in natura of in de vorm van een pgb en gemeenten kunnen hun eigen productdefinities definiëren. Tenslotte is de Huishoudelijke Hulp Toelage

beschreven, een regeling waarmee gemeenten de vraag naar huishoudelijke hulp kunnen stimuleren. In het volgende hoofdstuk wordt uiteengezet welke publieke belangen op de huishoudelijke hulp van toepassing zijn.

3 Publieke belangen bij het inkopen van huishoudelijke hulp

In dit hoofdstuk wordt allereerst de definitie van publieke belangen gegeven en wordt beschreven hoe publieke belangen kunnen worden gewaarborgd (paragraaf 3.1). Vervolgens wordt in paragraaf 3.2 ingezoomd op de publieke belangen die door het ministerie van VWS voor de zorg zijn opgesteld. Deze belangen zullen worden geoperationaliseerd aan de hand van de indicator domeinen die zijn opgesteld door het RIVM. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting.

3.1 Het borgen van publieke belangen

Na de bloeiperiode van de verzorgingsstaat ontstond door groeiende overheidsuitgaven meer aandacht voor de voordelen van het marktmechanisme. Men raakte overtuigd van het feit dat de overheid meer moest overlaten aan de markt omdat dat de vrije markt en marktwerking in zichzelf een goed allocatie- en besluitvormingsmechanisme vormen (WRR, 2000). De verantwoordelijkheden moesten dus op een andere manier tussen de overheid en de markt worden verdeeld. Bij het verdelen van verantwoordelijkheden tussen private en publieke partijen, moeten volgens de WRR (2000) twee vragen in acht worden genomen: de wat- en de hoe-vraag.

1. De wat-vraag: welke maatschappelijke belangen merkt de overheid aan als publieke belangen?
2. De hoe-vraag: op welke wijze worden de belangen behartigd en wie draagt de operationele verantwoordelijkheid hiervoor?

3.1.1 De wat-vraag

Om de vraag voor welke belangen de overheid een eindverantwoordelijkheid moet dragen te beantwoorden, moet een onderscheid gemaakt worden tussen individuele, maatschappelijke en publieke belangen. Dit onderscheid wordt gemaakt op basis van politieke en normatieve opvattingen. Individuele belangen vallen in veel gevallen samen met maatschappelijk belangen. Belangen zijn te classificeren als *maatschappelijk* wanneer hun behartiging voor de samenleving als geheel gewenst is. Wanneer vervolgens een maatschappelijk belang zonder overheidsoptreden niet of onvoldoende behartigd wordt, is sprake van een publiek belang. Als de overheid zich een publiek belang aantrekt, maakt zij het tot doelstelling van beleid om het belang te behartigen. Het ambitieniveau van de doelstelling kan per publiek belang variëren. Maar ongeacht het ambitieniveau is altijd sprake van structurele betrokkenheid van de overheid (WRR, 2000, p. 20).

Bij de wat-vraag gaat het dus om de vraag of de overheid zich een bepaald maatschappelijk belang moet aantrekken. Moet de overheid een eindverantwoordelijkheid op zich nemen zodat belangen die voor de samenleving als geheel van belang zijn, ook daadwerkelijk worden behartigd? De wat-vraag is zodoende bij uitstek een politiek vraagstuk (WRR, 2000, p. 21).

3.1.2 De hoe-vraag

Nadat de overheid heeft besloten een bepaald belang te behartigen, moet worden bepaald *hoe* de eindverantwoordelijkheid moet worden ingericht. De overheid kan ervoor kiezen de eindverantwoordelijkheid op eigen kracht waar te maken, of door private partijen aan te trekken. De behartiging van publieke belangen kan per definitie nooit geheel aan private partijen worden overgelaten. In dat geval zou tenslotte geen sprake meer zijn van een eindverantwoordelijkheid van de overheid en dus ook niet meer van een publiek belang (WRR, 2000, p. 21).

3.2 Publieke belangen in de zorg

Aangezien in dit onderzoek de gezondheidszorg centraal staat, moet worden onderzocht op welke manier invulling is gegeven aan de publieke belangen in de zorg. Artikel 22 lid 1 van de Grondwet luidt: “de overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid”. Het ministerie van VWS draagt op het gebied van de gezondheidszorg de eindverantwoordelijkheid voor deze maatregelen (Van der Grinten, 2006). In de gezondheidszorg treffen we allerlei waarden aan die een maatschappelijk belang vertegenwoordigen, maar geen verantwoordelijkheid van de overheid zijn. Voorbeelden zijn zorgzaamheid, zorgvuldigheid, bescherming, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. In de loop der jaren zijn uit deze maatschappelijke belangen drie clusters van publieke belangen gevormd, waarvoor de overheid nu de verantwoordelijkheid draagt. De clusters hebben betrekking op de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg (Van der Grinten, 2006; Tweede Kamer, 27 855). In deze paragraaf worden deze drie publieke belangen verder uitgewerkt.

3.2.1 Kwaliteit

Volgens het RIVM (2014) wordt kwaliteit bereikt wanneer de juiste activiteit uitgevoerd wordt, op de juiste tijd, op de juiste manier, voor de juiste persoon, en wanneer de best mogelijke resultaten worden behaald. In deze definitie komen een aantal begrippen terug die in de literatuur worden beschouwd als essentieel voor kwaliteit: effectiviteit, veiligheid en

vraaggerichtheid. In de Zorgbalans 2014 worden binnen kwaliteit drie indicator domeinen onderscheiden: effectiviteit van zorg, veiligheid en vraaggerichtheid.

In eerste instantie is het de verantwoordelijkheid van zorgverleners om kwalitatief goede zorg te leveren (RIVM, 2010, p. 17). In de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg staat vermeld dat zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren hun werk zo moeten organiseren dat dit leidt of moet leiden tot verantwoorde zorg. Ze moeten systematisch de kwaliteit van de zorgverlening bewaken, beheersen en verbeteren. De wetten zijn zodoende instrumenten voor de overheid om de kwaliteit van de zorg mee te bewaken (RIVM, 2010, p. 17).

3.2.2 Toegankelijkheid

Het kabinet hecht waarde aan een gelijke toegang tot gezondheidszorg zowel voor mensen met een gezonde als voor mensen met een ongezonde leefstijl (RIVM, 2010). Toegankelijke zorg betekent dat personen die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening. Als de zorg slecht toegankelijk is, hebben een hoge kwaliteit en doelmatigheid maar een beperkte waarde. Toegankelijkheid is zodoende een essentiële randvoorwaarde voor een optimaal functionerende gezondheidszorg (RIVM, 2010, p. 97).

In de literatuur worden een aantal aspecten genoemd die samen de toegankelijkheid bepalen en die de toegankelijkheid kunnen beperken. Dit zijn de kosten, de wachttijden en de mate waarin het aanbod tegemoetkomt aan de behoefte en de vraag van burgers. Binnen de Zorgbalans 2014 worden daarom de volgende indicator domeinen onderscheiden: geografische toegankelijkheid, financiële toegankelijkheid, tijdigheid, toegankelijkheid naar behoefte en keuzevrijheid (RIVM, 2014, p. 16).

3.2.3 Betaalbaarheid

Een beheerste uitgavenontwikkeling zorgt ervoor dat de zorg niet een te grote druk legt op de collectieve middelen en het nationaal inkomen. Dit houdt de zorg betaalbaar op macroniveau. De vraag in hoeverre zorg betaalbaar is voor individuen of huishoudens valt onder (financiële) toegankelijkheid. Er bestaat geen algemeen geaccepteerde norm voor de betaalbaarheid van de zorg. Het oordeel of sprake is van betaalbare zorg is daarom hoofdzakelijk een politieke afweging (RIVM, 2014, p. 17).

Ongeacht de uitkomst in termen van betaalbaarheid, kan een toe- of afname in zorguitgaven wenselijk worden geacht. Dit hangt vooral af van de opbrengsten die met de zorguitgaven worden gegenereerd, bijvoorbeeld in termen van gezondheidswinst, en de

waarde die aan deze opbrengsten wordt gehecht. De betaalbaarheid van de zorg hangt daarom niet alleen af van de macrokosten maar ook van de doelmatigheid (RIVM, 2010, p. 148). Doelmatigheid gaat over de verhouding tussen de kosten en opbrengsten van de geleverde zorg. Ook een uitgavenstijging kan doelmatig zijn, zolang de zorg voldoende oplevert op het gebied van kwaliteit en gezondheidswinst. In het nieuwe zorgstelsel spelen verzekerden en verzekeraars een belangrijke rol op het gebied van doelmatigheid: zij worden geacht te kiezen voor de zorg met de meest gunstige prijs-kwaliteit verhouding (RIVM, 2014, p. 17). De indicator domeinen die door het RIVM worden onderscheiden zijn macrokosten en doelmatigheid.

3.3 Samenvatting

In dit hoofdstuk is antwoord gegeven op de vraag ‘Wat wordt verstaan onder een publiek belang en welke publieke belangen zijn relevant bij het aanbesteden van huishoudelijke hulp?’. Als de behartiging van belangen voor de samenleving als geheel gewenst is, wordt dit geclassificeerd als een maatschappelijk belang. Een maatschappelijk belang verandert in een publiek belang wanneer de overheid de verantwoordelijkheid overneemt omdat zij vreest dat het belang anders niet of onvoldoende wordt behartigd. Het ministerie van VWS onderscheidt drie publieke belangen in de zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Deze begrippen en de bijbehorende indicator domeinen zullen in hoofdstuk 5 worden geoperationaliseerd.

4 Inkoop en aanbesteden

Zonder uitzondering kiezen gemeenten ervoor om hun huishoudelijke hulp aan te besteden (CPB, 2015). Aanbesteden is een specifiek onderdeel van het inkopen van producten, diensten of werken. Daarom wordt in dit hoofdstuk allereerst het inkoopproces nader toegelicht (paragraaf 4.2). Vervolgens worden twee soorten beleidsinstrumenten binnen het inkoopproces uitgewerkt: de aanbestedingsmethode en het bekostigingsmodel. De in 2015 meest gebruikte methoden en modellen worden toegelicht in respectievelijk paragraaf 4.3 en 4.4. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting (4.6).

4.1 Doel aanbestedingsregels

Aanbesteden is een specifiek onderdeel in het proces van het inkopen van producten, diensten of werken. In Nederland besteedt de overheid voor meer dan 60 miljard euro per jaar aan. Die inkoop vindt plaats met gemeenschapsgeld. Het is in het belang van de belastingbetaler dat de inkoop op transparante en effectieve wijze plaatsvindt (PIANOO, februari 2016). Daarom is op Europees en op nationaal niveau aanbestedingswetgeving opgesteld. In Nederland wordt het wettelijk kader rondom aanbestedingen gevormd door de Aanbestedingswet 2012, die op 1 juli 2016 is herzien. Daarnaast zijn het Aanbestedingsbesluit, drie Europese aanbestedingsrichtlijnen, de Algemene Richtlijn Werken 2012 en de Gids Proportionaliteit van kracht. Het doel van de wetgeving is allereerst het creëren van een open Europese markt. Door gelijke kansen voor bedrijven te creëren ontstaat concurrentie. Dit heeft een positieve invloed op de prijs en kwaliteit van de geleverde goederen, werken of diensten. Ten tweede vormt de aanbestedingswetgeving een instrument om duurzaamheid en sociale aspecten in de samenleving te promoten. Tot slot wordt met de wetgeving vriendjespolitiek voorkomen (PIANOO, februari 2016).

Aan de hand van drie aspecten kan bepaald worden of de aanbestedingsregelgeving gevolgd moet worden (PIANOO, februari 2016). Allereerst moet bepaald worden of de organisatie verplicht is om aan te besteden. Volgens artikel 1 sub 1 van de Aanbestedingswet zijn aanbestedende diensten de staat, gemeente, waterschap en de publiekrechtelijk instelling of een samenwerkingsverband hiervan. Ten tweede moet het voorwerp van aanbesteding een werk, levering of dienst zijn en moet het voorwerp een overheidsopdracht inhouden. Een overheidsopdracht wordt in de Aanbestedingswet gekwalificeerd als een schriftelijke overeenkomst onder bezwarende titel, gesloten tussen de aanbestedende dienst en de dienstverlener, voor een dienst, levering of werk. Tot slot moet de waarde van de opdracht

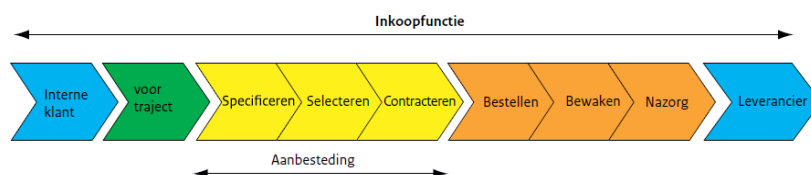
hoger dan het Europees drempelbedrag zijn. Voor sociale en andere specifieke diensten is dit bedrag vastgesteld op € 750.000. Indien aan deze drie voorwaarden is voldaan, moet Europees worden aanbesteed volgens hoofdstuk 1 en 2 van de Aanbestedingswet (PIANOo, februari 2016). In de volgende paragraaf zal nader worden ingegaan op de fases binnen het aanbestedingsproces.

4.2 Inkoopproces

Het algemene verloop van een inkoopproces is beschreven door verschillende wetenschappers en professionals uit de praktijk (zie Monczka, Handfield, Giunipero & Patterson, 2009; PIANOo, 2 april 2013) maar het meest gebruikte model voor publieke inkoop is de benadering van Van Weele (1997). Hoewel deze benadering niet specifiek is ontworpen voor publieke inkoop, is het wel toepasbaar op inkoop in de publieke sector (Grandia, 2015).

Van Weele definieert inkopen als “het van externe bronnen betrekken van alle goederen of diensten die noodzakelijk zijn voor de bedrijfsuitoefening, de bedrijfsvoering en de instandhouding van de organisatie tegen de voor de organisatie gunstigste voorwaarden” (Van Weele, 1997, p. 12). De inkoop betreft dus de gehele organisatie die zich bezighoudt met inkopen. Keuzes die in de verschillende fasen van het inkoopproces worden gemaakt zijn afhankelijk van de strategie en het beleid van de organisatie. Daarnaast kunnen regelmatige controles door prestatiemeting van de totale inkoopfunctie informatie opleveren waarmee desgewenst op onderdelen bijgestuurd kan worden (Streefkerk & Van Amstel, 2009).

Van Weele (1997) onderscheidt zes stappen in het inkoopproces. Lysons en Farrington breiden het model van Van Weele (1997) verder uit. Zij benoemen in hun model (zie Figuur 1) het management van de relatie tussen de interne klant en de leverancier en voegen een zevende stap toe aan het proces: het voortraject.



FIGUUR 1. INKOOPPROCES LYSONS EN FARRINGTON (2006), IN GIDS PROPORTIONALITEIT 2016

De keuzes in het voortraject worden gemaakt door de interne klant: de budgethouders, inhoudelijk deskundigen, managementbestuurders en de politieke context van een organisatie

(Lysons & Farrington, 2006). In het voortraject wordt allereerst een inkoopstrategie geformuleerd. In de inkoopstrategie bepaalt de aanbestedende dienst hoe de inkoopprocedures zullen worden ingericht (Gids Proportionaliteit, 2016, p. 11). Bij het inrichten van de inkoopprocedure kunnen aanbestedende diensten gebruikmaken van verscheidene beleidsinstrumenten. Aanbestedende diensten kunnen onder meer bepalen in hoeverre zij flexibiliteit in contracten wensen, welke monitoringsinstrumenten zij zullen inzetten, hoelang de contractduur zal bedragen en of er optie tot contractverlening is. Ook moeten aanbestedende diensten de wijze van aanbesteden en het bekostigingsmodel bepalen. Elk van de combinaties van instrumenten leidt tot andere inkoopresultaten. Aanbestedende diensten moeten de instrumenten altijd in relatie tot elkaar inzetten zodat een consistent systeem ontstaat (CPB, 2015, p. 5).

Na het ontwikkelen van de inkoopstrategie kan de aanbestedende dienst een marktconsultatie organiseren. Dit is een informatie-uitwisseling met belanghebbende partijen over een voorgenomen aanbesteding. Aan de hand van de opgedane informatie stelt de aanbestedende dienst de haalbaarheid en randvoorwaarden van de opdracht vast (PIANOo, juni 2016, p. 2). Tenslotte wordt in het voortraject een programma van eisen opgesteld. Hierin worden de behoefte, de doelstellingen, de inkoopstrategie en de informatie die is verkregen uit de marktconsultatie vertaald in een concreet document op basis waarvan de aanbesteding uitgevoerd gaat worden (Gids Proportionaliteit, 2016, p. 14). Het programma van eisen wordt vastgelegd in een aanbestedingsdocument, dat ook wel bestek wordt genoemd.

Vervolgens start de eerste fase van de aanbesteding en worden in het bestek de eisen en voorwaarden van de opdracht nader gespecificeerd. Aanbestedende diensten kunnen de voorwaarden op functionele wijze of op technische wijze specificeren. Bij een functionele specificatie worden de functies uiteengezet die de goederen, diensten of werken moeten bezitten. Een technische specificatie beschrijft de technische proporties en kenmerken van een product (Van Weele, 2005). Het specificeren is een belangrijke stap in het proces. Wanneer de specificaties helder zijn beschreven is makkelijker te verantwoorden waarom een contract aan een aanbieder is toegekend (Grandia, 2015).

In fase twee worden de aanbieders geselecteerd aan de hand van een aantal criteria die worden genoemd in artikel 1.10 van de Aanbestedingswet. Allereerst bekijkt de aanbestedende dienst of uitsluitingsgronden aanwezig zijn. In dat geval zijn er omstandigheden die uitsluiting van deelneming door de inschrijver kunnen rechtvaardigen. Vervolgens beoordeelt de aanbestedende dienst of inschrijvers voldoen aan de

geschiktheidseisen. Geschiktheidseisen zien op eisen waaraan een inschrijver minimaal dient te voldoen om voor gunning van de opdracht in aanmerking te komen. Deze eisen betreffen bijvoorbeeld de financiële en economische draagkracht of de technische- en beroepsbekwaamheid van een organisatie. Daarna wordt aan de hand van selectiecriteria bekeken of inschrijvers kunnen worden toegelaten tot deelneming aan de procedure. Selectiecriteria zijn eisen die een aanbestedende dienst kan stellen om het aantal aanbieders dat voor uitnodiging tot inschrijving in aanmerking komt, te beperken. In de selectiefase hoeft dus nog geen inschrijving te zijn gedaan. Net als bij het stellen van geschiktheidseisen is het niet verplicht om selectiecriteria toe te passen (Gids Proportionaliteit, 2016, p. 54).

Tenslotte wordt aan de hand van de gunningscriteria bepaald welke onderneming de beste aanbieding heeft gedaan en voor gunning in aanmerking komt (Gids Proportionaliteit, 2016, p. 34). Aanbestedende diensten gunnen hun overheidsopdracht aan de, naar hun oordeel, economisch meest voordelige inschrijving. De economisch meest voordelige inschrijving kan worden vastgesteld op basis van de beste prijs-kwaliteitverhouding, de laagste kosten berekend op basis van kosteneffectiviteit of de laagste prijs (art. 2.114 Aanbestedingswet). De wetgever neemt de beste prijs-kwaliteitverhouding als uitgangspunt (Gids Proportionaliteit, 2016, p. 54).

In de derde fase worden de aanbieders met de beste prijs-kwaliteitverhouding gecontracteerd. De overeenkomst omvat verschillende aspecten: prijsovereenkomsten, betaaltermijnen, boeteclausules, garantievoorwaarden, verzekeringen en leveringstermijnen (Van Weele, 2005). Na de derde fase is de aanbesteding afgesloten. In fase vier wordt de order geplaatst en in fase vijf worden de afspraken die met de leverancier zijn gemaakt actief bewaakt. Wanneer het product of de dienst in gebruik is genomen start tenslotte de nazorg en evaluatie. In deze laatste fase worden eventuele claims en boeteclausules afgehandeld en worden de leveranciers(prestaties) beoordeeld (Van Weele, 1997).

4.3 Aanbestedingsmethoden

Eén van de beleidsinstrumenten waarmee aanbestedende diensten hun inkoopprocedure inrichten betreft de aanbestedingsmethode. In deze paragraaf zal allereerst het begrip aanbestedingsmethode worden geïntroduceerd door eigenschappen en definities van het begrip te beschrijven. Vervolgens zullen de eigenschappen worden besproken van de methoden die gemeenten in 2015 het meest gebruikten om huishoudelijke hulp mee aan te

besteden. Achtereenvolgens zijn dit *bestuurlijk aanbesteden* (54% van de gemeenten maakten van dit model gebruik) en de *meervoudig onderhandse aanbesteding* (17%) (CPB, 2015).

4.3.1 Eigenschappen en definities

Een aanbestedingsmethode is een procedure met behulp waarvan een aanbestedende dienst probeert te komen tot gunning van een opdracht aan een marktpartij door concurrentie in de markt op te roepen (Gids Proportionaliteit, 2016). Aanbestedende diensten zijn verplicht om opdrachten met een waarde boven de Europese drempelbedragen Europees aan te besteden. De Europese drempelwaarden voor overheidsopdrachten zijn vastgelegd in de Europese richtlijnen. Ook beneden de Europese drempelbedragen passen aanbestedende diensten vaak wettelijk vastgestelde aanbestedingsprocedures toe. Per opdracht moet worden bekeken welke procedure het meest geschikt en proportioneel is (Gids Proportionaliteit, 2016).

Zowel boven als onder de drempel is van belang dat een procedure wordt gekozen, die aansluit bij het onderwerp van de aanbesteding en is afgezet tegen het karakter van de markt (Gids Proportionaliteit, 2016). Het karakter van de markt wordt beoordeeld aan de hand van het aantal potentiële aanbieders en de mate van concurrentie. Ook spelen de omvang van de opdracht, de transactiekosten tussen de aanbestedende dienst en inschrijvers, het gewenste eindresultaat, de complexiteit van de opdracht en het type opdracht een rol. Daarnaast kunnen andere verschillen, zoals geografische, een rol spelen. Zo kan hetzelfde type markt in de ene regio een andere procedure vergen dan in een andere regio. In alle gevallen moet dus sprake zijn van maatwerk (Gids Proportionaliteit, 2016).

Boven de grens van Europees aanbesteden is een aantal procedures mogelijk, waarvan de openbare en niet-openbare procedure de bekendste en meest gebruikte zijn. Onder de grens voor Europees aanbesteden, waar overheidsopdrachten in de zorgsector vaak onder vallen, bestaan in principe geen wettelijk voorgeschreven procedures (Gids Proportionaliteit, 2016). Zoals gezegd maken gemeenten bij het aanbesteden van huishoudelijke hulp vaak gebruik van ofwel *bestuurlijk aanbesteden* ofwel *meervoudig onderhands aanbesteden*. Deze methoden zullen in de volgende twee paragrafen worden toegelicht.

4.3.2 Bestuurlijk aanbesteden

Bestuurlijk aanbesteden is geen juridisch concept dat als procedure is vastgelegd in de Aanbestedingswet, maar is in 2011 door een consultant bedacht (Gemeenten van de Toekomst, n.d.). De methode gaat uit van het principe van wederzijdse afhankelijkheid. Opdrachtgevers en opdrachtnemers hebben elkaar nodig om hun doelstellingen te realiseren:

aanbieders beschikken over personeel en deskundigheid en aanbestedende diensten beschikken over autoriteit en financiële middelen (Robbe, 2013). Partijen moeten onderhandelen over de eisen van opdrachtgevers en de manier waarop aanbieders die kunnen vervullen (PIANOo, n.d.(b)). Een *bestuurlijk aanbesteding* bestaat uit vier fasen: de voorbereiding, de onderhandeling, het contracteren en de uitvoering (Robbe, 2013).

In de voorbereiding brengt de aanbestedende dienst de huidige en de gewenste situatie in kaart. Vervolgens stelt de aanbestedende diensten twee conceptovereenkomsten op: de Communicatie, Overleg en Besluitvormingsovereenkomst (COB-overeenkomst) en de inhoudelijke overeenkomst. In de COB-overeenkomst worden procesafspraken vastgelegd. Hierin wordt duidelijk wie waarover zal onderhandelen en op welke manier de onderhandelingen zullen plaatsvinden. In de inhoudelijke overeenkomst, ook wel het hoofdconvenant genoemd, stelt de aanbestedende diensten de inhoudelijke en financiële onderhandelingskaders vast. De prestaties die beide partijen zullen leveren, worden gespecificeerd. Tot slot wordt vastgelegd hoe de prestaties zullen worden gemonitord. Ook worden financiële afspraken gemaakt over bijvoorbeeld het uur- en producttarief en de hoogte van eventuele subsidie (Robbe, 2013). Met deze aanbestedingsmethode wordt dus geen bestek opgesteld met daarin een eisenpakket waar de aanbieder een offerte op prijs voor maakt. Het perspectief van de aanbieders wordt in deze fase nog niet meegenomen en alle bepalingen uit de conceptovereenkomsten blijven bespreek- en onderhandelbaar.

Vervolgens worden alle huidige of geïnteresseerde aanbieders, voor zover zij niet voldoen aan de uitsluitingscriteria, uitgenodigd voor een of meerdere plenaire bijeenkomst(en) (Robbe, 2013). In de bijeenkomsten stellen partijen gezamenlijk de overeenkomsten definitief vast. De aanbestedende dienst bepaalt uiteindelijk wat besloten wordt, maar aanbieders hebben inspraak in de manier waarop het aanbestedingsproces en de inhoud ervan worden vormgegeven (PIANOon, n.d.(b)).

Vervolgens start in de derde fase het contracteren. Artikel 6 van de Mededingingswet verbiedt aanbieders in het bijzijn van andere aanbieders te spreken over eigen strategische plannen. Strategische plannen bevatten onder meer kostprijzen en prijsstelling. Aanbestedende diensten zijn zodoende verplicht om met elke aanbieder individuele prijsonderhandelingen te voeren. De prijsonderhandeling resulteert in individuele convenanten waarin prijsstellingen en eventuele andere afspraken worden opgenomen (Robbe, 2011).

Tenslotte start in de laatste fase de uitvoering van het contract. In deze fase wordt bepaald hoe de aanbesteding zal worden gemonitord en welke consequenties de monitoring met zich meebrengt. Indien prestaties niet worden bereikt, kan de overeenkomst worden aangepast of kan een sanctie aan de aanbieder worden opgelegd (PIANOo, n.d.(b)). Het hoofdconvenant blijft openstaan voor nieuwe aanbieders die voldoen aan de eisen die in het hoofdconvenant zijn gesteld. Daarnaast kunnen aanbieders terugtreden nadat zij zich hebben aangesloten bij de overeenkomst. Aanbestedende diensten hoeven dus geen nieuwe aanbesteding te organiseren als zij nieuwe aanbieders willen aantrekken of aanbieders nieuwe diensten willen laten uitvoeren. De nieuwe diensten kunnen aan het hoofdconvenant worden toegevoegd, en over de voorwaarden en prijsstelling kan weer individueel met de aanbieders worden onderhandeld (Robbe, 2011).

4.3.3 Meervoudig onderhands aanbesteden

Bij een *meervoudig onderhandse aanbestedingsprocedure* betreft de aanbestedende dienst doorgaans drie tot vijf aanbieders. Meer ondernemers uitnodigen betekent dat meer ondernemers een offerte moeten maken, hetgeen de transactiekosten verhoogt (Gids Proportionaliteit 2016, p. 32). De aanbestedende dienst selecteert de aanbieders zelf (Movisie, 2016). De aanbieders worden uitgenodigd om een offerte in te dienen op basis van een bestek met daarin alle relevante informatie over de gevraagde diensten. In het bestek zijn de objectieve criteria opgenomen waarop aanbieders geselecteerd zullen worden. In de offerte beschrijven de aanbieders hoe zij kunnen voldoen aan de gestelde criteria en offeren zij een prijs voor de gevraagde dienstverlening. De gemeente kan eventueel in het bestek een bandbreedte aangeven voor de prijs.

De aanbieders worden geselecteerd op basis van een combinatie van de objectieve kwaliteitscriteria en de laagste prijs (Movisie, 2016). Voor de selectie en gunning van opdrachtnemers wordt vaak gebruik gemaakt van inhoudelijke kwaliteitscriteria (Movisie, 2016). Er is sprake van een formele procedure met uitsluitingsgronden, geschiktheidseisen en een gunningscriterium. Wanneer aanbieders niet aan alle vereisten voldoen, wordt hun inschrijving ongeldig verklaard. De beoordeling vindt plaats op basis van ingediende documenten en is beperkt tot de periode van aanbesteding (Movisie, 2016).

De methode kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Vaak onderhandelen aanbestedende diensten een-op-een met aanbieders over de contractvoorwaarden. Aanbestedende diensten vragen de aanbieders om eerst een offerte in te dienen. Vervolgens

wordt op basis hiervan tussen partijen onderhandeld over de geoffreerde tarieven (CPB, 2015). Gedurende de looptijd van het contract is het voor nieuwe aanbieders niet mogelijk om toe te treden en voor huidige aanbieders niet mogelijk om terug te treden.

4.4 Bekostigingsmodellen

Eén van de beleidsinstrumenten waarmee aanbestedende diensten hun inkoopprocedure vormgeven betreft het bekostigingsmodel. In deze paragraaf zal allereerst het begrip bekostigingsmodel worden geïntroduceerd door eigenschappen en definities van het begrip te beschrijven. Vervolgens zullen de eigenschappen worden besproken van de twee bekostigingsmodellen die gemeenten in 2015 het meest gebruikten om huishoudelijke hulp mee aan te besteden. Achtereenvolgens zijn dit *PxQ-bekostiging* (59% van de gemeenten maakte van dit model gebruik) en *resultaatgerichte bekostiging per cliënt* (29%) (CPB, 2015).

4.4.1 Eigenschappen en definities

De vormgeving van de contracten is een ander belangrijk sturingsinstrument bij de inkoop van gemeentelijke zorgtaken. Van alle contractspecificaties wordt de bekostigingsstructuur doorgaans als het belangrijkste sturingsinstrument beschouwd (CPB, 2015). Bekostiging gaat over de manier waarop de aanbestedende dienst geld betaalt in ruil voor levering van prestaties, activiteiten en dienstverlening van de opdrachtnemer. De wijze van bekostiging leidt tot een risicoverdeling tussen gemeenten en aanbieders voor risico's van budgetoverschrijding, tariefstijgingen, kapitaallasten en fluctuaties in aantallen cliënten (Transitiebureau, 2012, p. 67). Het geheel van afspraken wordt vastgelegd in een overeenkomst en wordt het bekostigingsmodel genoemd (Movisie, 2016). Met behulp van het bekostigingsmodel kunnen aanbestedende diensten in belangrijke mate de inspanningen van de aanbieder sturen. De keuze voor een bepaalde bekostigingsmethode bepaalt namelijk in grote mate de prikkels die de aanbieders ervaren (CPB, 2015, p. 27).

4.4.2 PxQ-bekostiging

Bij deze vergoedingsmethode betaalt de gemeente voor de vooraf gedefinieerde diensten die door de opdrachtnemer voor een specifieke cliënt zijn uitgevoerd (CPB, 2015). Andere namen voor dit model zijn prestatiebekostiging of outputbekostiging. Bij het implementeren van deze vorm van bekostiging is het belangrijk om nauwkeurig de prestaties te beschrijven op basis waarvan betaling zal plaatsvinden. De prestaties kunnen op verschillende abstractie- of detailniveaus worden beschreven. De ondersteuning kan tenslotte op zichzelf staan of tegelijkertijd met verschillende andere zorgactiviteiten worden aangeboden. De productie kan in verschillende eenheden worden beschreven: per uur, per verrichting, per traject of geformuleerd als standaardpakket aan diensten. Aanbieders ontvangen per eenheid geleverde zorg een vast tarief. Er is dus een directe koppeling tussen de cliënt, de ondersteuning en

de bekostiging. De ondersteuning wordt daardoor op een transparante en controleerbare wijze geleverd (TransitieBureau, 2013).

In beginsel is productiebekostiging bij veel diensten in het sociaal domein toepasbaar. Met name voor de ondersteuning waarvoor de gemeente een individuele indicatie of beschikking verstrekt en waarbij de gemeente verschillende aanbieders contracteert past bij deze vorm van bekostigen. Ook bij andere vormen van ondersteuning waarbij de gemeente stuurt op het gebruik per cliënt in combinatie met verschillende aanbieders die de ondersteuning leveren, past een dergelijke bekostigingsvorm (TransitieBureau Wmo, 2013).

4.4.3 Resultaatgerichte bekostiging per cliënt

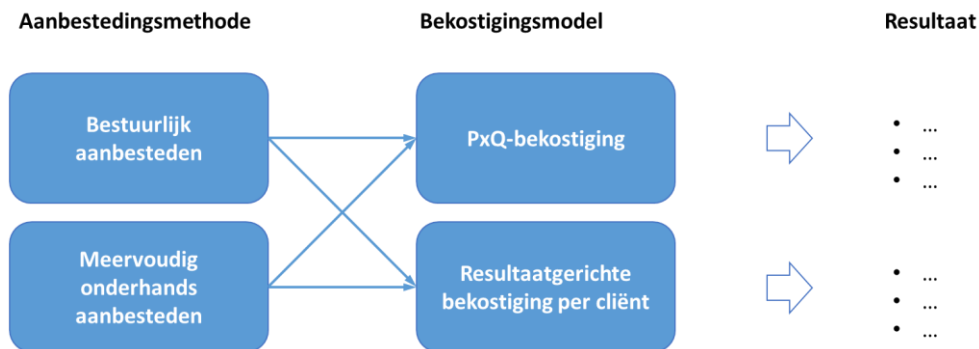
Bij deze vergoedingsmethode ontvangen aanbieders per behandelde cliënt een vast bedrag op basis van het behaalde resultaat, onafhankelijk van het aantal geleverde zorguren. Dit model wordt daarom ook wel outcome-bekostiging genoemd. Aanbieders ontvangen het vaste bedrag vaak per maand of per jaar (TransitieBureau Wmo, 2013). De inzet van uren hoeft niet verantwoord te worden aan de aanbestedende dienst. De aanbieder heeft dus de autonomie om de ondersteuning van de cliënt zelf vorm te geven (CPB, 2015).

Aanbestedende diensten zetten in deze vorm van bekostiging de resultaten rond de individuele cliënt centraal. Vergoedingen worden niet gekoppeld aan de mate waarin resultaten bereikt worden. Deze vorm van bekostiging kan dus niet worden beschouwd als resultaatbekostiging maar als resultaatgerichte bekostiging (CPB, 2015). Er volgen wel consequenties als de zorgaanbieder de resultaten niet of onvoldoende bereikt. Gemeenten kunnen aanbieders bijvoorbeeld aanspreken op het verbeteren van de prestaties, de cliënt mag overstappen naar een andere aanbieder, er kan een stop worden gezet op de instroom van nieuwe cliënten en het is mogelijk dat de aanbieder de vergoeding aan de gemeente moet terugbetalen. Tot slot is het mogelijk om bij wanprestatie het contract te ontbinden (CPB, 2015).

4.5 Verwachtingen

Gemeenten maken bij het aanbesteden van hun huishoudelijke hulp in de meerderheid van de gevallen gebruik van *bestuurlijk aanbesteden*, *meervoudig onderhands aanbesteden* en het *Zeeuws Model*. Daarnaast maken gemeenten vaak gebruik van twee bekostigingsmodellen: *PxQ-bekostiging* en *resultaatgerichte bekostiging per cliënt*. Zoals eerder genoemd wordt het *Zeeuws Model* in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. In totaal worden in dit onderzoek

daarom vier combinaties van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen geanalyseerd (zie Figuur 2).



FIGUUR 2. CONCEPTUEEL MODEL

In de volgende paragrafen wordt per combinatie aangegeven in welke mate ingeschat wordt dat waarborgen voor elk publiek belang aanwezig zijn. De mate waarin geschat wordt dat waarborgen voor een publiek belang aanwezig zijn, wordt aangeduid met ‘laag’, ‘gemiddeld’ of ‘hoog’. Voor elke combinatie wordt op basis van deze inschattingen een verwachting uitgesproken die aan het eind van elke paragraaf zal worden weergegeven.

4.5.1 Combinatie 1: Bestuurlijk aanbesteden – PxQ-bekostiging

Verwacht wordt dat de eerste combinatie, *bestuurlijk aanbesteden* gecombineerd met *PxQ-bekostiging*, een hoge mate van kwaliteit oplevert. Gemeenten zijn door gebruik van deze aanbestedingsmethode in staat om de minimumkwaliteitseisen te bepalen, zodat de patiëntveiligheid gewaarborgd zal worden. De effectiviteit van de zorg zal door *PxQ-bekostiging* afnemen omdat zorgverleners per cliënt meer tijd te besteden hebben. Dit prikkelt niet om efficiënt te werk te gaan, maar stimuleert daarentegen juist overproductie. Door de prikkel tot overproductie zal de vraaggerichtheid van de zorg verhoogd worden. Zij zijn hierdoor meer flexibel bij het indelen van hun taken en kunnen de zorg beter naar de wens van de cliënt inrichten.

Verwacht wordt dat de toegankelijkheid van de zorg een gemiddeld niveau zal behalen. Gemeenten kunnen de minimumeisen die zij stellen aan de toegankelijkheid opnemen in hun contract. Zo zal de financiële toegankelijkheid niet per combinatie verschillen omdat gemeenten eenzijdig de minimumeisen kunnen opleggen in het contract. Dit geldt ook voor de tijdigheid van zorg. De toegankelijkheid naar behoefte zal bij deze combinatie ook gemiddeld

zijn, omdat aanbieders door het bekostigingsmodel PxQ niet geprikkeld worden om extra moeite in het behalen van een hogere toegankelijkheid naar behoefte te steken.

De combinatie zal een gemiddelde mate van betaalbaarheid opleveren. PxQ -bekostiging zal overproductie stimuleren. Aanbieders willen graag zo veel mogelijk uren aan hun cliënten besteden. In het veelvuldige overleg dat plaatsvindt tussen hen en de gemeente kunnen zij de gemeente van de noodzaak van meer uren overtuigen. De macrokosten zullen dus hoog uitvallen. Aan de andere kant wordt bij *bestuurlijk aanbesteden* vaak een grote hoeveelheid aanbieders gecontracteerd. Hierdoor zal de concurrentie tussen aanbieders ontstaan en zullen zij een zo gunstig mogelijke prijs-kwaliteit verhouding aanbieden. De doelmatigheid zal dus hoog zijn.

Op basis van de bovenstaande redenering kan verwachting 1 als volgt worden geformuleerd: *De combinatie bestuurlijk aanbesteden – PxQ -bekostiging levert een hoge mate van kwaliteit op, een gemiddeld niveau van toegankelijkheid en een gemiddeld niveau van betaalbaarheid.*

4.5.2 Combinatie 2: Bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt

De tweede combinatie, *bestuurlijk aanbesteden* met *resultaatgerichte bekostiging per cliënt*, zal naar verwachting een gemiddelde mate van kwaliteit opleveren. Omdat gemeenten door gebruik van deze aanbestedingsmethode in staat zijn om de minimumkwaliteitseisen te bepalen zal de patiëntveiligheid gewaarborgd worden. Door het gebruik van *resultaatgerichte bekostiging* zal de vraaggerichtheid van de zorg afnemen. Aanbieders zullen minder uren te besteden hebben en moeten doelgericht te werk gaan. Met wensen van de cliënt kan dan niet altijd rekening worden gehouden. Anderzijds zal door de tijdsdruk de effectiviteit van de zorg stijgen.

Verwacht wordt dat deze combinatie een hoog niveau van toegankelijkheid zal behalen. Gemeenten kunnen de minimumeisen die zij stellen aan de toegankelijkheid, opnemen in hun contract. Bij *bestuurlijk aanbesteden* wordt een grote hoeveelheid aanbieders geselecteerd. Dit prikkelt de aanbieders om de toegankelijkheid te verbeteren. Bovendien vindt bij *bestuurlijk aanbesteden* veelvuldig overleg plaats tussen opdrachtgever en opdrachtnemers. Hierdoor zal een hoge mate van betrokkenheid ontstaan. Door deze betrokkenheid zullen opdrachtnemers extra moeite steken in het verhogen van de toegankelijkheid van de zorg.

De tweede combinatie zal een hoge mate van betaalbaarheid opleveren. Door resultaatgerichte bekostiging worden aanbieders gestimuleerd om hun resultaten in zo min

mogelijk uren te bereiken. De macrokosten zullen hierdoor dalen en tegelijkertijd zal de doelmatigheid hierdoor stijgen.

Op basis van de bovenstaande redenering kan verwachting 2 als volgt worden geformuleerd: *De combinatie bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt levert een gemiddelde mate van kwaliteit op, een hoge mate van toegankelijkheid en een hoog niveau van betaalbaarheid.*

4.5.3 Combinatie 3: Meervoudig onderhands aanbesteden – PxQ-bekostiging

Verwacht wordt dat de derde combinatie, *meervoudig onderhands aanbesteden* gecombineerd met *PxQ-bekostiging*, een hoge mate van kwaliteit oplevert. Ook bij *meervoudig onderhands aanbesteden* stellen gemeenten minimumeisen op voor de kwaliteit waardoor de patiëntveiligheid gewaarborgd wordt. De effectiviteit van de zorg zal door *PxQ-bekostiging* afnemen omdat zorgverleners worden geprikkeld tot overproductie. De vraaggerichtheid zal toenemen door de extra hoeveelheid beschikbare tijd die zorgverleners aan hun cliënt kunnen besteden.

De combinatie zal naar verwachting zorgen voor een lage mate van toegankelijkheid. De gemeente kan in het bestek door gemiddeld van minimumeisen de toegankelijkheid waarborgen, maar aanbieders worden noch door de aanbestedingsmethode, noch door het bekostigingsmodel gestimuleerd om extra moeite te doen voor de toegankelijkheid van de zorg. Wanneer de aanbieders eenmaal gecontracteerd zijn, is de prikkel tot onderlinge concurrentie minimaal. De aanbieders zullen dan louter de minimumeisen van het contract volbrengen.

De betaalbaarheid van de zorg zal door deze combinatie laag zijn. *PxQ-bekostiging* zal overproductie stimuleren. Aanbieders willen graag zo veel mogelijk uren aan hun cliënten besteden. Tijdens het veelvuldige overleg dat plaatsvindt tussen hen en de gemeente kunnen zij de gemeente van de noodzaak van meer uren overtuigen. De macrokosten zullen zodoende hoog uitvallen. Daarentegen zorgt de concurrentie die aanbieders ervaren voordat het contracteren heeft plaatsgevonden, ervoor dat de doelmatigheid verhoogd wordt. Door de concurrentie zullen de aanbieders een zo gunstig mogelijke prijs-kwaliteit aanbieden. De doelmatigheid zal dus hoog zijn.

Op basis van de bovenstaande redenering kan verwachting 3 als volgt worden geformuleerd: *De combinatie meervoudig onderhands aanbesteden – PxQ-bekostiging levert*

een hoge mate van kwaliteit op, een lage mate van toegankelijkheid en een laag niveau van betaalbaarheid.

4.5.4 Combinatie 4: Meervoudig onderhands aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt

Verwacht wordt dat de vierde combinatie, *meervoudig onderhands aanbesteden* gecombineerd met *resultaatgerichte bekostiging per cliënt*, een gemiddelde mate van kwaliteit oplevert. Ook bij deze combinatie zal de gemeente de minimumeisen in haar bestek opnemen en zo de patiëntveiligheid waarborgen. De effectiviteit wordt hoog omdat aanbieders de zorg naar eigen inzicht kunnen inrichten. Bovendien zullen aanbieders meer omzet maken naarmate zij minder uren per cliënt besteden, wat ook een positief effect heeft op de effectiviteit waarmee zorg geleverd wordt. Anderzijds zal dan niet altijd rekening kunnen worden gehouden met de wensen van de cliënt, waardoor de mate van vraaggerichtheid gemiddeld zal zijn. Zorgaanbieders zullen alleen de minimumeisen uit het contract naleven en worden niet gestimuleerd om extra kwaliteit te leveren.

De toegankelijkheid van de zorg zal een laag niveau behalen. De gemeente kan in het bestek door gemiddeld van minimumeisen de toegankelijkheid waarborgen, maar aanbieders worden noch door de aanbestedingsmethode, noch door het bekostigingsmodel gestimuleerd om de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen. Per gebied wordt één zorgaanbieder geselecteerd die de zorg voor alle inwoners in dat gebied zal leveren. De zorgaanbieder kan zich niet specialiseren in bepaalde doelgroepen. Hierdoor wordt de toegankelijkheid van de zorg slechts in beperkte mate gewaarborgd.

Tot slot wordt verwacht dat de betaalbaarheid van de zorg door deze combinatie een hoog niveau bereikt. De kosten zullen door de gemeente van tevoren worden bepaald en de aanbieders kunnen hier geen invloed op uitoefenen. Tevens zal een hoge mate van doelmatigheid worden bereikt omdat aanbieders worden gestimuleerd om hun resultaten in zo min mogelijk uren te bereiken. Omdat aanbieders het resultaat contractueel wordt vastgelegd zal met zo min mogelijk kosten zo veel mogelijk resultaat worden behaald.

Op basis van de bovenstaande redenering kan verwachting 4 als volgt worden geformuleerd: *De combinatie meervoudig onderhands aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt levert een gemiddelde mate van kwaliteit op, een lage mate van toegankelijkheid en een hoog niveau van betaalbaarheid.*

Schematisch kunnen de verwachtingen in de onderstaande tabel worden samengevat. De verwachte mate waarin waarborgen voor een publiek belang aanwezig zijn, wordt aangeduid met ‘laag’, ‘gemiddeld’, of ‘hoog’. In de tabel wordt omwille van de overzichtelijkheid ‘gemiddeld’ als ‘gemiddeld’ aangeduid. De verwachtingen zullen in hoofdstuk 6 worden getoetst.

	Kwaliteit	Toegankelijkheid	Betaalbaarheid
<i>Combinatie 1</i>	Hoog	Gemiddeld	Gemiddeld
<i>Combinatie 2</i>	Gemiddeld	Hoog	Hoog
<i>Combinatie 3</i>	Hoog	Laag	Laag
<i>Combinatie 4</i>	Gemiddeld	Laag	Hoog

TABEL 1. SCHEMATISCHE SAMENVATTING VERWACHTINGEN

4.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de door gemeenten meest gebruikte aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen genoemd en uitgewerkt. De meest gebruikte aanbestedingsmethoden zijn *bestuurlijk aanbesteden* (54%) en de *meervoudig onderhandse aanbesteding* (17%). Daarnaast wordt ook het *Zeeuws Model* veel gebruikt (17%) maar vanwege de grote overeenkomsten met *bestuurlijk aanbesteden* wordt deze methode in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. De bekostigingsmodellen zijn *PxQ-bekostiging* en *resultaatgerichte bekostiging per cliënt*. Tot slot zijn verwachtingen opgesteld over de verwachte waarborgen die per combinatie van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen voorkomen. De samenvatting van de verwachtingen is terug te vinden in Tabel 1. De verwachtingen zullen in hoofdstuk 6 worden getoetst.

5 Methodologisch kader

In dit hoofdstuk worden de methodologische keuzes die in dit onderzoek zijn gemaakt benoemd en verantwoord. Paragraaf 5.1 geeft verheldering over de gebruikte onderzoeksmethode. Vervolgens zullen de onderzoekseenheden worden besproken (5.2). Paragraaf 5.3 gaat in op de methoden van dataverzameling. In paragraaf 5.4 wordt de operationalisatie kenbaar gemaakt. Vervolgens wordt ingegaan op de manier waarop de data-analyse wordt uitgevoerd en worden de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek toegelicht (5.6). Het hoofdstuk sluit af met een korte samenvatting.

5.1 Onderzoeksmethode

Binnen bestuurskundig onderzoek kan voor zowel kwalitatief als voor kwantitatief onderzoek worden gekozen. Kwalitatief onderzoek wordt gebruikt wanneer variabelen niet meetbaar of in cijfers uit te drukken zijn (Vennix, 2010). Bij onderzoek naar de resultaten van combinaties van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen is het mogelijk om variabelen te meten en in cijfers uit te drukken. In dit onderzoek is desondanks voor een kwalitatieve methode gekozen om een aantal redenen.

Kwalitatief onderzoek omvat alle vormen van onderzoek die zijn gericht op het verzamelen en interpreteren van talig materiaal. Op basis van dit materiaal kunnen uitspraken worden gedaan over een verschijnsel in de werkelijkheid (Bleijenbergh, 2013, p. 10). Binnen kwalitatief onderzoek valt de interpretatieve onderzoeksbenadering. Het uitgangspunt van de interpretatieve vorm van kwalitatief onderzoek is het kenmerkende karakter van de sociale werkelijkheid. Men gaat ervan uit dat betekenis wordt gegeven aan verschijnselen en dat de betekenissen onderling worden uitgewisseld in alledaagse interacties. Door de uitwisseling wordt een gezamenlijke werkelijkheid geconstrueerd (Boeije, 2012, p. 20). In dit onderzoek wordt onderzocht hoe de inkopers, inkoopadviseurs en beleidsmedewerkers de situatie interpreteren die door het hanteren van de combinaties ontstaat. Mensen met verschillende achtergronden kunnen van elkaar afwijkende perspectieven hebben, zoals in kwalitatief onderzoek vaak voorkomt. Eventuele positieve of negatieve ervaringen kleuren de uitspraken van mensen (Boeije, 2012, p. 20). Uit de analyse van de uitspraken van de respondenten zal blijken of hun uitspraken overeenkomen en of zij over een situatie opmerkelijk positief of opmerkelijk negatief berichten. Tijdens de analyse wordt rekening gehouden met het feit dat deze uitschieters niet representatief hoeven te zijn.

Ten tweede leent kwalitatief onderzoek zich, in tegenstelling tot kwantitatief onderzoek, goed voor onderzoek wanneer sprake is van een gering aantal onderzoekseenheden (Wester, 1992, p. 212). Binnen de inkoopafdelingen van de onderzochte gemeenten en samenwerkingsverbanden zijn gemiddeld 3 tot 8 medewerkers werkzaam. Dit heeft tot gevolg dat een klein aantal onderzoekseenheden kon worden onderzocht. Een keuze voor kwalitatief onderzoek ligt daarom voor de hand.

Vanuit de theorie over aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen worden verwachtingen opgesteld over de bijdrage van de combinaties aan het waarborgen van de publieke belangen van de zorg. Omdat dit onderzoek is gebaseerd op de theorie over aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen, is het onderzoek deductief van aard. De verwachtingen zullen worden getoetst door middel van een casestudy en het onderzoek heeft dus een toetsend karakter. De onderzoeksobjecten worden benaderd vanuit een duidelijk gedefinieerd theoretisch raamwerk om van daaruit waarnemingen te verrichten die erop gericht zijn dit raamwerk te toetsen (Bleijenbergh, 2013).

5.1.1 Multiple casestudy

In dit onderzoek wordt met een multiple casestudy de aanwezigheid van waarborgen voor de drie publieke belangen van de zorg getoetst. Een casestudy is een empirisch onderzoek dat een huidig verschijnsel onderzoekt in zijn 'real-life context', waarbij de grenzen tussen verschijnsel en context niet helder zijn en waarbij meer dan één bron voor bewijsmateriaal wordt gebruikt (Hakvoort, 1995). De manier waarop de combinaties door gemeenten worden gehanteerd, kan niet los worden gezien van de context.

De casussen zijn allereerst geselecteerd op basis van de methode van overeenstemming. Bij alle casussen gaat het om gemeenten die de aanbesteding van huishoudelijke hulp hebben gecombineerd met een aanbesteding voor andere Wmo taken (zoals individuele begeleiding, dagbesteding en kortdurend verblijf). Ongeveer door 20% van de gemeenten in Nederland zette de aanbesteding van huishoudelijke hulp tijdens de inkoopronde van 2015 op deze manier op (persoonlijke communicatie Uenk, 3 mei 2016). De methode van overeenstemming helpt om te focussen op de aspecten waarin de casussen verschillen – de aanwezigheid van de waarborgen van publieke belangen –, waardoor dit verschijnsel worden verklaard. Binnen deze groep zijn vervolgens contrasterende cases geselecteerd. Bij contrasterende cases is de variatie bij voorkeur een variatie op de afhankelijke variabele omdat hiermee succes- en risicofactoren in de situatie kunnen worden benoemd. In dit onderzoek vormen de

combinaties de afhankelijke variabelen. Door de selectie van de gekozen vier combinaties kan na worden gegaan wat het effect is van de variatie tussen de combinaties op de onafhankelijke variabelen – in dit geval de publieke belangen (Van Thiel, 2010, p. 104).

Binnen elke combinatie wordt één Nederlandse gemeente of gemeentelijk samenwerkingsverband als casus genomen. Voor de eerste combinatie, *bestuurlijk aanbesteden* gecombineerd met *PxQ-bekostiging*, is de gemeente Katwijk geselecteerd. Voor de tweede combinatie, *bestuurlijk aanbesteden* gecombineerd met *resultaatgerichte bekostiging per cliënt*, is dit het gemeentelijk samenwerkingsverband Servicepunt71. Voor de derde combinatie, *meervoudig onderhands aanbesteden* gecombineerd met *PxQ-bekostiging*, is dit gemeentelijk samenwerkingsverband Stichting Rijk. Voor de vierde combinatie, *meervoudig onderhands aanbesteden* gecombineerd met *resultaatgerichte bekostiging per cliënt*, is de gemeente Haarlemmermeer geselecteerd.

Bovendien zijn vier test-interviews gehouden. Deze interviews zijn gehouden voor aanvang van de daadwerkelijke interviews. Naar aanleiding van deze test-interviews zijn de vragen in de interviews aangepast en is de validiteit van het onderzoek verhoogd. Tevens werd door het houden van deze interviews meer waardevolle achtergrondinformatie voor het onderzoek verworven. Eén test-interview is gehouden met de inkoopadviseur die in 2015 bij Regio Rivierenland de bestuurlijke aanbesteding van taken binnen de Wmo begeleidde. Twee test-interviews zijn gehouden bij de gemeente Rotterdam, met respectievelijk de projectleider inkoop zorg en welzijn en de senior inkoopadviseur sociaal domein. Tot slot is een test-interview gehouden met een medewerker inkoop en contract, werkzaam bij gemeentelijk samenwerkingsverband MGR Sociaal Domein Limburg Noord. De medewerker begeleidde de *bestuurlijke aanbesteding* gecombineerd met *PxQ-bekostiging* voor het sociaal domein in Limburg Noord. De data die werd verzameld uit dit interview bleek een hoge toegevoegde waarde te hebben voor het onderzoek. Hoewel ook dit interview in eerste instantie was opgezet als test-interviews, is daarom besloten om deze data te verwerken in het onderzoek.

5.2 Onderzoekseenheden

De verwachtingen zijn getoetst bij de inkoopafdelingen van twee gemeenten en twee samenwerkingsverbanden die elk met een van de vier combinaties werkten. Deze casussen vormen in dit onderzoek de onderzoekseenheden. De inkoopafdeling van een organisatie bepaalt welke aanbestedingsmethode met welk bekostigingsmodel wordt gecombineerd (NEVI, 8 juni 2016). In dit onderzoek is gekozen om de complexe eenheden atomisch te

bestuderen door aandacht te schenken aan de samenstellende delen. Anders geformuleerd, is informatie verzameld over de onderzoekseenheid door waarnemingseenheden te raadplegen (Hakvoort, 1995). Binnen de inkoopafdelingen van gemeenten of samenwerkingsverbanden zijn medewerkers werkzaam bij de inkoopafdelingen gekozen als waarnemingseenheden. Onder inkopers worden de medewerkers verstaan die het inkoopbeleid bewaken, leveranciersbeoordelingen coördineren en het contractbeheer uitvoeren (NEVI, 8 juni 2016). Inkoopadviseurs zijn de medewerkers die zorgdragen voor de uitvoering, begeleiding en ontwikkeling van de aanbestedingstrajecten (NEVI, 1 juni 2016). Om het inkoopbeleid af te stemmen op de inkoopbehoefte van de organisatie, onderhouden inkoopafdelingen vaak nauw contact met beleidsmedewerkers. Beleidsmedewerkers zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling en uitvoering van een beleidsonderdeel van een organisatie, in dit geval van het sociaal domein (Nationale Beroepengids, n.d.). Zij brengen de toekomstvisie van de gemeente in kaart en aan de hand van deze doelstellingen bepalen inkoopafdelingen de inkoopstrategie van de organisatie. Vanwege hun sleutelrol bij het tot stand brengen van de aanbestedingstrajecten, vormen deze inkopers, inkoopadviseurs en beleidsmedewerkers van het sociaal domein de waarnemingseenheden van dit onderzoek.

5.3 Dataverzameling

Om te onderzoeken welke combinatie van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen optimaal zijn bij het aanbesteden van huishoudelijke hulp worden gegevens verzameld. Dit onderzoek wordt uitgevoerd aan de hand van een documentanalyse en semi-gestructureerde interviews.

5.3.1 Documentanalyse

In dit onderzoek worden de bestekken van twee gemeenten en twee samenwerkingsverbanden geanalyseerd. De vier bestekken hebben betrekking op de aanbestedingsronde van de huishoudelijke hulp in 2015. Het bestek vormt binnen de aanbestedingsprocedure een belangrijk document. De aanbestedende dienst beschrijft in het bestek de opdracht waarvoor aanbieders zich kunnen inschrijven. In het bestek wordt duidelijk om welke opdracht het gaat, voor welke periode, welke eisen er aan de opdracht worden gesteld en welke uitsluitingsgronden en selectie- en gunningscriteria worden gehanteerd. Bovendien moet worden beschreven hoeveel gewicht aan de gunningscriteria wordt toegekend bij de uiteindelijke beoordeling (PIANOo, 2016). Omdat opdrachtgevers in het bestek nadere eisen kunnen stellen aan de aanbieders, vormt het bestek voor opdrachtgevers een belangrijk instrument om de publieke belangen in de zorg mee te kunnen waarborgen.

Bij het analyseren wordt bepaald of in het bestek aspecten zijn ingebouwd die een waarborg voor de publieke belangen bevatten. Een aspect wordt gezien als een waarborg wanneer deze kan worden ondergebracht bij een van de indicator domeinen. Indien een aspect een negatieve uitwerking heeft op de publieke belangen, wordt dit aspect beoordeeld als geen waarborg.

5.3.2 Semi-gestructureerd interview

Documenten bevatten zelden volledige informatie over datgene waarin de onderzoeker geïnteresseerd is. Vertrouwelijke informatie, afwijkende meningen, enzovoorts treft de onderzoeker zelden aan in documenten (Hakvoort, 1995). Daarom is in dit onderzoek gekozen om aanvullende informatie te halen uit interviews.

Het interview is een veelgebruikte methode bij het uitvoeren van een casestudy (Bleijenbergh, 2013). Interviews zorgen ervoor dat een sociaal verschijnsel te begrijpen is vanuit de kennis die directe betrokkenen erover hebben (Bleijenbergh, 2013, p. 33). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een specifiek soort interview, het semi-gestructureerde interview. Bij het semi-gestructureerde interview is het onderwerp waarover de respondenten ondervraagd zullen worden van tevoren vastgesteld door de onderzoeker. Het gesprek met de respondent wordt gevoerd aan de hand van een topiclijst. Deze lijst bevat de onderwerpen waarover een respondent ondervraagd wordt (Van Thiel, 2010, p. 109).

In dit onderzoek wordt de invloed van combinaties van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen onderzocht. Over de eigenschappen van de methoden en modellen en hun uitwerking op de publieke belangen van de zorg worden gerichte vragen gesteld. De onderzoekers formuleert voor aanvang van het interview de vragen en bepaalt in welke volgorde de vragen worden gesteld, hoewel deze volgorde in enkele gevallen in de loop van het gesprek kan wijzigen. De vragen zijn gebaseerd op de operationalisatie van de variabelen die in paragraaf 3.2 zijn genoemd.

Een voordeel van de voorstructurering van het interview is dat de onderzoeker zelf kan sturen welke informatie behandeld zal worden, zonder de respondent in de richting te duwen van een specifieke verwoording van de antwoorden (Bleijenbergh, 2013, p. 63). Daarnaast zorgt de voorstructurering van het interview ervoor dat alle respondenten dezelfde vragen krijgen voorgelegd, wat de betrouwbaarheid van de dataverzameling vergroot.

Bij het semi-gestructureerde interview is het mogelijk om door te vragen bij antwoorden die onduidelijk of onvolledig zijn (Bleijenbergh, 2013, p. 63). De interviewer beoordeelt ter

plekke of het antwoord voldoende is, of dat doorvragen noodzakelijk is (Boeije, 2012, p. 58). Het doorvragen bij onbevredigende of onduidelijke antwoorden vergroot de validiteit van dit onderzoek. Een ander voordeel van het semi-gestructureerd interview is dat mogelijke invloeden achterhaald worden die niet in het theoretisch kader zijn opgenomen. Er kan op eigenschappen door worden gevraagd en zo kan eventuele onverwachte invloed vast worden gesteld. Bij het vaststellen of er sprake is van invloed, is het belangrijk vast te stellen of de eigenschappen van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen daarvan de oorzaak zijn. Hier wordt in het interview rekening mee gehouden door hier zowel impliciet als expliciet naar te vragen. Er worden vergelijkingsvragen gesteld van de situatie vóór het gebruik van de combinatie en erna.

De voorstructurering van de vragen stuurt het gesprek in een bepaalde richting. Omwille van de gemiddelde hoeveelheid tijd die respondenten uittrekken voor een interview kan op onverwachte zaken maar in beperkte mate worden gegaan. Dit kan de validiteit van het onderzoek negatief beïnvloeden (Bleijenbergh, 2013, p. 63). Een ander nadeel van het semi-gestructureerde interview is de belangrijke rol van de interactie tussen de interviewer en de respondent. De interactie kan mensen motiveren om zaken uit te spreken die ze anders wellicht niet zouden verwoorden. Anderzijds is het ook mogelijk dat de interactie de respondenten ervan weerhoudt om eerlijke antwoorden te geven. Mensen kunnen sociaal wenselijke antwoorden geven om het gesprek aangenaam te laten verlopen. Zo wordt niet duidelijk hoe de respondenten bepaalde zaken ervaren (Bleijenbergh, 2013, p. 61).

Een voordeel van het houden van semi-gestructureerde interviews, waarbij respondenten een antwoord in eigen woorden kunnen formuleren, is dat ze rijk materiaal opleveren. Het levert veel kennis op over de wijze waarop iemand een situatie beleeft en over de context van het probleem dat centraal staat (Bleijenbergh, 2013, p. 11). De rijkheid van het materiaal zorgt ervoor dat je binnen kwalitatief onderzoek op basis van een relatief klein aantal waarnemingseenheden toch uitspraken kunt doen over een verschijnsel in de sociale werkelijkheid (Bleijenbergh, 2013, p. 11).

5.4 Operationalisatie

In deze paragraaf worden de publieke belangen van de zorg geoperationaliseerd. Aan de hand van de operationalisatie kan worden bepaald of de belangen bij het aanbesteden van de huishoudelijke hulp gewaarborgd worden. De operationalisatie is gebaseerd op twee rapporten van het RIVM, de Zorgbalans. De Zorgbalans is een rapport dat sinds 2006 om de vier jaar

gemaakt wordt in opdracht van het Ministerie van VWS. In de Zorgbalans worden de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg en het zorgsysteem per publiek belang in beeld gebracht. Dit gebeurt aan de hand van de indicator domeinen waarvan het ministerie van VWS heeft gesteld dat die cruciaal zijn bij het beoordelen van de behaalde prestaties en de feitelijke staat van de gezondheidszorg. De set van indicator domeinen is gerangschikt onder de drie publieke belangen (RIVM, 2010). In Tabel 2 zijn de indicator domeinen per publiek belang weergegeven.

De beschrijving van publieke belangen in Zorgbalans 2014 bouwt verder op de beschrijving in de Zorgbalans 2010 (RIVM, 2014). In dit onderzoek wordt daarom gebruik gemaakt van de beschrijving in de Zorgbalans 2010 en de Zorgbalans 2014.

Publieke belangen	Indicator domeinen
Kwaliteit	Effectiviteit
	Patiëntveiligheid
	Vraaggerichtheid
Toegankelijkheid	Geografische bereikbaarheid
	Financiële toegankelijkheid
	Tijdigheid van zorg
	Toegankelijkheid naar behoefte
	Keuzevrijheid
Betaalbaarheid	Macrokosten
	Doelmatigheid

TABEL 2. DE INDICATOR DOMEINEN VAN DE PUBLIEKE BELANGEN

Om een beter beeld te krijgen van de publieke belangen in de zorg en de bijbehorende indicator domeinen, worden in de volgende paragraaf de indicator domeinen nader uitgewerkt.

5.4.1 Publiek belang: kwaliteit

Effectiviteit

Bij het meten van de effectiviteit van de langdurige zorg moet worden bekeken of er ‘verantwoorde zorg’ wordt geleverd. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan het ondersteunen van mensen, zodat zij zoveel mogelijk het leven kunnen leiden zoals zij dat willen en gewend zijn, en de dingen kunnen doen die ze, gelet op hun mogelijkheden en beperkingen, zelf belangrijk en zinvol vinden (RIVM, 2010). De effectiviteit van de zorg kan in kaart gebracht worden door te kijken in hoeverre cliënten ervaren dat hun zelfredzaamheid

en maatschappelijke participatie verhoogt door de huishoudelijke ondersteuning die zij ontvangen vanuit de Wmo (RIVM, 2014).

Patiëntveiligheid

Het RIVM hanteert de volgende definitie met betrekking tot patiëntveiligheid: “Het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem” (De Bruijne et al., 2007). Patiëntveiligheid kan worden gemeten door te kijken naar de hoeveelheid gekwalificeerd personeel die beschikbaar wordt gesteld om goede kwaliteit van zorg te leveren (RIVM, 2014). Ook kan worden bekeken in hoeverre cliënten de zorg als professioneel en veilig ervaren (RIVM, 2010).

Vraaggerichtheid

Zorg is vraaggericht wanneer zorg tegemoetkomt aan de behoeften van de cliënt. Het tegemoetkomen aan de behoeften van de zorggebruiker kan niet ongelimiteerd plaatsvinden (RIVM, 2010, p. 73). Daarom wordt vraaggerichtheid ook als vraagsturing aangeduid. De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) definieert vraaggestuurde zorg als volgt: “Zorgverlening die zo wordt georganiseerd dat de wensen van de cliënten daadwerkelijk bepalend zijn voor het soort zorg die verleend wordt” (RIVM, 2010, p. 74).

Vraaggerichtheid kan op twee niveaus bereikt worden: op het niveau van instellingen en op het niveau van het individuele contact met zorggebruikers. Vraaggerichtheid op het niveau van instellingen betekent dat organisaties zich niet alleen bekommeren om hun eigen zorgaanbod, maar dat zorg zodanig wordt georganiseerd dat de zorggebruiker hierin centraal staat. Een goede afstemming tussen zorgaanbieders is hierbij van belang (RIVM, 2010).

In het individuele contact tussen zorgverlener en zorggebruiker heeft vraaggerichtheid vooral betrekking op communicatie. Een cliënt kan vaak pas goed voor zichzelf bepalen wat hij wil, als hij goed is voorgelicht over behandelopties en eventuele voor- en nadelen. Zorg is bijvoorbeeld vraaggericht als cliënten zelf kunnen bepalen op welk moment zij hulp krijgen en op welke manier de hulp wordt ingericht. Meebeslissen over de inhoud van de zorg moet niet alleen afhangen van de assertiviteit en deskundigheid van de cliënt, cliënten moeten hierin ook worden ondersteund. Wanneer cliënten voldoende tijd krijgen en op een correcte manier worden bejegend zullen zij worden gestimuleerd om hun wensen kenbaar te maken (RIVM, 2010).

Om vraaggerichtheid op het niveau van instellingen te bepalen kan worden gekeken in hoeverre afstemming tussen zorgaanbieders wordt gestimuleerd. Vraaggerichtheid op het niveau van het individuele contact kan worden gemeten aan de hand van de hoeveelheid tijd die zorgverleners aan hun cliënten besteden. Ook kan worden bepaald hoe cliënten de bejegening, communicatie ervaren en in hoeverre zij kunnen meebeslissen over de inrichting van de zorg.

5.4.2 Publiek belang: toegankelijkheid

Geografische bereikbaarheid

Voor een toegankelijke zorg is het belangrijk dat zorgvoorzieningen binnen een ‘redelijke’ afstand liggen. Zorgvoorzieningen die vaak worden gebruikt, zullen dichterbij moeten liggen dan zorgvoorzieningen die minder vaak worden gebruikt. Naarmate de vervoersmogelijkheden van iemand beperkter zijn of diens gezondheidstoestand slechter is, zal de reisafstand bezwaarlijker en meer belastend worden. Dat geldt niet alleen voor cliënten maar ook voor hun bezoekers. De gevolgen van een te grote rijtijd kunnen in meer of mindere mate nadelig zijn en in ernst variëren van ongemak tot uitstel of zelfs afstel van zorg (RIVM, 2010, p. 108). De manier waarop het RIVM de geografische bereikbaarheid van de zorg beschrijft, vertoont geen relatie met huishoudelijke hulp. Huishoudelijke hulp wordt immers aan huis geleverd. Het indicator domein ‘geografische toegankelijkheid’ zal daarom in dit onderzoek buiten beschouwing worden gelaten.

Financiële toegankelijkheid

Financiële toegankelijkheid is een basisvoorwaarde voor het functioneren van een zorgsysteem. Wanneer burgers vanwege kosten afzien van noodzakelijke zorg, kan dit hun gezondheid schaden. Ook worden hoge eigen bijdragen die andere noodzakelijke uitgaven verhinderen als onwenselijk gezien (Murray & Evans, 2003). Daarnaast mogen verschillen in inkomen niet leiden tot onaanvaardbare verschillen in de toegang tot de zorg. Zorg wordt als financieel ontoegankelijk beschouwd wanneer burgers het gebruik van noodzakelijk geachte zorg beperken of uitstellen vanwege (te) hoge zorgkosten of wanneer zij vanwege noodzakelijk zorggebruik moeten afzien van andere noodzakelijke levensbehoeften (RIVM, 2010). De financiële toegankelijkheid wordt daarom uitgedrukt in de hoogte van de eigen bijdrage.

Tijdigheid van zorg

Wie een beroep doet op een arts of zorginstelling moet vaak wachten voor de behandeling start. Lange wachttijden kunnen nadelig zijn voor adequate hulp en de gezondheid of het welzijn van de cliënt in gevaar brengen. Verder kunnen ze de tevredenheid van cliënten negatief beïnvloeden. Wachttijden hoeven binnen bepaalde grenzen niet altijd een probleem te vormen maar kunnen zelfs nut hebben voor de cliënt (bedenktijd) en voor de logistiek van de zorgaanbieder (efficiënt gebruik van middelen). Maar bij te lange wachttijden vervallen deze voordelen. De wachttijd kan worden uitgedrukt in de verwachte tijdsduur tot de behandeling (RIVM, 2014).

Toegankelijkheid naar behoefte

Toegankelijkheid naar behoefte wordt door het RIVM ingevuld vanuit het gelijkheidsperspectief. Zorg moet worden geleverd met een gelijke kwaliteit voor iedereen. Gelijke kwaliteit van zorg betekent dat de zorg moet aansluiten op persoonsgebonden kenmerken zoals leeftijd, geslacht, etniciteit of sociaaleconomische status (RIVM, 2010). Kwalitatief goede zorg houdt dus in dat de zorg aangepast is aan de omstandigheden en mogelijkheden van de cliënt. Dat kan inhouden dat, om hetzelfde resultaat te bereiken, bij dezelfde hulpvraag voor sommige cliënten meer hulpverleningscontacten en meer uitleg nodig is dan bij andere cliënten. Om de toegankelijkheid van behoefte te bepalen moeten cliëntervaringen worden bekeken. Zij moeten weergeven in hoeverre de geleverde zorg afgestemd is op hun behoefte.

Keuzevrijheid

Keuzevrijheid betekent dat burgers vrijelijk toegang hebben tot de zorgverlening die zij wensen en dat burgers hierbij kunnen kiezen uit verschillende alternatieven. Keuzevrijheid heeft bovendien betrekking op het persoonlijke vermogen om bewuste keuzes te maken. Dit houdt in dat burgers weten welk zorg- en verzekeringsaanbod het beste tegemoet komt aan de eigen behoeftes. De beschikbaarheid van adequate keuze-informatie is van belang om zinvol gebruik te kunnen maken van de beschikbare keuzealternatieven (RIVM, 2010, p. 140).

Keuzevrijheid is een middel om de kwaliteit te verbeteren. Zorgaanbieders worden geprikkeld om hun kwaliteit te verbeteren wanneer zij hun prestaties publiekelijk vergeleken zien met andere zorgaanbieders (RIVM, 2010). Bij het bepalen van de keuzevrijheid gaat het om de vraag in welke mate cliënten beperkingen in hun keuzevrijheid ervaren, met name bij het vinden van een zorgaanbieder.

5.4.3 Publiek belang: betaalbaarheid

Macrokosten

Een beheerste uitgavenontwikkeling zorgt ervoor dat de zorg niet een te grote druk legt op de collectieve middelen en het nationaal inkomen. Met andere woorden houdt een beheerste uitgavenontwikkeling de zorg betaalbaar op macroniveau (RIVM, 2014, p. 17). Of de uitgaven aan zorg te hoog of te laag zijn, is niet met objectieve maatstaven vast te stellen. Jaarlijks wordt op politiek niveau de hoogte van het totale budget voor de gezondheidszorg vastgesteld. In de afwegingen die hierbij gemaakt worden, spelen onder andere voorkeuren over de hoogte van de collectieve lasten, het belang van andere publieke sectoren en de mate van solidariteit een belangrijke rol. De mate van solidariteit bepaalt tot op welke hoogte mensen bereid zijn om de zorg collectief te financieren (RIVM, 2014, p. 147). De betaalbaarheid van de macrokosten kan worden bepaald door te kijken of de zorgkosten binnen het vooraf vastgestelde budget van de gemeente blijven. Hierbij wordt verondersteld dat de zorgkosten geen te hoge druk op de collectieve middelen leggen, wanneer het gemeentelijk budget niet overschreden wordt.

Doelmatigheid

Kortgezegd staat doelmatigheid voor de verhouding tussen de middelen die worden ingezet in de zorg en de opbrengsten die met deze ingezette middelen worden behaald. Het geeft de relatie weer tussen wat de zorg kost en wat deze opbrengt (RIVM, 2010). Een betere doelmatigheid van de zorg kan de beheersing van de uitgaven ondersteunen, maar gaat verder dan dat. Ook een verdere uitgavenstijging kan doelmatig zijn, zolang de zorg voldoende oplevert in termen van kwaliteit en gezondheidswinst. In het nieuwe zorgstelsel hebben verzekeren en verzekeraars een belangrijke rol op het gebied van doelmatigheid: zij worden geacht te kiezen voor de zorg met de meest gunstige prijs-kwaliteit verhouding (RIVM, 2014).

De doelmatigheid van de zorg kan worden beoordeeld door de inkoopadviseurs te vragen naar de invloed van hun manier van aanbesteden op de verhouding tussen de kosten en de opbrengsten van de geleverde huishoudelijke hulp. Ook kan worden gevraagd in hoeverre de inkoopadviseurs denken dat hun aanbestedingsmethode en bekostigingsmodel de cliënten stimuleren om te kiezen voor de huishoudelijke hulp met de meest gunstige prijs-kwaliteit verhouding.

5.5 Analyse

In de analyse wordt bepaald of gemeenten bij de invulling van hun bestekken aspecten hebben ingebouwd waardoor de publieke belangen gewaarborgd blijven. Een aspect wordt aangemerkt als waarborg wanneer deze kan worden ondergebracht bij een van de indicator domeinen. Daarnaast kan het voorkomen dat een aspect een negatieve uitwerking heeft op de publieke belangen. In dat geval wordt dit aspect aangemerkt als ‘geen waarborg’. De resultaten van de analyse worden vervolgens ondergebracht onder de publieke belangen.

Voordat de data uit de interviews kunnen worden geanalyseerd, dienen de interviews uitgewerkt te worden in transcripties. Vervolgens worden de transcripties geordend aan de hand van codes. Dit gebeurt in stappen aan de hand van een codeerschema. Het codeerschema heeft een boomstructuur en bestaat uit het centrale concept, dimensies en indicatoren (Bleijenbergh, 2013, p. 93). Het coderen vindt plaats door aan de relevante fragmenten in de transcripties allereerst de code van het centrale concept toe te kennen. Daarna worden de codes van de dimensies toegekend en tot slot worden de codes van de indicatoren toegekend. Deze wijze van coderen staat ook wel bekend als deductief coderen (Bleijenbergh, 2013, p. 97).

De aspecten uit de bestekken die relevant blijken te zijn worden per afhankelijke variabele bij elkaar gevoegd. Hier worden de gecodeerde fragmenten uit de transcripties aan toegevoegd. Hierdoor wordt een overzicht gecreëerd van al het relevante onderzoeksmateriaal per variabele. Dit biedt de mogelijkheid om een gedegen vergelijking te maken van de data die is verkregen uit de verschillende dataverzamelingmethoden.

5.6 Kwaliteit van het onderzoek

De keuzes die in dit onderzoek zijn gemaakt met betrekking tot de methoden hebben consequenties voor de kwaliteit van het onderzoek. Validiteit en betrouwbaarheid zijn binnen deductief onderzoek de meest klassieke criteria waarmee de methodologische kwaliteit van kwalitatief onderzoek gemeten wordt (Bleijenbergh, 2013, p. 110). Daarom wordt in deze paragraaf de mate van validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek toegelicht.

5.6.1 Validiteit

Validiteit heeft betrekking op de juistheid van de metingen (Boeije, 2012, p. 145). Binnen validiteit kan onderscheid worden gemaakt tussen interne en externe validiteit. Bij het beoordelen van kwalitatief onderzoek vormt de interne validiteit het belangrijkste criterium.

Het criterium heeft betrekking op de mate waarin het redeneren binnen het onderzoek correct is (Bleijenbergh, 2013, p. 110).

In dit onderzoek is een studie uitgevoerd naar bestekken en de waarborgen die deze in zich dragen. Voorafgaand aan de dataverzameling is aan de hand van de publieke belangen opgesteld hoe naar de bestekken zou worden gekeken. Vervolgens is binnen de gemeenten en samenwerkingsverbanden de data op dezelfde manier verzameld. De bestekken zijn op dezelfde manier geanalyseerd. Voor de interviews is een semi-gestructureerde opzet gebruikt. Deze opzet biedt de mogelijkheid om door te vragen en begrippen te verduidelijken indien dit nodig is. Dit komt ten goede aan de interne validiteit van het onderzoek. De interne validiteit wordt zwakker doordat respondenten nooit alle ervaringen met indicator domeinen kunnen beschrijven, doordat mensen in hun werk vaak niet bewust bij het bestaan van de indicator domeinen hebben stilgestaan of over de aanwezigheid nog niet hebben nagedacht.

Externe validiteit verwijst naar het criterium dat het mogelijk moet zijn om bevindingen naar een grotere populatie te generaliseren (Bleijenbergh, 2013, p. 111). In dit onderzoek zijn in totaal vier bestekken geanalyseerd. De externe validiteit van dit onderzoek is beperkt omdat slechts een bestek per combinatie is bekeken. Bovendien was vanwege drukte en kleine inkoopafdelingen voor gemeenten niet mogelijk meer dan twee respondenten aan te bieden voor een interview. Daarom zijn de uitkomsten van dit onderzoek niet te generaliseren. Uitspraken in algemene zin kunnen dus niet gedaan worden en de externe validiteit staat onder druk.

5.6.2 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid is de afwezigheid van toevallige of onsystematische vertekeningen (Van Zwieten & Willems, 2004). Omdat je in kwalitatief onderzoek altijd een kleiner aantal waarnemingen hebt dan in kwantitatief onderzoek, is dit moeilijk uit te sluiten. Het kleiner aantal waarnemingen kan gecompenseerd worden door langdurig waarnemingen te verrichten of de uitspraken te beperken tot het domein dat is onderzocht (Bleijenbergh, 2013, p. 111). In dit onderzoek worden daarom interviews van ongeveer anderhalf uur gehouden.

De betrouwbaarheid wordt afgemeten aan de precisie van de methoden van dataverzameling of de meetinstrumenten. Als hetzelfde verschijnsel vaker met hetzelfde instrument wordt gemeten, moet het tot dezelfde waarneming leiden. Daarnaast kan betrouwbaarheid van de waarnemingen worden vergroot door standaardisatie van de methoden van dataverzameling (Boeije, 2012, p. 145). In dit onderzoek worden de keuzes die

zijn gemaakt tijdens het selecteren van de documenten en respondenten op overzichtelijke wijze gepresenteerd. De interviewvragen zijn bij iedere respondent op dezelfde wijze geformuleerd. Daarnaast is ervoor gekozen de data vast te leggen in transcripties en de interviews niet tijdens het afnemen uit te werken. Hoewel dit meer tijd kost, ontstaan zo accurate en volledige weergaven van de interviews. Hierdoor is het proces herhaalbaar en wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot (Bleijenbergh, 2013, p. 111).

Tijdens interviews is het voor de onderzoeker mogelijk om door te vragen wanneer iets niet duidelijk is. Het is voor de betrouwbaarheid van onderzoek van belang dat wordt aangegeven op welke wijze een uitspraak is geïnterpreteerd en waarom. In dit onderzoek zijn de variabelen die worden onderzocht geoperationaliseerd. De operationalisatie wordt tijdens de analyse regelmatig bekeken. Hierin wordt uitgelegd waar de onderzoeker naar op zoek gaat tijdens het coderen (Bleijenbergh, 2013, p. 93). Door deze consistente en systematische manier van coderen wordt getracht de kans op toevallige fouten in de metingen te verkleinen waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek wordt vergroot.

Daarnaast bieden interviews aan respondenten de mogelijkheid om door te vragen wanneer vragen niet duidelijk zijn. Hierdoor ontstaat de kans dat begrippen door de onderzoeker per interview op een andere manier worden uitgelegd. Dit verlaagt de betrouwbaarheid van het onderzoek. Dit is getracht te voorkomen door de begrippen helder op de interviewlijst uit te werken. Bij vragen kon de onderzoeker hierop teruggrijpen.

Tot slot wordt in dit onderzoek wordt gebruikgemaakt van meerdere dataverzamelmethode: documentanalyse en interviews. Dit wordt ook wel triangulatie genoemd. Hiermee wordt geprobeerd een hoge mate van validiteit en betrouwbaarheid te bereiken (Hakvoort, 1995). Wanneer de verzamelde gegevens overeenkomsten vertonen, kan worden gesteld dat sprake is van een hoge mate van betrouwbaarheid en validiteit. Tegenstrijdige informatie over hetzelfde onderwerp kan een reden zijn voor nader onderzoek, voordat conclusies kunnen worden getrokken (Van Thiel, 2010, p. 62).

5.7 Samenvatting

Het onderzoek is toetsend van aard. De verwachtingen die zijn opgesteld in het theoretisch kader zullen worden getoetst door gemiddeld van een vergelijkende multiple casestudy. In dit onderzoek worden vier combinaties om huishoudelijke hulp mee aan te besteden onderzocht. De medewerkers van de inkoopafdelingen en beleidsmedewerkers binnen het sociaal domein van gemeenten of samenwerkingsverbanden vormen de waarnemingseenheden. De data die

door gemiddeld van documentanalyse en semi-gestructureerde interviews wordt verzameld, wordt deductief gecodeerd. Aan de hand van het gecodeerde materiaal kan de analyse worden uitgevoerd. De analyse wordt in het volgende hoofdstuk uiteengezet.

6 Analyse

In dit hoofdstuk wordt de data uit de bestekken en de interviews geanalyseerd. Hiermee wordt antwoord gegeven op de laatste deelvraag ‘*In hoeverre dragen de combinaties van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen bij aan de publieke belangen van de zorg?*’. De mate van waarin waarborgen voorkomen van publieke belangen van de zorg wordt bekeken per indicator domein. Wegens de anonimiteit van de respondenten zullen niet de namen van de respondenten worden vermeld, maar de namen van de organisaties waarvoor de respondenten werkzaam zijn. Daarnaast is besloten om enkel mannelijke verwijzwoorden te gebruiken om geen kenmerken van de respondent prijs te geven. Het hoofdstuk eindigt met een conclusie waarin uitspraken worden gedaan over de gestelde verwachtingen uit het theoretisch kader (6.5).

6.1 Combinatie 1: Bestuurlijk aanbesteden – PxQ-bekostiging

Om te kunnen bepalen in hoeverre de publieke belangen met combinatie 1 gewaarborgd worden, is zoals eerder aangegeven het bestek van het samenwerkingsverband MGR Sociaal Domein Limburg Noord (hierna: MGR) geanalyseerd. Zeven gemeenten uit de regio Noord-Limburg hebben besloten de uitvoering van de huishoudelijke hulp aan te besteden. De gemeenten die deelnemen aan de gezamenlijke aanbesteding zijn Beesel, Bergen, Gennep, Horst aan de Maas, Peel en Maas, Venlo en Venray. De MGR is in dit geval de aanbestedende dienst. Daarnaast is ook het bestek van de gemeente Katwijk geanalyseerd. In de twee bestekken staan de spelregels en voorwaarden voor de aanbesteding beschreven. In de bestekken zijn aspecten te onderscheiden die waarborgen bevatten voor de drie publieke belangen van de zorg. In de volgende paragraaf worden deze aspecten per indicator domein beschreven. De aspecten worden omwille van de overzichtelijkheid cursief gemaakt.

6.1.1 Publiek belang: kwaliteit

Effectiviteit

De hoogte van de effectiviteit die wordt bereikt door het gebruik van combinatie 1 wordt bepaald door een viertal aspecten. De gemeenten die zijn aangesloten bij samenwerkingsverband MGR hebben in hun contract *succes- en faalfactoren* opgenomen (art. 17 MGR). Met de factoren wordt in kaart gebracht of het beleid van de zorgaanbieder de gewenste resultaten bereikt. Aan de hand van de evaluatie kan de zorgaanbieder zijn beleid bijstellen en wordt effectiviteit gewaarborgd. De factoren worden opgesteld aan de hand van overleg tussen partijen. *Bestuurlijk aanbesteden* voorziet in de mogelijkheid om overleg te

plegen (persoonlijke communicatie, 23 juni 2016). De MGR stelt dat door het overleg meer realistische factoren worden opgesteld dan wanneer gemeenten de factoren eenzijdig zouden opleggen. Ook de gemeente Katwijk waarborgt de effectiviteit door met zorgaanbieders in *overleg* te treden. Gezamenlijk gaan partijen op zoek naar effectieve prikkels om inwoners en professionals zoveel mogelijk zelfredzaam te maken. Om dit overleg te faciliteren organiseert de gemeente geregeld zogeheten overlegtafels (art. 11(1) Katwijk). Dit dwingt de aanbieders na te denken over het bereiken van een zo hoog mogelijke effectiviteit. Bovendien wordt concurrentie op effectiviteit aangebracht (persoonlijke communicatie, 22 juni 2016).

Beide organisaties *monitoren* de verandering in zelfstandigheid van de cliënt (art. 19 MGR; art. 4 Katwijk). Aanbieders krijgen hierdoor helder in beeld welke activiteiten tot het gewenste resultaat leiden. Ook krijgen zij een beeld van de mate waarin het resultaat reeds is bereikt. Dit inzicht stimuleert om die handelingen uit te voeren die daadwerkelijk effectief zijn. Desondanks geven de respondenten in de interviews aan dat de monitoring geen verdienste van de aanbestedingsmethode is. Het feit dat, en de wijze waarop de monitoring wordt uitgevoerd, wordt eenzijdig vanaf de gemeente opgelegd.

Daarnaast geeft een respondent van de MGR aan dat *PxQ-bekostiging* een waarborg voor effectiviteit inhoudt. “Als je professionals inhuurt, mag je ervan uit gaan dat zij de uren waarvoor zij betaalt krijgen, goed besteden”. Anderzijds geven verscheidene andere respondenten aan dat het onzeker is of professionals hun uren automatisch goed besteden. *PxQ-bekostiging* kan daarom niet als waarborg worden aangemerkt. Concluderend kan worden gesteld dat de aanbestedende dienst haar opdrachtnemers prikkelt om effectief te werk te gaan maar dat dit geen garantie biedt voor de effectiviteit die daadwerkelijk behaald wordt. Effectiviteit wordt wel bereikt door overleg te plegen waardoor informatie-uitwisseling en concurrentie tussen aanbieders gecreëerd wordt. De mate van effectiviteit die middels deze combinatie wordt bereikt, kan daarmee als ‘gemiddeld’ worden bestempeld.

Patiëntveiligheid

De organisaties waarborgen de patiëntveiligheid door *eisen van vakbekwaamheid en certificering* aan het personeel van hun zorgaanbieders te stellen. Zonder de benodigde certificering en bekwaamheid kunnen aanbieders niet meedingen naar een contract. De MGR vereist daarnaast dat personeel aantoonbaar beschikt over de gangbare competenties en vaardigheden die nodig zijn om de gewenste resultaten te bereiken (art. 12 lid 1 MGR). Bovendien eist de MGR dat aanbieders de zorg uitvoeren in overeenstemming met de

zorgvuldigheidsmaatstaven zoals die worden gehanteerd in de zorg- en welzijnssector (art. 7 lid 2 MGR).

Beide organisaties meten de mate waarin cliënten de zorg als professioneel en veilig ervaren aan de hand van cliënttevredenheidsonderzoeken. “Door het *actief monitoren van cliënttevredenheid* worden zorgaanbieders gestimuleerd hun zorg professioneel en veilig in te richten”, aldus een respondent van de MGR. Door deze harde eisen op te nemen in het contract doen aanbestedende diensten alles wat in hun macht ligt om de patiëntveiligheid te waarborgen. De respondenten geven aan dat de twee waarborgen geen verdiensten van de aanbestedingsmethode zijn maar eenzijdig vanaf de gemeente worden opgelegd. De mate van patiëntveiligheid die met deze combinatie wordt bereikt, kan daarom als ‘gemiddeld’ worden aangemerkt.

Vraaggerichtheid

De organisaties waarborgen de vraaggerichtheid op het niveau van instellingen door tussen zorgaanbieders *samenwerking te stimuleren*. De gemeente Katwijk doet dit door in de overeenkomst expliciet op te nemen dat partijen oog dienen te hebben voor de gehele context en niet alleen voor individuele cliënten. Daarnaast moeten partijen elkaar ondersteunen bij de uitvoering van de contractueel vastgelegde doelstellingen, ook als er conflicterende belangen bestaan (persoonlijke communicatie, 22 juni 2016). De MGR stimuleert samenwerking tussen zorgaanbieders door fysieke overlegtafels in te stellen (art. 8 MGR). De organisaties geven aan dat overleg tussen aanbieders de vraaggerichtheid verhoogt. Partijen weten elkaar door regelmatig overleg “beter te vinden” waardoor samenwerking ontstaat en kunnen bovendien bespreken hoe zij hun cliënten het best kunnen dienen.

De organisaties waarborgen de vraaggerichtheid op individueel niveau door *burgers te betrekken bij de besluitvorming omtrent het contract*. De MGR plaatst de conceptvoorstellen die voortkomen uit de fysieke overlegtafels op de openbare website. Burgers kunnen op deze voorstellen reageren. Partijen kunnen deze inbreng vervolgens verwerken in de definitieve voorstellen (art. 7 MGR). Ook de gemeente Katwijk betreft haar inwoners bij de aanbesteding door relevante documenten op een openbare website te plaatsen (art. 8(1) Katwijk). Bovendien organiseert de gemeente periodiek een overleg met een werkgroep waarin aanbieders en inwoners vertegenwoordigd zijn. De werkgroep kan voorstellen voorleggen aan de fysieke overlegtafel. De overlegtafel kan aan de gemeente voorstellen doen voor aanpassing of verwijdering van de (deel)overeenkomst(en) (art. 7(4) Katwijk).

Artikel 2.10 van de deelopereenkomst van de gemeente Katwijk stelt dat de mogelijkheid bestaat om een *kennismaking/afstemmingsgesprek* te laten plaatsvinden tussen cliënt, gemeente en aanbieder. De cliënt kan aan de hand van dit gesprek besluiten of wordt overgegaan tot uitvoering door deze dienstverlener. Tevens wordt in dit gesprek besloten hoe de zorg ingericht moet worden. Hiermee wordt de cliënt al vanaf het begin van de hulpverlening in staat gesteld om invloed uit te oefenen op de inhoud van de zorg. De vraaggerichtheid wordt hierdoor verhoogd.

Volgens een respondent bij de MGR is het met een *bestuurlijke aanbesteding* zeer waarschijnlijk dat oude aanbieders opnieuw een contract afsluiten met de gemeente. Dit komt doordat elke aanbieder zich kan inschrijven mits zij voldoen aan de contractuele minimumeisen. Burgers wensen *continuïteit van dezelfde zorgaanbieder* en *bestuurlijk aanbesteden* maakte het mogelijk om deze wensen in te willigen (persoonlijke communicatie, 23 juni 2016). Tot slot laat de MGR haar opdrachtnemers een *cliënttevredenheidsonderzoek* afnemen onder de cliënten. Met dit onderzoek wordt gemeten in hoeverre cliënten tevreden zijn met de ontvangen ondersteuning en in hoeverre de ondersteuning vraaggericht is. Aanbieders willen de gemeente tevredenstellen en worden hierdoor gestimuleerd vraaggericht te werk te gaan (persoonlijke communicatie, 23 juni 2016).

Met deze vier waarborgen wordt een hoge mate van vraaggerichtheid bereikt. Door burgers inspraak te bieden kunnen zij meebeslissen over de vorm waarin de zorg zal worden aangeboden. Daarnaast kunnen zij deelnemen aan de werkgroep of reageren op conceptvoorstellen via de website. Ze kunnen dus actief meebeslissen over de inhoud van de zorg. Bovendien zorgen cliënttevredenheidsonderzoeken ervoor dat aanbieders aandacht besteden aan de vraaggerichtheid van de zorg. De vraaggerichtheid van de zorg kan als ‘hoog’ worden aangemerkt.

6.1.2 Publiek belang: toegankelijkheid

Financiële toegankelijkheid

Beide organisaties geven aan dat hun aanbestedingsmethode en bekostigingsmodel geen invloed heeft gehad op de financiële toegankelijkheid. De eigen bijdrage wordt op landelijk niveau door het CAK vastgesteld en hangt dus niet af van de inkoopprocedure. Er kan dus *geen waarborg* worden aangemerkt. Over de financiële toegankelijkheid kan dus geen uitspraak worden gedaan.

Tijdigheid van zorg

Gemeente Katwijk stelt dat binnen 10 werkdagen na het afgeven van de dienstverleningsopdracht, de aanvang van de huishoudelijke hulp moet worden gestart (art. 4(4) Katwijk). De MGR laat een vergelijkbare bepaling meer open, maar stelt ook dat opdrachtnemers over voldoende capaciteit moeten beschikken om burgers mee te bedienen (art. 10(4) MGR). Wanneer opdrachtnemers niet over voldoende capaciteit beschikken, zullen zij geen burgers toegewezen krijgen. Over deze bepalingen kan volgens de respondenten niet worden onderhandeld (persoonlijke communicatie 22 juni, 2016; 23 juni, 2016). Met deze *harde contractuele eisen* en eventuele sancties houdt de aanbestedende dienst de wachttijden stabiel. De gemeenten leggen deze eisen eenzijdig aan hun aanbieders op. De eisen zijn zodoende geen waarborgen die voortvloeien uit het gebruik van ofwel de aanbestedingsmethode of het bekostigingsmodel. De tijdigheid van de zorg kan daarom als gemiddeld worden aangemerkt.

Toegankelijkheid naar behoefte

De MGR heeft in het contract opgenomen dat opdrachtnemers bij aanvang van de dienstverlening aan de burger in ieder geval bepaalde informatie duidelijk maken in begrijpelijk Nederlands (art. 11(4) MGR). De zorgaanbieders zullen de *communicatie* zo moeten vormgeven dat cliënten de informatie begrijpen, en dat zal niet bij alle cliënten even snel gaan. Anderzijds is de zorgaanbieder niet verplicht om burgers die de gesproken of de Nederlandse taal niet machtig zijn, de informatie mede te delen (persoonlijke communicatie, 23 juni 2016). Het gebruik van communicatie die voor alle burgers begrijpelijk is, wordt dus niet in het bestek gewaarborgd. De gemeente Katwijk heeft een dergelijke bepaling niet opgenomen in haar bestek.

De MGR en de gemeente Katwijk geven aan dat *bestuurlijk aanbesteden* inherent een aspect bevat om de toegankelijkheid naar behoefte te borgen. Met *bestuurlijk aanbesteden* worden doorgaans veel aanbieders gecontracteerd. Hierdoor ontstaat een divers aanbod van zorgaanbieders die zijn gespecialiseerd in verschillende doelgroepen. De cliënt kan op basis van zijn behoefte een keuze maken uit het aanbod (persoonlijke communicatie, 22 juni 2016; 23 juni 2016). *Bestuurlijk aanbesteden* verhoogt de toegankelijkheid naar behoefte dus tot op zekere hoogte, maar verder worden in de bestekken geen aanvullende prikkels opgenomen om de toegankelijkheid te waarborgen. De toegankelijkheid naar behoefte kan daarom worden bestempeld als ‘gemiddeld’.

Keuzevrijheid

Met *bestuurlijk aanbesteden* worden in het algemeen meer aanbieders gecontracteerd dan met andere aanbestedingsmethoden (persoonlijke communicatie 22 juni; 23 juni 2016). Met deze methode creëren opdrachtgevers dus *meer dan voldoende keuzemogelijkheden* voor hun cliënten. De MGR en gemeente Katwijk geven hun zorgaanbieders geen omzetgarantie: *de cliënt kiest de zorgaanbieder* en de organisaties houden zich in principe afzijdig van beïnvloeding van deze keuze. De respondent van de gemeente Katwijk geeft aan: “Bij ons hebben de klanten keuzevrijheid. Hierdoor zijn er aanbieders die veel klanten hebben, er zijn aanbieders die weinig klanten hebben en er zijn aanbieders die geen klanten hebben. De klanten zijn niet evenwichtig of gelijkmatig over de aanbieders verspreid”. Beide organisaties hebben in hun overeenkomsten opgenomen dat cliënten kunnen *wisselen van zorgaanbieder* (art. 11(5) MGR; art. 2(12) Katwijk). Hierdoor blijft de cliënt, ook na een eerste keuze voor een zorgaanbieder te hebben gemaakt, over keuzevrijheid beschikken. De keuzevrijheid kan zodoende als ‘hoog’ worden aangemerkt.

6.1.3 Publiek belang: betaalbaarheid

Macrokosten

De organisaties stellen beide een vaste prijs per uur voor de zorgaanbieders vast middels $P \times Q$ -*bekostiging* (art. 20 MGR; art. 5 Katwijk). Een vaste prijs per uur (P) in combinatie met een onafhankelijke indicatie met daarin een gegeven aantal zorguren per cliënt (Q) zorgt ervoor dat de kosten van de zorg van tevoren bekend zijn. De gemeentelijke begroting kan *ex ante* met grote nauwkeurigheid worden vastgesteld en indien nodig kunnen de beschikbare budgetten van andere domeinen van de gemeentelijke begroting worden aangepast. Zo kan ervoor gezorgd worden dat de gemiddelde druk op de collectieve middelen niet te sterk toeneemt en kunnen de macrokosten stabiel worden gehouden. De beheersbaarheid van de macrokosten kan als ‘hoog’ worden aangemerkt.

Doelmatigheid

Het bekostigingsmodel $P \times Q$ maakt op eenvoudige wijze voor cliënten inzichtelijk waar het gemeenschapsgeld aan wordt besteed. In het contract van de gemeente Katwijk is tevens opgenomen dat aanbieders met een omzet van meer dan 50.000 euro per jaar een specifieke verantwoording afleggen aan de gemeente (art. 5(10) Katwijk). Het bekostigingsmodel zorgt op deze manier voor *transparantie*. Zorgaanbieders worden door de eis van transparantie gestimuleerd om daadwerkelijk het werk te verrichten waarvoor zij worden betaald

(persoonlijke communicatie 22 juni 2016; 23 juni 2016). De transparantie vormt zo een waarborg voor de doelmatigheid.

Beide organisaties geven aan dat door het veelvuldig overleg dat plaatsvindt binnen *bestuurlijk aanbesteden* een *relatie van vertrouwen en betrokkenheid* tussen de aanbieders en de opdrachtgever ontstaat. De betrokkenheid zorgt ervoor dat zorgaanbieders hun uren correct zullen besteden uit respect voor de gemeente. Zij zullen hierdoor dus doelmatig te werk gaan. Zekerheid biedt deze waarborg echter niet, omdat voor aanbieders de winst toch zwaarder weegt dan het respect voor de gemeente (persoonlijke communicatie 22 juni 2016; 23 juni 2016).

De organisaties geven aan dat *bestuurlijk aanbesteden* cliënten niet stimuleert om te kiezen voor de zorgaanbieder met de meest gunstige prijs-kwaliteit verhouding. Cliënten beschikken over *keuzevrijheid* en de organisaties trachten deze keuze niet te beïnvloeden. Cliënten kunnen hun keuze voor een bepaalde zorgaanbieder baseren op tal van argumenten. De praktijk wijst uit dat voor cliënten een goede prijs-kwaliteit verhouding niet altijd de doorslaggevende reden is om te kiezen voor een bepaalde zorgaanbieder (persoonlijke communicatie 22 juni 2016; 23 juni 2016). Zorgaanbieders worden hierdoor niet per se gestimuleerd om doelmatig te werk te gaan. Ondanks de aanwezigheid van de overige twee waarborgen kan de doelmatigheid van de zorg daarom als ‘gemiddeld’ worden aangemerkt.

6.1.4 Samenvatting

In Tabel 3 is de analyse voor combinatie 1: *bestuurlijk aanbesteden – PxQ-bekostiging*, schematisch weergegeven. Met ‘laag’, ‘gemiddeld’ (gemiddeld) en ‘hoog’ wordt de score voor de mate van aanwezigheid van de indicator domeinen weergegeven. Zoals aangegeven kan de financiële toegankelijkheid niet worden gemeten. Bij dit indicator domein wordt daarom geen score ingevuld.

Publiek belang	Indicator domein	Resultaat
Kwaliteit	Effectiviteit	Gemiddeld
	Patiëntveiligheid	Gemiddeld
	Vraaggerichtheid	Hoog
Toegankelijkheid	Financiële toegankelijkheid	-
	Tijdigheid van zorg	Gemiddeld
	Toegankelijkheid naar behoefte	Gemiddeld
	Keuzevrijheid	Hoog
Betaalbaarheid	Macrokosten	Hoog
	Doelmatigheid	Gemiddeld

TABEL 3. COMBINATIE 1: BESTUURLIJK AANBESTEDEN – PxQ-BEKOSTIGING

6.2 Combinatie 2: Bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt

Om te kunnen bepalen in hoeverre de publieke belangen met combinatie 2 gewaarborgd worden, is zoals eerder aangegeven het bestek van het samenwerkingsverband Servicepunt71 geanalyseerd. Vier gemeenten uit de Leidse regio bundelen hun krachten en besteden de uitvoering van de huishoudelijke hulp gezamenlijk aan. De gemeenten die deelnemen aan de gezamenlijke aanbesteding zijn Leiden, Leiderdorp, Oegstgeest en Zoeterwoude.

Servicepunt71 is in dit geval de aanbestedende dienst. In het bestek staan de spelregels en voorwaarden voor de aanbesteding beschreven. Op basis van het bestek beoordeelt de aanbestedende dienst de offertes van de aanbieders. In het bestek zijn aspecten te onderscheiden die waarborgen bevatten voor de drie publieke belangen van de zorg. In de volgende paragraaf worden deze aspecten per indicator domein beschreven. De aspecten worden omwille van de overzichtelijkheid cursief gemaakt.

6.2.1 Publiek belang: kwaliteit

Effectiviteit

Samenwerkingsverband Servicepunt71 bepaalt in haar overeenkomst dat gemeenten en opdrachtnemers kritische *succes- en faalfactoren* opstellen (bijlage 2, art. 3 Leidse Regiogemeenten). Aan de hand hiervan kan de dienstverlening als succes of als gefaald worden gekwalificeerd. Tevens beschrijven partijen de consequenties van de aanwezigheid van succes- en faalfactoren. Met deze factoren wordt in kaart gebracht of het beleid van de

zorgaanbieder de gewenste resultaten bereikt. Aan de hand van de evaluatie kan de zorgaanbieder zijn beleid bijstellen en wordt effectiviteit gewaarborgd.

Servicepunt71 stelt in de overeenkomst dat *zorgaanbieders regelmatig in overleg* op zoek gaan naar effectieve prikkels om inwoners te stimuleren tot zelfredzaamheid. Servicepunt71 stelt dat partijen zo vaak als zij dit noodzakelijk achten, de uitvoering van de overeenkomst onderling bespreken aan overlegtafels (art. 13 Leidse Regiogemeenten). Door regelmatig overleg tussen zorgaanbieders verhoogt de effectiviteit van de zorg (persoonlijke communicatie, 6 juni 2016).

Bij *resultaatgerichte bekostiging per cliënt* ontvangen zorgaanbieders voor elke cliënt hetzelfde bedrag, ongeacht het aantal uren dat hij aan de cliënt besteedt. Afhankelijk van hun zorgbehoefte krijgen sommige cliënten meer of minder zorguren. De uren van het totaal aantal cliënten worden op die manier gemiddeld (art. 9 Leidse Regiogemeenten). Een zorgaanbieder maakt dus de meeste omzet als hij zo effectief mogelijk te werk gaat. De effectiviteit van de zorg kan door de aanwezigheid van deze drie waarborgen als ‘hoog’ worden beoordeeld.

Patiëntveiligheid

Servicepunt71 waarborgt de patiëntveiligheid door *eisen van vakbekwaamheid en certificering* in de overeenkomst op te nemen. Zonder aan deze eisen te voldoen, komen aanbieders niet in aanmerking voor de overeenkomsten (art. 5.2 Leidse Regiogemeenten). De respondent geeft aan dat de deze waarborg geen verdienste van de aanbestedingsmethode is maar eenzijdig vanaf de gemeenten wordt opgelegd. De mate van patiëntveiligheid die met deze combinatie wordt bereikt, kan daarom als ‘gemiddeld’ worden aangemerkt.

Vraaggerichtheid

Bijlage 2, art. 1.5 van het bestek stelt dat de mogelijkheid bestaat om een *kennismaking/afstemmingsgesprek* te laten plaatsvinden tussen de cliënt, dienstverlener en een lid van het sociaal wijkteam. De cliënt kan aan de hand van dit gesprek besluiten of wordt overgegaan tot uitvoering door de dienstverlener. Een respondent van Servicepunt 71 geeft aan: “Hier wordt de cliënt al bij de start van de hulpverlening als middelpunt neergezet” (persoonlijke communicatie, 6 juni 2016). Ook gedurende het zorgcontract kunnen cliënten *het contract ontbinden* en op zoek gaan naar een andere zorgaanbieder (art. 2(6) Leidse Regiogemeenten). Zorgaanbieders worden hierdoor geprikkeld vraaggericht te werk te gaan. Ook elders in het contract wordt het *belang van vraaggerichtheid benadrukt*. In het bestek staat expliciet vermeld dat de vraag van de cliënt centraal dient te staan en dat partijen

eenduidigheid in de bejegening en communicatie jegens inwoners moeten nastreven (blz. 1-2, Leidse Regiogemeenten). Hiermee wordt de vraaggerichtheid op individueel niveau gewaarborgd.

De senior inkoopadviseur van Servicepunt71 geeft aan dat daarnaast *resultaatgerichte bekostiging* de cliënt centraal stelt: “Er wordt nu meer gekeken naar de cliënt zelf en wat deze persoon nodig heeft, in plaats van dat die in een hokje wordt geduwd en een aantal uren krijgt toebedeeld”. Ook het te behalen resultaat, een schoon en leefbaar huis, kan tot op zekere hoogte per cliënt verschillen. Met de cliënt wordt afgesproken wat hij of zij wenst en hoe dit resultaat bereikt moet gaan worden. “De cliënt kan dus daadwerkelijk meebeslissen over de zorg die hij ontvangt” (persoonlijke communicatie, 6 juni 2016).

Servicepunt71 meet de behaalde resultaten met behulp van een halfjaarlijkse rapportage die door zorgaanbieders wordt verstrekt (art. 4(3) Leidse Regiogemeenten). De rapportage bevat een *klanttevredenheidsonderzoek en klachtenoverzicht*. Door als gemeente de klanttevredenheid te monitoren, worden aanbieders geprikkeld om hun cliënten tevreden te houden. De zorg moet hiervoor zijn afgestemd op de vraag van de cliënt (persoonlijke communicatie, 6 juni 2016). Het monitoren van de resultaten kan worden gezien als een waarborg voor de vraaggerichtheid van de zorg op individueel niveau.

Servicepunt71 tracht de vraaggerichtheid op het niveau van instellingen te waarborgen door middels bepalingen in de overeenkomst *samenwerking te stimuleren*. In het contract wordt gesteld dat partijen naar een integrale aanpak dienen te streven wanneer cliënten op meerdere domeinen ondersteuning nodig hebben (blz. 1-2 Leidse Regiogemeenten). Door de aanwezigheid van deze waarborgen kan de vraaggerichtheid van de zorg als ‘hoog’ worden aangemerkt.

6.2.2 Publiek belang: toegankelijkheid

Financiële toegankelijkheid

Servicepunt71 geeft aan dat de aanbestedingsmethode en bekostigingsmodel geen invloed heeft gehad op de financiële toegankelijkheid. De eigen bijdrage wordt op landelijk niveau door het CAK vastgesteld en hangt dus niet af van de inkoopprocedure. Er kan dus *geen waarborg* worden aangemerkt. Over de financiële toegankelijkheid kan dus geen uitspraak worden gedaan.

Tijdigheid van zorg

In het contract staat dat de tijd tussen het afgeven van de individuele opdrachtverstrekking en de start van de hulp maximaal 10 werkdagen bedraagt. In situaties van uitzonderlijke spoed bedraagt de tijd 48 uur (bijlage 2, art. 2.3 Leidse Regiogemeenten). Over deze bepalingen kan niet worden onderhandeld door de zorgaanbieders. Met deze *harde contractuele eisen* houdt de aanbestedende dienst de wachttijden stabiel. De gemeenten leggen deze eisen eenzijdig aan hun aanbieders op. De eisen zijn zodoende geen waarborgen die voortvloeien uit het gebruik van ofwel de aanbestedingsmethode of het bekostigingsmodel. De tijdigheid van de zorg kan zodoende als ‘gemiddeld’ worden bestempeld.

Toegankelijkheid naar behoefte

In het contract staat vermeld dat dienstverleners te allen tijde het maatwerk dienen te leveren dat nodig is om per individu de van tevoren opgestelde resultaten te bereiken. Dit vraagt van de dienstverlener om bij de ene inwoner meer tijdsinzet te plegen dan bij de ander (bijlage 2, art. 2.1 Leidse Regiogemeenten). De dienstverlener levert per cliënt afwisselend meer of minder zorguren dan het gemiddelde aantal zorguren waarop de *gemiddelde cliëntfinanciering* is gebaseerd. Op deze manier wordt, afhankelijk van de behoefte, bij alle cliënten toch hetzelfde resultaat behaald (persoonlijke communicatie, 6 juni 2016).

De respondent van Servicepunt71 geeft aan dat met *bestuurlijk aanbesteden* veel aanbieders worden gecontracteerd. Hierdoor ontstaat een divers aanbod van zorgaanbieders die zijn gespecialiseerd in verschillende doelgroepen. De cliënt kan op basis van zijn behoefte een keuze maken uit het aanbod (persoonlijke communicatie, 6 juni 2016). Door de aanwezigheid van deze twee waarborgen is de toegankelijkheid naar behoefte als ‘hoog’ te beoordelen.

Keuzevrijheid

Met *bestuurlijk aanbesteden* worden in het algemeen meer aanbieders gecontracteerd dan met andere aanbestedingsmethoden. Aanbieders kunnen zich inschrijven bij het contract wanneer zij voldoen aan de eisen en zich kunnen vinden in de Ontwikkelovereenkomst. “Hierdoor zijn veel aanbieders gecontracteerd en is meer *diversiteit in het zorgaanbod* ontstaan”, aldus de senior inkoopadviseur van Servicepunt71 (persoonlijke communicatie, 6 juni 2016).

Daarnaast geldt dat cliënten keuzevrijheid hebben voor wat betreft de in te zetten dienstverleners (bijlage 2, art. 1(3) Leide Regiogemeenten). Voor dienstverleners geldt een *acceptatieplicht* waardoor cliënten niet kunnen worden afgewenteld naar andere zorgaanbieders. De combinatie van de diversiteit in het aanbod en de acceptatieplicht voor

zorgaanbieders is een tweede waarborg voor de keuzevrijheid van cliënten. De keuzevrijheid kan als ‘hoog’ worden aangemerkt.

6.2.3 Publiek belang: betaalbaarheid

Macrokosten

De prijs die zorgaanbieders per cliënt ontvangen wordt vastgesteld door de gemeenten die zijn aangesloten bij Servicepunt71. De leverancier krijgt middels *resultaatbekostiging* voor elke cliënt hetzelfde bedrag, ongeacht het aantal uren dat hij daadwerkelijk aan de cliënt besteedt (art. 10 Leidse Regiogemeenten). De kosten van de zorg zijn zodoende van tevoren bekend. De gemeentelijke begroting kan ex ante nauwkeurig worden vastgesteld en indien nodig kunnen de beschikbare budgetten van andere domeinen van de gemeentelijke begroting worden aangepast. Zo kan ervoor gezorgd worden dat de gemiddelde druk op de collectieve middelen niet te sterk toeneemt en kunnen de macrokosten stabiel worden gehouden. De beheersbaarheid van de macrokosten kan daarom als ‘gemiddeld’ worden aangemerkt.

Doelmatigheid

Servicepunt71 stimuleert aanbieders om *innovatie* toe te passen bij het uitvoeren van hun dienstverlening. Servicepunt71 verwacht dat zorgaanbieders hierdoor resultaten meer kostenefficiënt kunnen bereiken (blz. 2 Leidse Regiogemeenten). Daarnaast zorgt *resultaatgerichte bekostiging per cliënt* voor een doelmatige wijze van werken. Doordat aanbieders per cliënt een bedrag krijgen ongeacht het aantal uren dat zij inzetten, worden alleen die uren gemaakt, die echt noodzakelijk zijn om het gewenste resultaat te bereiken. Overconsumptie vormt geen risico meer (persoonlijke communicatie, 6 juni 2016).

Resultaatgerichte bekostiging zorgt dus dat de doelen op doelmatige wijze worden behaald. De doelmatigheid kan dus als ‘hoog’ worden beoordeeld.

6.2.4 Samenvatting

In Tabel 4 is de analyse voor combinatie 2: *bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt*, schematisch weergegeven. Met ‘laag’, ‘gemiddeld’ en ‘hoog’ wordt de score voor de mate van aanwezigheid van de indicator domeinen weergegeven. Zoals aangegeven kan de financiële toegankelijkheid niet worden gemeten. Bij dit indicator domein wordt daarom geen score ingevuld.

Publiek belang	Indicator domein	Resultaat
Kwaliteit	Effectiviteit	Hoog
	Patiëntveiligheid	Gemiddeld
	Vraaggerichtheid	Hoog
Toegankelijkheid	Financiële toegankelijkheid	-
	Tijdigheid van zorg	Gemiddeld
	Toegankelijkheid naar behoefte	Hoog
	Keuzevrijheid	Hoog
Betaalbaarheid	Macrokosten	Gemiddeld
	Doelmatigheid	Hoog

TABEL 4. COMBINATIE 2: BESTUURLIJK AANBESTEDEN – RESULTAATGERICHTE BEKOSTIGING PER CLIËNT

6.3 Combinatie 3: Meervoudig onderhands aanbesteden – PxQ-bekostiging

Om te kunnen bepalen in hoeverre de publieke belangen met combinatie 3 gewaarborgd worden, is zoals eerder aangegeven het bestek van het samenwerkingsverband Stichting Regionaal Inkoopbureau IJmond en Kennemerland (hierna: Stichting Rijk) geanalyseerd. In totaal hebben achttien gemeenten uit de regio zich bij Stichting Rijk aangesloten. Gezamenlijk besteden zij de uitvoering van de huishoudelijke hulp aan. Stichting Rijk is in dit geval de aanbestedende dienst. In het bestek staan de spelregels en voorwaarden voor de aanbesteding beschreven. Op basis van het bestek beoordeelt de aanbestedende dienst de offertes van de aanbieders. In het bestek zijn aspecten te onderscheiden die waarborgen bevatten voor de drie publieke belangen van de zorg. In de volgende paragraaf worden deze aspecten per indicator domein beschreven. De aspecten worden omwille van de overzichtelijkheid cursief gemaakt.

6.3.1 Publiek belang: kwaliteit

Effectiviteit

Samenwerkingsverband Stichting Rijk tracht de effectiviteit te waarborgen door dit als *aspect in het bestek* op te nemen als speerpunt (art. 4.1 Offerteaanvraag regio's Zuid-Kennemerland en IJmond). Aanbieders krijgen bij de beoordeling van hun inschrijving extra punten toegekend wanneer zij goed scoren op de speerpunten. Ook moet in de omschrijving worden aangegeven hoe de te leveren ondersteuning bij zal dragen aan het bereiken van het gewenste resultaat. Om de opdracht gegund te krijgen moeten opdrachtnemers dus voor aanvang van de

opdracht hebben nagedacht over het bereiken van effectiviteit. Desondanks geeft deze waarborg geen garantie voor de effectiviteit die zorgaanbieders bereiken tijdens de uitvoering van de dienstverlening (persoonlijke communicatie, 14 juni 2016).

De aanbestedende dienst sluit een contract af voor twee jaar met tweemaal een optie tot verlenging met een jaar. Het contract kent dus een looptijd van maximaal vier jaar. De senior inkoopadviseur geeft aan dat aanbieders bij een contract van vier jaar durven te investeren in effectiviteit. Bij een kortere looptijd zou de investering niet rendabel zijn (persoonlijke communicatie, 14 juni 2016). Een *lange contractuele looptijd* stimuleert tot effectiviteit in de zorg, maar geeft evenals de eerstgenoemde waarborg geen garanties. De effectiviteit van de zorg kan zodoende als ‘laag’ worden aangemerkt.

Patiëntveiligheid

Stichting Rijk selecteert zorgaanbieders op basis van *geschiktheidseisen*. Eén van de eisen betreft de technische- en beroepsbekwaamheid van de zorgaanbieder. De aanbieder dient te beschikken over een volledig geïntegreerd kwaliteitssysteem welke voldoet aan de landelijke eisen. Bovendien dient de inschrijver te zijn ingeschreven in het beroeps- of handelsregister (art. 3.2.2; 3.2.4 Offerteaanvraag regio’s Zuid-Kennemerland en IJmond). Zonder te voldoen aan deze twee geschiktheidseisen komt de aanbieder niet in aanmerking voor gunning van de opdracht. De patiëntveiligheid kan daarmee als ‘gemiddeld’ worden aangemerkt.

Vraaggerichtheid

Opdrachtnemers moeten in hun omschrijving van de maatwerkvoorziening opnemen hoe zij de *samenwerking met andere zorgaanbieders* vorm zullen geven (art. 4(2) Offerteaanvraag regio’s Zuid-Kennemerland en IJmond). Volgens de respondent van Stichting Rijk kan door samenhang van zorg worden voorkomen dat de cliënt te maken krijgt met overlap of lacunes in de dienstverlening (persoonlijke communicatie, 14 juni 2016). Door aanbieders te beoordelen op de mate waarin zij samenwerking zullen realiseren, worden aanbieders gestimuleerd aandacht te besteden aan het uitwerken van een samenwerkingsplan. Toch is niet zeker dat hiermee ook in de praktijk samenwerking en daarmee vraaggerichtheid wordt gerealiseerd.

Stichting Rijk heeft in het bestek *minimum- en aanvullende kwaliteitseisen* opgenomen waaraan inschrijvers dienen te voldoen. De voorziening moet bijvoorbeeld cliëntgericht wordt verstrekt. Daarnaast moet de voorziening worden afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en op andere vormen van zorg of hulp die de cliënt ontvangt (art. 5(3) Offerteaanvraag regio’s

Zuid-Kennemerland en IJmond). Door aanbieders te gunnen op basis van deze eisen worden zij gestimuleerd om in hun offerte te beschrijven hoe zij vraaggericht te werk zullen gaan. Maar volgens de respondent geeft papier niet weer wat in de werkelijkheid gebeurt (persoonlijke communicatie, 14 juni 2016). Ook deze waarborg biedt dus geen zekerheid dat daadwerkelijk vraaggerichtheid wordt bereikt in de uitvoering.

Vanwege de grote veranderingen die de decentralisatie met zich meebracht, heeft Stichting Rijk uitsluitend de huidige aanbieders van zorg gevraagd een offerte uit te brengen (persoonlijke communicatie, 14 juni 2016). Een meervoudige onderhandse aanbesteding biedt de garantie dat geen nieuwe aanbieders een offerte zullen indienen, omdat zij hier niet voor worden gevraagd. Hier is voor gekozen zodat “continuïteit van zorg voor onze cliënten kon worden waargemaakt” (persoonlijke communicatie, 14 juni 2016). Vanuit het oogpunt van vraaggerichtheid is dus voor een *meervoudige onderhandse aanbesteding* gekozen. De aanbestedingsmethode vormt daarmee een waarborg voor de vraaggerichtheid.

Na de selectie zijn *gesprekken* ingepland met de inschrijvers. De inkoopadviseur van Stichting Rijk geeft aan dat dit “niet een onderdeel is wat je gewoonlijk bij een meervoudige onderhandse procedure tegenkomt, maar waartoe deze aanbestedingsvorm wel mogelijkheid biedt”. In de gesprekken wordt besproken hoe aanbieders hun zorg zo cliënt- en vraaggericht mogelijk kunnen inrichten (persoonlijke communicatie, 14 juni 2016). Hiermee wordt vraaggerichtheid bereikt. Al met al worden de aanbieders door de opdrachtgever gestimuleerd tot vraaggerichtheid. Maar stimulatie biedt geen garantie voor de vraaggerichtheid tijdens de uitvoering. De vraaggerichtheid kan daarom als ‘gemiddeld’ worden beoordeeld.

6.3.2 Publiek belang: toegankelijkheid

Financiële toegankelijkheid

Stichting Rijk geeft aan dat hun aanbestedingsmethode en bekostigingsmodel geen invloed heeft gehad op de financiële toegankelijkheid. De eigen bijdrage wordt op landelijk niveau door het CAK vastgesteld en hangt dus niet af van de inkoopprocedure (persoonlijke communicatie, 14 juni 2016). Er kan dus *geen waarborg* worden aangemerkt. Over de financiële toegankelijkheid kan dus geen uitspraak worden gedaan.

Tijdigheid van zorg

In het bestek stelt de aanbestedende dienst dat de huishoudelijke hulp binnen 10 werkdagen nadat de gemeente de opdracht aan de zorgaanbieder heeft gegeven, gestart moet zijn (art. 4.2 Offerteaanvraag regio’s Zuid-Kennemerland en IJmond). Met deze *harde contractuele eis*

houdt de aanbestedende dienst de wachttijden stabiel. In een *meervoudig onderhandse aanbesteding* kan niet worden onderhandeld door de zorgaanbieders. De eisen worden eenzijdig door de aanbestedende dienst opgelegd (persoonlijke communicatie, 14 juni 2016). Maar de eisen zijn zodoende geen waarborgen die voortvloeien uit het gebruik van ofwel de aanbestedingsmethode of het bekostigingsmodel. De tijdigheid van de zorg kan zodoende als ‘gemiddeld’ worden bestempeld.

Toegankelijkheid naar behoefte

Stichting Rijk stelt dat opdrachtnemers medeverantwoordelijk zijn voor goede communicatie naar burgers. Dat betekent dat cliënten informatie ontvangen *die aansluit bij hun denk- en leefwereld* (art. 5.4 Offerteaanvraag regio’s Zuid-Kennemerland en IJmond). Zorgaanbieders zullen de informatie dus op zo’n manier over moeten brengen, dat cliënten de informatie begrijpen. Dit zal niet bij alle cliënten even snel gaan en het benaderen van de ene cliënt zal dus, afhankelijk van de behoefte van de cliënt, om meer tijdsinzet vragen dan een andere cliënt. Op deze manier wordt, afhankelijk van de behoefte, bij alle cliënten toch hetzelfde resultaat behaald (persoonlijke communicatie, 14 juni 2016).

Daarnaast geeft de respondent van Stichting Rijk aan dat met deze meervoudige onderhandse aanbesteding meer dan 10 aanbieders voor huishoudelijke hulp zijn geselecteerd. De respondent geeft aan dat het selecteren van een dergelijk hoog aantal aanbieders bij een meervoudig onderhandse aanbesteding ongebruikelijk is. Stichting Rijk heeft hier een uitzondering in gemaakt. De aanbieders zijn in verschillende doelgroepen gespecialiseerd (persoonlijke communicatie, 14 juni 2016). Door het grote keuzeaanbod wordt dus vraaggerichtheid gecreëerd. Door de aanwezigheid van deze twee waarborgen kan de toegankelijkheid naar behoefte als ‘hoog’ worden beoordeeld.

Keuzevrijheid

Met een *meervoudig onderhandse aanbesteding* worden doorgaans twee tot zes aanbieders gecontracteerd. De Europese richtlijn geeft echter ruimte om meerdere aanbieders te contracteren, mits dit van tevoren duidelijk wordt gemaakt aan de (potentiële) inschrijvers. Van deze mogelijkheid heeft Stichting Rijk gebruik gemaakt. Door veel aanbieders te contracteren is meer *diversiteit in het zorgaanbod* ontstaan (persoonlijke communicatie, 14 juni 2016). Voor dienstverleners geldt een *acceptatieplicht* waardoor cliënten niet kunnen worden afgewenteld naar andere zorgaanbieders (art. 5.2.10 Offerteaanvraag regio’s Zuid-Kennemerland en IJmond). De combinatie van de diversiteit in het aanbod en de

acceptatieplicht voor zorgaanbieders zorgt ervoor dat de keuzevrijheid als ‘hoog’ kan worden aangemerkt.

6.3.3 Publiek belang: betaalbaarheid

Macrokosten

Stichting Rijk stelt namens de aangesloten gemeenten een minimumprijs per uur voor alle aanbieders vast (art. 5.7 Offerteaanvraag regio’s Zuid-Kennemerland en IJmond). In hun offerte kunnen de aanbieders vervolgens hun eigen prijs stellen. Een vaste prijs per uur (P) in combinatie met een onafhankelijke indicatie met daarin een gegeven aantal zorguren per cliënt (Q) zorgt ervoor dat de kosten van de zorg van tevoren bekend zijn. De gemeentelijke begroting kan ex ante met grote nauwkeurigheid worden vastgesteld en indien nodig kunnen de beschikbare budgetten van andere domeinen van de gemeentelijke begroting worden aangepast. Zo kan ervoor gezorgd worden dat de gemiddelde druk op de collectieve middelen niet te sterk toeneemt en kunnen de macrokosten stabiel worden gehouden (persoonlijke communicatie, 14 juni 2016). De beheersbaarheid van de macrokosten kan als ‘hoog’ worden aangemerkt.

Doelmatigheid

Het bekostigingsmodel $P \times Q$ maakt op eenvoudige wijze voor cliënten inzichtelijk waar het gemeenschapsgeld aan wordt besteed. In tegenstelling tot resultaatgerichte bekostiging wordt duidelijk voor welke schoonmaakactiviteiten en voor hoeveel uur wordt betaald. Het bekostigingsmodel zorgt voor *transparantie*. Volgens de respondent van Stichting Rijk worden zorgaanbieders door de transparantie gestimuleerd om daadwerkelijk het werk te verrichten waarvoor zij worden betaald (persoonlijke communicatie, 14 juni 2016). De transparantie komt de doelmatigheid dus ten goede. Desondanks biedt transparantie geen zekerheid dat aanbieders daadwerkelijk doen wat zij op papier aangeven te zullen doen.

Aanbieders worden tevens gestimuleerd om doelmatig te werk te gaan doordat doelmatigheid als *speerpunt* is opgenomen in het bestek (art. 4.1 Offerteaanvraag regio’s Zuid-Kennemerland en IJmond). Aanbieders weten hierdoor dat de opdrachtgever belang hecht aan doelmatig werken en moeten in hun bestek opnemen hoe zij doelmatigheid willen bereiken. Desondanks is het niet zeker dat aanbieders hierdoor daadwerkelijk doelmatig te werk zullen gaan. De doelmatigheid kan dus als ‘laag’ worden beoordeeld.

6.3.4 Samenvatting

In Tabel 5 is de analyse voor combinatie 3: *meervoudig onderhands aanbesteden – PxQ-bekostiging* schematisch weergegeven. Met ‘laag’, ‘gemiddeld’ en ‘hoog’ wordt de score voor de mate van aanwezigheid van de indicator domeinen weergegeven. Zoals aangegeven kan de financiële toegankelijkheid niet worden gemeten. Bij dit indicator domein wordt daarom geen score ingevuld.

Publiek belang	Indicator domein	Resultaat
<i>Kwaliteit</i>	Effectiviteit	Laag
	Patiëntveiligheid	Gemiddeld
	Vraaggerichtheid	Gemiddeld
<i>Toegankelijkheid</i>	Financiële toegankelijkheid	-
	Tijdigheid van zorg	Gemiddeld
	Toegankelijkheid naar behoefte	Hoog
	Keuzevrijheid	Hoog
<i>Betaalbaarheid</i>	Macrokosten	Hoog
	Doelmatigheid	Laag

TABEL 5. COMBINATIE 3: MEERVOUDIG ONDERHANDS AANBESTEDEN - PxQ-BEKOSTIGING

6.4 Combinatie 4: Meervoudig onderhands aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt

Om te kunnen bepalen in hoeverre de publieke belangen met combinatie 4 gewaarborgd worden, is zoals eerder aangegeven het bestek van de gemeente Haarlemmermeer geanalyseerd. In het bestek staan de spelregels en voorwaarden voor de aanbesteding beschreven. Op basis van het bestek beoordeelt de aanbestedende dienst de offertes van de aanbieders. In het bestek zijn aspecten te onderscheiden die waarborgen bevatten voor de drie publieke belangen van de zorg. In de volgende paragraaf worden deze aspecten per indicator domein beschreven. De aspecten worden omwille van de overzichtelijkheid cursief gemaakt.

6.4.1 Publiek belang: kwaliteit

Effectiviteit

De gemeente Haarlemmermeer sluit een contract af voor 12 maanden (art. 3. Haarlemmermeer), met de optie tot verlenging tot drie en een half jaar. In artikel 11 staat dat

de opdrachtgever het recht behoudt om, na overleg en met instemming van de opdrachtnemers, de overeenkomst te wijzigen indien veranderingen in wet- en regelgeving hierom vragen (art. 9 lid 1 Haarlemmermeer). Volgens een respondent van de gemeente Haarlemmermeer biedt deze aanbestedingsmethode daarmee voldoende flexibiliteit om adequaat in te kunnen springen op ontwikkelingen (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016). Het is echter de vraag of de flexibiliteit de effectiviteit voldoende waarborgt, omdat uit jurisprudentie blijkt dat bij een wezenlijke wijziging opnieuw moet worden aanbesteed (PIANOo, n.d.(c)).

De respondent geeft aan dat vrijwel altijd gebruik wordt gemaakt van de optie tot verlenging en dat contracten gemiddeld een looptijd van vier jaar kennen. Met de relatief *lange doorlooptijd van het contract* zorgt de gemeente ervoor dat zorgaanbieders durven te investeren in effectiviteit (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016). Er ontstaat co-creatie tussen aanbieders en de gemeente, aldus de respondent van de gemeente Haarlemmermeer. Door de lange doorlooptijd weten aanbieders zeker dat zij hun investering terug zullen verdienen. Bovendien zullen gemeenten de aanbieders in een volgende aanbestedingsronde opnieuw uitnodigen om een offerte in te dienen, als aanbieders nu effectief presteren (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016). Investerings dragen volgens de respondent daarom bij aan de effectiviteit van de zorg.

Tussen de opdrachtgever en opdrachtnemer vindt voor aanvang van de aanbesteding veel overleg plaats in de vorm van marktconsultaties (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016). Ook na de aanbesteding vindt *structureel overleg* plaats, al is dit overleg wel aan meer striktere regels gebonden (art. 7 Haarlemmermeer). De respondent geeft echter aan dat dit geen probleem vormt voor de inhoud van het overleg. In het overleg komen de gemaakte contractafspraken en de ontwikkelingen in de dienstverlening aan de orde. Door structureel overleg af te dwingen verwacht de gemeente Haarlemmermeer dat aanbieders van elkaar leren en dat dientengevolge de effectiviteit van de zorg verhoogt (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016). Door de aanwezigheid van deze waarborgen kan de effectiviteit als ‘gemiddeld’ worden beoordeeld.

Patiëntveiligheid

Opdrachtnemers moeten voldoen aan een aantal *contractuele eisen*. Ze moeten zich hebben verzekerd voor wettelijke en contractuele (bedrijfs-)aansprakelijkheid (art. 10 Haarlemmermeer). Daarnaast moet ze garanderen dat hun prestaties voldoen aan de algemeen geldende normen en de voorschriften die bij of krachtens wet of verdrag gelden met

betrekking tot veiligheid, gezondheid en milieu (art. 6 lid 1 Haarlemmermeer). Tot slot moeten zorgaanbieders beschikken over een kwaliteitskader en gecertificeerd zijn.

In een *maandelijks overleg* bespreken zorgaanbieders en gemeente verscheidene zorgcasussen (art.7 Haarlemmermeer). De veiligheid van patiënten wordt uitgebreid geëvalueerd. Doordat zorgaanbieders zich moeten verantwoorden over onveilige situaties, zullen onveilige situaties minder snel ontstaan of eerder worden opgelost, stelt de gemeente Haarlemmermeer (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016). De patiëntveiligheid kan daarmee als ‘hoog’ worden aangemerkt.

Vraaggerichtheid

De gemeente Haarlemmermeer verplicht zorgaanbieders om samen met hun cliënten een *contract* op te stellen waarin zij de handelingen definiëren die de zorgaanbieder zal gaan uitvoeren. Dit contract kan zonder tussenkomst van de gemeente worden aangepast waardoor de zorgaanbieder adequaat in kan springen op de wensen van de cliënt. Het verplicht stellen van het opstellen van een dergelijk contract leidt ertoe dat de zorgaanbieder helder krijgt wat de wensen van de cliënt zijn en hoe hieraan tegemoet gekomen moet worden (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016). Dit contract draagt bij aan de vraaggerichtheid, omdat de cliënt inspraak krijgt in de manier waarop de inhoud van de zorg zal worden vormgegeven. De vraaggerichtheid kan zodoende als ‘hoog’ worden bestempeld.

6.4.2 Publiek belang: toegankelijkheid

Financiële toegankelijkheid

De gemeente Haarlemmermeer stelt dat hun aanbestedingsmethode en bekostigingsmodel geen invloed heeft gehad op de financiële toegankelijkheid. De eigen bijdrage wordt op landelijk niveau door het CAK vastgesteld en hangt dus niet af van de inkoopprocedure (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016). Er kan dus *geen waarborg* worden aangemerkt. Over de financiële toegankelijkheid kan dus geen uitspraak worden gedaan.

Tijdigheid van zorg

Contractueel is vastgelegd dat zorgaanbieders geen wachttijden laten ontstaan. Na het uitsturen van de beschikking waarin staat dat een cliënt recht heeft op ondersteuning, dient binnen 10 werkdagen de ondersteuning te zijn opgestart (art. 4(1) Haarlemmermeer). Met deze *harde contractuele eis* houdt de aanbestedende dienst de wachttijden stabiel. In een *meervoudig onderhandse aanbesteding* wordt, in tegenstelling tot bij de *bestuurlijke aanbesteding*, over bepalingen niet onderhandeld door de zorgaanbieders. De eisen zijn

zodoende geen waarborgen die voortvloeien uit het gebruik van ofwel de aanbestedingsmethode of het bekostigingsmodel. De tijdigheid van de zorg kan zodoende als ‘gemiddeld’ worden bestempeld.

Toegankelijkheid naar behoefte

De medewerkers van de gemeente die de indicatie stellen, kunnen *cliënten begeleiden naar andere zorgaanbieder* wanneer cliënten ontevreden zijn over hun huidige aanbieder. De respondent van de gemeente Haarlemmermeer stelt: “Onze indiceerders kennen de sterke en zwakke punten van de zorgaanbieders en kunnen dus een goede inschatting maken welke zorgaanbieder echt bij een cliënt past” (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016). Door de actieve begeleiding zal de bestaande zorg beter aansluiten op de behoefte van de cliënt. “Hiermee stimuleren we als gemeente dat zorgaanbieders investeren in de behoefte van de cliënt, want zorgaanbieders willen niet zonder cliënten komen te zitten” (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016). Maar de respondent geeft ook aan dat cliënten, ondanks de actieve begeleiding, niet vaak van zorgaanbieder wisselen omdat deze stap erg groot is. Deze waarborg heeft dus geen sterke invloed op de toegankelijkheid naar behoefte. De toegankelijkheid naar behoefte kan daarom worden gedefinieerd als ‘gemiddeld’.

Keuzevrijheid

Cliënten kiezen zelf de zorgaanbieder die zij wensen. De cliënt beschikt daarmee over keuzevrijheid. Zorgaanbieders hebben geen acceptatieplicht, maar worden bij herhaaldelijke weigering van cliënten wel op de vingers getikt door de gemeente Haarlemmermeer. Het maandelijks overleg leent zich voor deze gelegenheden (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016). De keuzevrijheid kan daardoor als ‘hoog’ worden beoordeeld.

6.4.3 Publiek belang: betaalbaarheid

Macrokosten

Voor zowel opdrachtgever als voor opdrachtnemers is het financieel gezien voordeliger om minder aanbestedingen te hoeven doorlopen. Bovendien is het voor opdrachtgevers onzeker of een nieuwe aanbesteding wel nieuwe contractpartijen oplevert. Opdrachtnemers berekenen de geïnvesteerde tijd en moeite door in de prijs die zij vragen voor hun prestaties. Een respondent van de gemeente Haarlemmermeer zegt hierover: “Het geld moet of uit de lengte of uit de breedte worden opgehoest, en komt uiteindelijk voor de rekening van de burger” (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016). *Een lange looptijd van het contract* voorkomt dat vaak opnieuw moet worden aanbesteed en houdt daarmee de zorg betaalbaar op macroniveau.

Daarnaast zorgt *resultaatgerichte bekostiging per cliënt* ervoor dat de macrokosten betaalbaar blijven (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016). De prijs die zorgaanbieders per cliënt ontvangen wordt vastgesteld door de gemeente. De leverancier krijgt voor elke cliënt hetzelfde bedrag, ongeacht het aantal uren dat hij daadwerkelijk aan de cliënt besteedt. De kosten van de zorg zijn zodoende van tevoren bekend. De gemeentelijke begroting kan ex ante nauwkeurig worden vastgesteld en indien nodig kunnen de beschikbare budgetten van andere domeinen van de gemeentelijke begroting worden aangepast. Zo kan ervoor gezorgd worden dat de gemiddelde druk op de collectieve middelen niet te sterk toeneemt en kunnen de macrokosten stabiel worden gehouden. De beheersbaarheid van de macrokosten kan daarom als ‘gemiddeld’ worden aangemerkt.

Doelmatigheid

Een respondent van de gemeente Haarlemmermeer geeft aan dat *resultaatgerichte bekostiging* het mogelijk maakte om de gewenste bezuiniging binnen te halen. Doordat aanbieders per cliënt een bedrag krijgen ongeacht het aantal uren dat zij inzetten, worden alleen die uren gemaakt, die echt noodzakelijk zijn om het gewenste resultaat te bereiken. Overconsumptie vormt geen risico meer (persoonlijke communicatie, 26 juli 2016). Resultaatgerichte bekostiging zorgt dus dat de doelen op doelmatige wijze worden behaald. De doelmatigheid kan dus als ‘hoog’ worden beoordeeld.

6.4.4 Samenvatting

In Tabel 6 is de analyse voor combinatie 4: *meervoudig onderhands aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt*, schematisch weergegeven. Met ‘laag’, ‘gemiddeld’ en ‘hoog’ wordt de score voor de mate van aanwezigheid van de indicator domeinen weergegeven. Zoals aangegeven kan de financiële toegankelijkheid niet worden gemeten. Bij dit indicator domein wordt daarom geen score ingevuld.

Publiek belang	Indicator domein	Resultaat
Kwaliteit	Effectiviteit	Gemiddeld
	Patiëntveiligheid	Hoog
	Vraaggerichtheid	Hoog
Toegankelijkheid	Financiële toegankelijkheid	-
	Tijdigheid van zorg	Gemiddeld
	Toegankelijkheid naar behoefte	Gemiddeld
	Keuzevrijheid	Hoog
Betaalbaarheid	Macrokosten	Gemiddeld
	Doelmatigheid	Hoog

TABEL 6. COMBINATIE 4: MEERVOUDIG ONDERHANDS AANBESTEDEN – RESULTAATGERICHTE BEKOSTIGING PER CLIËNT

6.5 Conclusie

In onderstaande tabel zijn de scores op de indicator domeinen per combinatie schematisch samengevat. Hoge, gemiddelde en lage scores op de indicator domeinen worden respectievelijk aangegeven met groene, gele en rode *emoticons*. De aanbestedingsmethode en het bekostigingsmodel blijken geen invloed te hebben op de financiële toegankelijkheid. Omdat over dit indicator domein dus geen uitspraak kan worden gedaan, is op deze plek een ‘x’ ingevuld. Op basis van de resultaten uit de analyse kunnen uitspraken worden gedaan over de opgestelde verwachtingen.

Publieke belangen ↓	Combinaties →	Bestuurlijk aanbesteden		Meervoudig onderhands aanbesteden	
	Indicator domeinen ↓	PxQ-bekostiging	Resultaat gerichte bekostiging	PxQ-bekostiging	Resultaat gerichte bekostiging
Kwaliteit	Effectiviteit	☹️	😊	☹️	☹️
	Patiëntveiligheid	☹️	☹️	☹️	😊
	Vraaggerichtheid	😊	😊	☹️	😊
Toegankelijkheid	Financiële toegankelijkheid	x	x	x	x
	Tijdigheid van zorg	☹️	☹️	☹️	☹️
	Naar behoefte	☹️	😊	😊	☹️
	Keuzevrijheid	😊	😊	😊	😊
Betaalbaarheid	Macrokosten	😊	☹️	😊	☹️
	Doelmatigheid	☹️	😊	☹️	😊

TABEL 7. RESULTATEN INDICATOR DOMEINEN PER COMBINATIE

Verwachting 1: De combinatie bestuurlijk aanbesteden – PxQ-bekostiging levert een hoge mate van kwaliteit op, een gemiddeld niveau van toegankelijkheid en een gemiddeld niveau van betaalbaarheid.

Gezien de resultaten uit de analyse kan gesteld worden dat de verwachting voor combinatie 1 deels is uitgekomen. De verwachting was dat de kwaliteit ‘hoog’ zou zijn en de toegankelijkheid en betaalbaarheid ‘gemiddeld’. Uit de bestekken en interviews is gebleken dat de kwaliteit en toegankelijkheid ‘gemiddeld’ is en de betaalbaarheid ‘hoog’. In het oog springt de gemiddelde effectiviteit die met deze combinatie bereikt wordt. Een respondent van de MGR geeft aan: “Als je professionals inhuurt, mag je ervan uit gaan dat zij de uren waarvoor zij betaalt krijgen, goed besteden”. Andere respondenten geven echter aan dat het onzeker is of professionals hun uren automatisch goed besteden en effectief te werk gaan. De toegankelijkheid wordt met ‘gemiddeld’ beoordeeld. Hoewel de keuzevrijheid erg hoog ligt omdat een groot aantal aanbieders wordt gecontracteerd, bouwt *bestuurlijk aanbesteden* verder geen aspecten in om de toegankelijkheid mee te waarborgen.

De betaalbaarheid van de zorg is ‘hoog’ doordat *PxQ* inzichtelijk maakt welke uren ondersteuning aan welke activiteiten besteed worden. Van tevoren kunnen daardoor de zorgkosten goed worden ingeschat. Anderzijds zorgt *bestuurlijk aanbesteden* voor een gemiddelde doelmatigheid omdat cliënten hun zorgaanbieders kiezen om uiteenlopende redenen en niet altijd op basis van de juiste prijs-kwaliteit verhouding.

Verwachting 2: De combinatie bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt levert een gemiddelde mate van kwaliteit op, een hoge mate van toegankelijkheid en een hoog niveau van betaalbaarheid.

Gezien de resultaten uit de analyse kan gesteld worden dat de verwachting voor combinatie 2 deels is uitgekomen. De verwachting was dat de kwaliteit ‘gemiddeld’ zou zijn en de toegankelijkheid en de betaalbaarheid ‘hoog’. Uit de bestekken en interviews is gebleken dat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid allen ‘hoog’ scoorden. De kwaliteit ligt hoog omdat de effectiviteit en vraaggerichtheid hoog scoorden door het gebruik van *resultaatgerichte bekostiging*. Zorgaanbieders ontvangen voor elke cliënt hetzelfde bedrag, ongeacht het aantal uren dat hij aan de cliënt besteedt. Een zorgaanbieder maakt dus de meeste omzet als hij zo efficiënt mogelijk te werk gaat. De vraaggerichtheid ligt hoog doordat aanbieders met resultaatgerichte bekostiging, hun ondersteuning naar eigen inzicht kunnen organiseren. Zij kunnen met de cliënt bespreken aan welke activiteiten hij of zij behoefte heeft. De toegankelijkheid is hoog doordat met *bestuurlijk aanbesteden* veel aanbieders

worden gecontracteerd waardoor een grote diversiteit in het zorgaanbod ontstaat. De toegankelijkheid naar behoefte ligt hierdoor hoog. De betaalbaarheid is ook hoog, doordat *resultaatgerichte bekostiging* zorgaanbieders stimuleert tot doelmatig werken. Aanbieders ontvangen per cliënt een bedrag ongeacht het aantal uren dat zij inzetten. Hierdoor worden alleen die uren gemaakt, die echt noodzakelijk zijn om het gewenste resultaat te bereiken.

Verwachting 3: De combinatie meervoudig onderhands aanbesteden – PxQ-bekostiging levert een hoge mate van kwaliteit op, een lage mate van toegankelijkheid en een laag niveau van betaalbaarheid.

Gezien de resultaten uit de analyse kan gesteld worden dat de verwachting voor combinatie 3 niet is uitgekomen. De verwachting was dat de kwaliteit ‘hoog’ zou zijn en de toegankelijkheid en betaalbaarheid ‘laag’. Uit de bestekken en interviews is gebleken dat de kwaliteit en betaalbaarheid ‘gemiddeld’ zijn en de toegankelijkheid ‘hoog’. De kwaliteit blijft gemiddeld omdat de effectiviteit ‘laag’ scoort en de patiëntveiligheid en vraaggerichtheid ‘gemiddeld’. De effectiviteit blijft laag omdat de aanbieders bij hun inschrijving worden gedwongen na te denken over effectiviteit. Daarnaast kent het contract een lange looptijd waardoor aanbieders zullen durven investeren in effectiviteit. Desondanks geven deze waarborgen geen garantie. De vraaggerichtheid scoort ‘gemiddeld’ omdat regelmatig in gesprekken met inschrijvers wordt besproken hoe de cliënt het best tevreden kan worden gesteld. Daarnaast wordt samenwerking gestimuleerd door hierop uit te vragen in het bestek. De *meervoudig onderhandse aanbesteding* draagt bij aan de vraaggerichtheid doordat hiermee continuïteit van het zorgaanbod wordt gerealiseerd. Opdrachtgevers kunnen hiermee de oude zorgaanbieders opnieuw selecteren. Al met al worden de aanbieders door de opdrachtgever gestimuleerd tot vraaggerichtheid. De burger wordt echter niet actief betrokken bij de vormgeving van de zorg. De toegankelijkheid is als hoog beoordeeld omdat de aanbestedende dienst in het bestek beschrijft dat de informatie die cliënten ontvangen moeten *aansluiten bij hun denk- en leefwereld*. Op deze manier wordt, afhankelijk van de behoefte, bij alle cliënten toch hetzelfde resultaat behaald. De aanbestedende dienst heeft daarnaast gebruik gemaakt van de mogelijkheid binnen *meervoudig onderhands aanbesteden* om veel aanbieders te contracteren. Hierdoor is de diversiteit van het zorgaanbod en dus de keuzevrijheid vergroot. De betaalbaarheid van de zorg is ‘gemiddeld’ omdat de macrokosten van de zorg een hoge mate van beheersbaarheid hebben door de transparantie die *PxQ-bekostiging* met zich meebrengt. Tegelijkertijd wordt de doelmatigheid als laag beoordeeld omdat aanbieders geen prikkels ontvangen om doelmatig te werk te gaan. De wens tot doelmatigheid wordt door de

opdrachtgever hooguit in het bestek vermeld maar bevat geen consequenties aan het niet behalen ervan.

Verwachting 4: De combinatie meervoudig onderhands aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt levert een gemiddelde mate van kwaliteit op, een lage mate van toegankelijkheid en een hoog niveau van betaalbaarheid.

Gezien de resultaten uit de analyse kan gesteld worden dat de verwachting voor combinatie 4 deels is uitgekomen. De verwachting was dat de kwaliteit ‘gemiddeld’ zou zijn, de toegankelijkheid ‘laag’ en de betaalbaarheid ‘hoog’. Uit de bestekken en interviews is gebleken dat de kwaliteit en betaalbaarheid als ‘hoog’ kunnen worden beoordeeld en de toegankelijkheid als ‘gemiddeld’. De effectiviteit van de zorg wordt als ‘gemiddeld’ beoordeeld omdat aanbieders slechts door overleggen worden gestimuleerd om effectief te werk te gaan. Een inherente prikkel vanuit de aanbestedingsmethode of bekostigingsmodel is niet aanwezig. Zorgaanbieders moeten zich in een maandelijks overleg verantwoorden over onveilige situaties. Hierdoor zullen onveilige situaties minder snel ontstaan of eerder worden opgelost. De patiëntveiligheid kan daardoor als ‘hoog’ worden aangemerkt. De vraaggerichtheid wordt ook als ‘hoog’ beoordeeld omdat de cliënt inspraak krijgt in de manier waarop de inhoud van de zorg vorm zal worden gegeven. De toegankelijkheid naar behoefte wordt als ‘gemiddeld’ beoordeeld omdat de gemeente de aanbieders niet stimuleert om te voorzien in toegankelijkheid naar behoefte. Wel begeleidt de gemeente haar cliënten naar de in haar ogen meest geschikte aanbieder als de cliënt hier behoefte aan heeft. De keuzevrijheid kan als ‘hoog’ worden aangemerkt omdat cliënten in de gelegenheid worden gesteld om zelf te kiezen welke zorgaanbieder zij wensen. De macrokosten worden beheersbaar gehouden door een lange looptijd van het contract te hanteren. Door niet regelmatig een nieuwe aanbesteding te hoeven doorlopen, besparen zowel opdrachtgever als opdrachtnemers op kosten. De doelmatigheid ligt hoog, omdat met *resultaatgerichte bekostiging* aanbieders per cliënt een bedrag krijgen ongeacht het aantal uren dat zij inzetten. Aanbieders maken meer winst wanneer zij minder uren per cliënt besteden en zullen dus doelmatig te werk gaan. Het publiek belang betaalbaarheid kan dus als ‘gemiddeld’ worden beoordeeld.

De resultaten zijn samengevat in Tabel 7. De verwachting voor combinatie 3 is niet uitgekomen. De verwachtingen voor de overige combinaties zijn deels uitgekomen: voor hen geldt dat de verwachtingen van de resultaten van een of twee publieke belangen goed ingeschat waren. Geen van de verwachtingen zijn dus volledig uitgekomen.

7 Conclusies

Op basis van de analyse zal in dit hoofdstuk een conclusie worden getrokken en kan een antwoord op de hoofdvraag (7.1) worden geformuleerd. Het hoofdstuk sluit met reflecties (7.2) waarin wordt gereflecteerd op de theorie, de methoden en de resultaten. Tevens worden daarin aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

7.1 Antwoord hoofdvraag

Het beantwoorden van de deelvragen heeft ertoe geleid dat stap voor stap tot beantwoording van de hoofdvraag is gekomen. De hoofdvraag die in dit onderzoek leidend is geweest, luidt: *‘Welke combinatie van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen draagt bij huishoudelijke hulp optimaal bij aan het waarborgen van de publieke belangen in de zorg?’*. Het antwoord op deze vraag is afhankelijk van het gewicht dat wordt toegekend aan zowel de publieke belangen als de indicator domeinen. Wanneer niet aan alle publieke belangen en indicator domeinen een gelijk gewicht wordt toegekend, ontstaat per combinatie een score voor het publiek belang die anders zou zijn wanneer het gewicht op een andere manier tussen de belangen en indicator domeinen verdeeld wordt. In dit onderzoek kan daarom geen eenduidige aanbeveling worden gedaan over de optimale combinatie van aanbestedingsmethoden en modellen. Inkoopafdelingen dienen zelf hun eigen belangenafweging te maken. Er kunnen drie belangenafwegingen ontstaan: 1) er wordt een ongelijk gewicht toegekend aan de publieke belangen en een gelijk gewicht aan de indicator domeinen, 2) er wordt een gelijk gewicht toegekend aan de publieke belangen maar een ongelijk gewicht aan de indicator domeinen, of 3) er wordt een gelijk gewicht toegekend aan zowel de publieke belangen als aan de indicator domeinen. In de hierop volgende paragrafen zullen per belangenafweging een aantal voorbeelden worden besproken waarvan uit de interviews bleek dat zij vaak voorkeur genoten. Per belangenafweging zullen aanbevelingen gedaan worden voor de optimale combinatie van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen.

7.1.1 Ongelijke gewichtstoekenning publieke belangen

Wanneer aan de publieke belangen een ongelijk gewicht en aan de indicator domeinen een gelijk gewicht wordt toegekend, vormen combinaties 2 en 4 (*bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt* en *meervoudig onderhands aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt*) voor het publiek belang kwaliteit de optimale combinaties van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen. Combinatie 2 en 4

(*bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt en meervoudig onderhands aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt*) scoren op twee van de drie indicator domeinen ‘hoog’, waardoor kan worden gesteld dat deze combinaties een optimale bijdrage leveren aan het behalen van het publieke belang toegankelijkheid. Tenslotte scoren combinatie 1, 2 en 4 (*bestuurlijk aanbesteden – PxQ-bekostiging, bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt en meervoudig onderhands aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt*) ‘hoog’ binnen het publiek belang betaalbaarheid. Samengevat scoren combinaties 2 en 4 dus het best op kwaliteit, combinatie 3 scoort het best op toegankelijkheid en combinaties 1, 2 en 4 scoren het best op betaalbaarheid. Afhankelijk van aan welk publiek belang het meeste gewicht wordt toegekend, wordt aanbevolen om voor een van de genoemde combinaties te kiezen.

7.1.2 Ongelijke gewichtstoekenning indicator domeinen

Een aantal respondenten gaf tijdens de interviews aan dat zij aan sommige indicator domeinen een groter gewicht toekenden dan aan andere indicator domeinen. Vijf respondenten gaven aan dat zij binnen het publiek belang kwaliteit het meest gewicht toekenden aan indicator domein ‘effectiviteit’, binnen toegankelijkheid aan indicator domein ‘toegankelijkheid naar behoefte’ en binnen betaalbaarheid het meeste gewicht aan ‘doelmatigheid’. In Tabel 7 is terug te vinden dat combinatie twee ‘hoog’ scoort op elk van de gewenste indicator domeinen. Wanneer deze voorkeur voor indicator domeinen aan wordt gehouden, wordt combinatie 2 (*bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt*) aanbevolen als optimale combinatie.

Een andere veelgehoorde voorkeur was binnen het publiek belang kwaliteit het toekennen van het meeste gewicht aan indicator domein ‘vraaggerichtheid’, binnen toegankelijkheid aan ‘keuzevrijheid’ en binnen het publiek belang betaalbaarheid het meeste gewicht aan indicator domein ‘doelmatigheid’. Wanneer deze voorkeur voor indicator domeinen wordt aangehouden, worden combinatie 2 en 4 (*bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt en meervoudig onderhands aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt*) aanbevolen als optimale combinaties van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen. Deze twee combinaties scoren allebei ‘hoog’ op elk van de gewenste indicator domeinen.

Bij het kiezen van een optimale combinatie op basis van gewichtstoekenning aan bepaalde indicator domeinen moet worden opgemerkt dat aan enkele indicator domeinen de beoordeling

‘laag’ is gegeven. Dit is het geval bij combinatie 3 (*meervoudig onderhands aanbesteden – PxQ-bekostiging*). Het is de vraag of inkoopafdelingen willen werken met combinaties die op een van de andere indicator domeinen laag heeft gescoord – ook al wordt aan de desbetreffende indicator domein geen bijzonder gewicht toegekend. Het verdient daarom aanbeveling voor de inkoopafdelingen om hierin een keuze te maken en desgewenst niet voor combinatie 3 als optimale combinatie te kiezen.

7.1.3 Gelijke gewichtstoekenning publieke belangen en indicator domeinen

Tenslotte is het mogelijk dat inkoopafdelingen aan zowel de publieke belangen en de indicator domeinen een gelijk gewicht toekennen. In dat geval wordt combinatie 2 (*bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt*) aanbevolen als de optimale combinatie van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen. Binnen de combinatie zijn twee van de drie indicator domeinen binnen kwaliteit met ‘hoog’ beoordeeld. Dit geldt eveneens voor combinatie 4. Zij scoren dus in vergelijking met de andere combinaties optimaal voor het publiek belang kwaliteit. Binnen het publiek belang toegankelijkheid zijn voor combinatie 2, twee van de drie indicator domeinen met ‘hoog’ beoordeeld. Ook met combinatie 3 wordt een hoge mate van toegankelijkheid behaald. Combinatie 2 en 3 scoren dus in vergelijking met de andere combinaties optimaal op het publiek belang toegankelijkheid. Combinaties 1, 2 en 4 scoren allen ‘gemiddeld’ op het publiek belang betaalbaarheid. Combinatie 3 scoort op dit publiek belang ‘laag’. Bij een gelijke gewichtstoekenning aan de indicator domeinen scoort combinatie 2 als enige combinatie optimaal op twee van de drie publieke belangen. Dit zijn de publieke belangen kwaliteit en toegankelijkheid. Bij een gelijke gewichtstoekenning aan de publieke belangen draagt combinaties 2 dus optimaal bij aan de publieke belangen van de zorg. Zodoende wordt aanbevolen om bij een gelijke gewichtstoekenning te kiezen voor combinatie 2.

7.2 Reflecties

In de reflecties wordt gereflecteerd op de gehanteerde theorieën, de gekozen methoden en de resultaten die uit het onderzoek voortkomen. Daarbij worden bovendien aanbevelingen gedaan voor eventueel vervolgonderzoek.

7.2.1 Reflectie theorie

Sinds 2006 reflecteert het RIVM eens in de vier jaar in het rapport de Zorgbalans op de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de Nederlandse gezondheidszorg. De vormgeving van de rapportages is echter aan veranderingen onderhevig. Zo brengt het RIVM

sinds 2016 geen formeel rapport meer uit over de prestaties maar is de informatie online te vinden op de website van de volksgezondheidszorg. Bovendien heeft het RIVM de methode van onderzoek gewijzigd. Sinds 2006 werkte het RIVM met het onderscheid tussen publieke belangen, indicator domeinen en indicatoren. In 2014 werd het strikte onderscheid tussen indicatoren en indicator domeinen losgelaten omdat dit beter aansluit bij de feitelijke problemen waarmee beleidsmakers zich geconfronteerd zien. Beleidsproblemen raken vaak aan meerdere publieke belangen (RIVM, 2014). In 2016 besloot het RIVM om dit onderscheid helemaal los te laten en alleen nog maar te werken met indicatoren. De indicatoren die sinds 2014 worden gebruikt om de prestaties van de gezondheidszorg mee te meten, worden regelmatig vernieuwd (RIVM, 2014).

In dit onderzoek is gekozen om te werken met de indicator domeinen die zijn aangehouden in de eerste drie rapporten van de Zorgbalans. Hoewel dit betekent dat niet wordt gewerkt met de meetinstrumenten die het RIVM anno 2016 hanteert, werd voor dit onderzoek meer belang gehecht aan het duidelijke onderscheid tussen indicator domeinen en indicatoren dat het RIVM in voorgaande jaren hanteerde. Niet alle indicatoren bleken namelijk even relevant voor de huishoudelijke hulp te zijn. In plaats van te werken met een eigenhandig geselecteerd klein aantal indicatoren, is gekozen te werken met de indicator domeinen. De indicator domeinen bleken concreet genoeg om accuraat te kunnen operationaliseren. Hierdoor kon nauwkeurig worden nagegaan wat de effecten van de combinaties op de indicator domeinen en de publieke belangen van de zorg waren, waardoor de validiteit van het onderzoek vergroot werd.

7.2.2 Reflectie methoden

Vooraf is besloten per combinatie twee gemeenten of gemeentelijke samenwerkingsverbanden als casussen te nemen. Verwacht werd dat de casussen homogene resultaten zouden opleveren. Daarmee werd beoogd tot replicatielogica te komen. Echter is het vanwege praktische redenen vanuit de kant van de gemeenten en gemeentelijke samenwerkingsverbanden slechts gelukt om per combinatie een gemeente of samenwerkingsverband te onderzoeken. Hierdoor is de betrouwbaarheid en externe validiteit van de resultaten slechts gedeeltelijk gewaarborgd. De generaliseerbaarheid van dit onderzoek is dus gering.

In het onderzoek is gebruikgemaakt van twee verschillende methoden van dataverzameling, te weten documentanalyse en interviews. Het interview bleek in de context van dit onderzoek een uitstekende methode te zijn. Zoals van tevoren werd gedacht schiep het

de mogelijkheid door te vragen en aan te haken op de antwoorden van de respondenten. Dit bleek gedurende de interviews ook noodzakelijk. Vrijwel alle medewerkers dwaalden in de interviews af naar de gevolgen van de bezuinigingen binnen het sociaal domein. Gezien de korte periode waarin de bezuinigingen zijn doorgevoerd, bezitten veel medewerkers nog frustraties over de bezuinigingen en de gevolgen. Zeer regelmatig is in de interviews doorgevraagd of medewerkers de genoemde gevolgen toekenden aan de bezuinigingen of aan de combinatie van aanbesteden. De gevolgen van de bezuinigingen en de combinatie konden daardoor goed van elkaar worden onderscheiden. Hierdoor is de validiteit gewaarborgd.

De documentanalyse heeft niet zozeer voor aanvullende informatie gezorgd, als wel voor bevestiging van informatie afkomstig uit de interviews. De voorwaarden opgenomen in de bestekken werden in de interviews nader toegelicht. In die zin is de documentanalyse van toegevoegde waarde geweest. De triangulatie heeft op deze manier voor verzekering van de betrouwbaarheid gezorgd.

Tijdens het analyseren van de bestekken en het houden van de interviews bleek het niet eenvoudig om sociaal wenselijke antwoorden te vermijden. Medewerkers bleken snel geneigd de door hun gehanteerde combinatie te verdedigen, ongeacht de resultaten van de combinatie. Hoewel enkele medewerkers het waagden om kritiek te uiten op hun combinatie was geen van hen bereid om de resultaten op te indicatordomeinen te beoordelen met 'laag'. In vervolgonderzoek kan beter rekening gehouden worden met de bewoording. Ook zouden andere partijen zoals zorgaanbieders of cliënten kunnen worden geïnterviewd om hun perspectief op de resultaten te verkrijgen. Hierdoor zal de betrouwbaarheid van het onderzoek worden vergroot.

Daarnaast dient te worden opgemerkt dat de uitkomsten die worden behaald op de publieke belangen van de zorg, niet alleen afhankelijk zijn van de combinatie aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen die gehanteerd wordt. De uitkomsten die worden behaald zijn ook afhankelijk van kenmerken van de populatie in de gemeente (rijk of arm; jong of oud) en bijvoorbeeld de grootte van de gemeente. Er zijn talloze factoren te bedenken die invloed uitoefenen op de uiteindelijke uitkomsten. Het verdient aanbeveling om deze factoren in vervolgonderzoek ofwel mee te nemen ofwel uit te sluiten. Hierdoor wordt de validiteit van het onderzoek vergroot.

7.2.3 Reflectie resultaten

Gemeenten baseren hun keus voor een bepaalde combinatie niet alleen op het resultaat wat de combinatie op de publieke belangen heeft. Uit de interviews bleek dat de keuze voor een combinatie veelal afhangt van de manier waarop de combinatie past binnen de visie van de gemeente. Wanneer de visie van de gemeenteraad meer behoudend is, zal het inkoopbeleid eerder uitgaan van combinaties waarmee al eerder is gewerkt dan van combinaties waarvan de uitkomsten nog onzeker zijn.

Ook hangt de gekozen combinatie sterk af van ontwikkeling van de jurisprudentie omtrent het sociaal domein. In 2016 zijn al veel vragen beantwoord maar ook veel vragen opgeroepen met behulp van jurisprudentie. Vooral wat betreft *resultaatgerichte bekostiging per cliënt* heersen nog veel onzekerheden. De toepassing van deze relatief nieuwe manier van bekostigen wordt door de rechter aan voorwaarden verbonden die gemeenten van tevoren niet allemaal hadden geïmplementeerd. Door de onzekerheden die de ontwikkelingen met zich meebrengen, houden veel gemeenten ook in 2016 vast aan hun oude manier van aanbesteden. Het wordt daarom aanbevolen om dit onderzoek wanneer de onzekerheden zijn weggenomen nogmaals uit te voeren. De uitkomsten van dit onderzoek zullen dan wellicht eerder aangenomen worden.

In dit onderzoek zijn de indicator domeinen beoordeeld met een score ‘laag’, ‘gemiddeld’ of ‘hoog’. Deze scores zijn een beoordeling van de waarborgen die zijn gevonden in de bestekken en geanalyseerd uit de interviews. Om tot een beoordeling te komen werd de aanwezigheid of afwezigheid van de waarborgen op een bepaalde wijze geïnterpreteerd. Desondanks is het mogelijk dat anderen de indicator domeinen op een andere manier zouden beoordelen. Getracht is om deze interpretatie zo helder mogelijk weer te geven in de analyse. Mogelijk kan in vervolgonderzoek langer worden stilgestaan bij de wijze waarop de beoordeling plaatsvindt. De beoordeling zou dan bijvoorbeeld plaats kunnen vinden aan de hand van een vijfpuntschaal. Dit zou de inzichtelijkheid van het onderzoek vergroten.

Tot slot is in dit onderzoek uitgegaan van de veronderstelling dat de combinaties van aanbestedingsmethoden en bekostigingsmodellen de resultaten van een aanbesteding bepalen. Hierbij is niet ingegaan op het gewicht van de twee instrumenten. Wellicht is een van de twee instrumenten van doorslaggevende invloed op de resultaten. Het is interessant om hier in vervolgonderzoek dieper op in te gaan. Op dat inzicht kunnen de instrumenten nog effectiever

worden ingezet en zullen met de aanbestedingen nog hogere resultaten kunnen worden bereikt.

Literatuur

ANBO. (1 december 2015). *ANBO en thuiszorgbranche luiden noodklok*. Geraadpleegd op 16 maart 2016, op <http://www.anbo.nl/belangenbehartiging/gezondheid/nieuws/anbo-en-thuiszorgbranche-luiden-noodklok>.

Bleijenbergh, I. L. (2013). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Den Haag: Boom Lemma.

Boeije, H. R. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Den Haag: Boom onderwijs.

Centraal Planbureau. (2015). *Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen het sociaal domein*. Centraal Planbureau: Den Haag.

De Bruijne, M. C., Zegers, M., Hoonhout, L. H. F., & Wagner, C. (2007). *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen*. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames.

Deelstra, W. F. (2008). Huishoudelijke hulp in de Wmo. In: *Huishoudelijke verzorging en de Wmo* (pp. 21-35). Bohn Stafleu van Loghum.

Europa Decentraal. (27 juni 2013). *Notitie 'Veelgestelde vragen aanbesteden', Hoofdstuk 7: Geschiktheidseisen, uitsluitingsgronden, selectiecriteria en gunningscriteria*. Geraadpleegd op 29 augustus 2016, op <https://www.europadecentraal.nl/wp-content/uploads/2013/07/Veelgestelde-vragen-Aanbesteden-hoofdstuk-7.pdf>.

Gemeenten van de Toekomst. (n.d.). *Sturing en bekostiging in het sociaal domein: Een verkenning van praktijk en theorie*. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Gids Proportionaliteit. (2016). April 2016, 1^e herziening. Den Haag.

Grandia, J. (2015). *Implementing Sustainable Public Procurement: an organisational change perspective*. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.

Hakvoort, J. L. M. (1995). *Methoden en technieken van bestuurskundig onderzoek*. Delft: Eburon.

Krasner, S. D. (1988). Sovereignty an institutional perspective. *Comparative Political Studies*, 21(1), 66-94.

Lysons, K., & Farrington, B. (2006). *Purchasing and supply chain management*. Pearson Education.

Memorie van Toelichting Wmo 2007. (Vergaderjaar 2004-2005). *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning)*. Tweede Kamer, 30 131, nr. 3.

Memorie van Toelichting Wmo 2015. (Vergaderjaar 2013-2014). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015)*. Tweede Kamer, 33 841, nr. 3.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (28 januari 2005). *Evaluatie Kwaliteitswet Zorginstellingen*, nr. 28 439.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (9 juli 2007). *Met zorg ondernemen*. Kenmerk: MC-U-2783995.

Monczka, R.M., Handfield, R.B., Giunipero, L.C., & Patterson, J.L. (2009). *Purchasing and supply chain management* (4th edition). Mason, Ohio: South-Western.

Movisie. (4 februari 2016). *Inkoop en bekostiging als kwaliteitsinstrumenten*. Utrecht.

Murray, C.L., & Evans, D.B. (2003). *Health System Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organization.

Nationale Beroepengids. (n.d.). *Werken als beleidsmedewerker*. Geraadpleegd op 4 juni 2016, op <http://www.nationaleberoepengids.nl/Beleidsmedewerker>.

NEVI. (1 juni 2016). *Senior inkoopadviseur*. Geraadpleegd op 4 juni 2016, op <https://www.nevi.nl/vacatures/senior-inkoopadviseur>.

NEVI. (8 juni 2016). *Inkoper sociaal domein*. Geraadpleegd op 4 juni 2016, op <https://www.nevi.nl/vacatures/inkoper-sociaal-domein>.

NOS. (1 december 2015). *Thuishulpbranche luidt de noodklok*. Geraadpleegd op 3 maart, 2016, op <http://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2072485-thuishulpbranche-luidt-de-noodklok.html>.

PIANOo. (n.d.(a)). *Enkelvoudig of meervoudig onderhands aanbesteden*. Geraadpleegd op 6 april 2016, op <https://www.pianoo.nl/metrokaart/enkelvoudig-of-meervoudig-onderhands-aanbesteden>.

PIANOo. (n.d.(b)). *Bestuurlijk aanbesteden*. Geraadpleegd op 6 februari 2016, op <https://www.pianoo.nl/sites/default/files/documents/documents/bestuurlijkaanbesteden.pdf/>.

PIANOo. (n.d.(c)). *Wezenlijke wijziging*. Geraadpleegd op 24 augustus 2016, op <https://www.pianoo.nl/regelgeving/jurisprudentie/jurisprudentieoverzicht/type-opdracht/wezenlijke-wijziging>.

PIANOo. (n.d.(d)). *Wat is het onderscheid tussen geschiktheidseisen uitsluitingsgronden selectie- en gunningscriteria*. Geraadpleegd op 7 mei 2016, op <https://www.pianoo.nl/metrokaart/wat-is-onderscheid-tussen-geschiktheidseisen-uitsluitingsgronden-selectie-gunningcriteria>.

PIANOo. (2 april 2013). *Inkoopproces*. Geraadpleegd op 11 mei 2016, op <https://www.pianoo.nl/inkoopproces>.

PIANOo. (november 2013). *Selectie bij onderhands aanbesteden. Met uitgebreide beschrijving groslijstmethodiek*. Den Haag: Vijfkeerblauw.

PIANOo. (2015). *MVI-thema's*. Geraadpleegd op 11 mei 2016, op <https://www.pianoo.nl/themas/maatschappelijk-verantwoord-inkopen-mvi-duurzaam-inkopen/mvi-thema-s>.

PIANOo. (februari 2016). *Inkopen en aanbesteden*. Interne communicatie Benjamin Staakman.

PIANOo. (juni 2016). *Handreiking marktconsultatie. Praten met de markt voorafgaand aan een aanbesteding*. Geraadpleegd op 18 juni 2016, op <https://www.pianoo.nl/sites/default/files/documents/documents/handreiking-marktconsultatie-juni2016.pdf>.

PIANOo. (2016). *Specificeren*. Geraadpleegd op 29 september 2016, op <https://www.pianoo.nl/inkoopproces/fase-1-voorbereiden-inkoopopdracht/specificeren>.

Research voor Beleid. (2007). *Aanbesteding hulp bij het huishouden: eindrapport*. Ministerie van VWS.

RIVM. (2010). *Zorgbalans 2010: De prestaties van de Nederlandse zorg*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM.

RIVM. (2014). *Zorgbalans 2014: De prestaties van de Nederlandse zorg*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM.

Robbe, T. (2011). *Bestuurlijk aanbesteden: waar komt het vandaan, mag het, wat is het en waar gaat het heen?* Robbe Adviesbureau/Robbe & Partners.

Robbe, T. (2013). *Bestuurlijk aanbesteden 2.0. Wat is het, wat is het niet en is het bruikbaar voor de Transitie en transformatie van de AWBZ en JZ?* Tim Robbe/Robbe & Partners.

Van Houten, G., Tuynman, M., & Gilsing, R. (2008). *De invoering van de Wmo: gemeentelijk beleid in 2007*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Telgen, J., & Lohmann, W.M. (2013). Gemeenten dreigen speelbal te worden. *Zorg en welzijn*, 19(3), 36-38.

Telgen, J., & Bekkers, H. (2014). *Veel gemeenten blijven Awbz'tje spelen*. Twente: Universiteit Twente.

TransitieBureau Wmo. (2013). *Bekostigingsmodellen. Modellen, afwegingen en uitdagingen voor gemeenten*. Rijksoverheid.

Transitiecommissie Sociaal Domein. (2015). *Code verantwoord marktgedrag thuisondersteuning*. Transitiecommissie Sociaal Domein: Den Haag.

Tweede Kamer. *Nota Vraag aan bod*. Vergaderjaar 2000–2001, 27 855, nr. 2.

Unk, D. N. (2016). De gemeente als opdrachtgever in het sociaal domein. *Sociaal Bestek*, 78(1), 14-17.

Streefkerk, P., & Van Amstel, W. P. (2009). *Inkoop*. Pearson Education Benelux.

Van der Grinten, T. (2006). *Zorgen om beleid: Over blijvende afhankelijkheden en veranderende bestuurlijke verhoudingen in de gezondheidszorg*. Afscheidsrede, Erasmus MC, Rotterdam. Demmenie Grafi media: Alphen aan den Rijn.

Van Thiel, S. (2010). *Bestuurskundig onderzoek: een methodologische inleiding*. Bussum: Coutinho.

Van Weele, A.J. (1997). *Inkoop in strategisch perspectief: analyse, planning en praktijk*. Alphen aan de Rijn: Samson.

Van Weele, A.J. (2005). *Purchasing and supply chain management: analysis, strategy, planning and practice (4th edition)*. London, England: Thomson learning.

Van Zwieten, M., & Willems, D. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts en wetenschap*, 47(13): 38-43.

Vennix, J. A. M. (2010). *Theorie en praktijk van empirisch onderzoek*. Pearson/Custom Publishing.

Vereniging Nederlandse Gemeenten. (2009). *Kwaliteitsdocument voor Verantwoorde Hulp bij het Huishouden*. Optima Forma bv: Voorburg.

Vereniging Nederlandse Gemeenten. (2015). *Uitspraken Wmo-huishoudelijke hulp: gevolgen voor gemeenten*. Geraadpleegd op 6 juni 2016, op: <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/uitspraken-wmo-huishoudelijke-hulp-gevolgen-voor-gemeenten>.

Wester, F. P. J. (1992). Wetenschappelijke probleemformulering en onderzoeksopzet. In G. J. N. Bruinsma & M. A. Zwanenburg (red.), *Methodologie voor bestuurskundigen. Stromingen en methoden* (pp. 199-224). Muiderberg: Coutinho.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2000). *Het borgen van publiek belang*. Nr. 56. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Bijlage 1 Lijst met respondenten

In onderstaande tabel zijn de respondenten weergegeven die in dit onderzoek zijn geïnterviewd. Wegens het waarborgen van de anonimiteit van de respondenten worden de namen van de respondenten niet genoemd. In de tekst zal naar de interviews worden gerefereerd als ‘persoonlijke communicatie, datum’. De respondenten zijn per combinatie gesorteerd.

Interviews			
Gemeente/Gemeentelijk samenwerkingsverband	Functie	Datum	Combinatie
1. Katwijk	Senior-beleidsmedewerker samenleving	22 juni 2016	Bestuurlijk aanbesteden – PxQ-bekostiging
2. Katwijk	Senior-beleidsmedewerker samenleving	22 juni 2016	Bestuurlijk aanbesteden – PxQ-bekostiging
3. MGR Sociaal Domein Limburg Noord	Medewerker inkoop en contract	23 juni 2016	Bestuurlijk aanbesteden – PxQ-bekostiging
4. Servicepunt71	Senior inkoopadviseur	6 juni 2016	Bestuurlijk aanbesteden – resultaatgerichte bekostiging per cliënt
5. Stichting Rijk	Senior inkoopadviseur	14 juni 2016	Meervoudig onderhandse aanbesteding – PxQ-bekostiging
6. Stichting Rijk	Senior beleidsmedewerker	4 oktober 2016	Meervoudig onderhandse aanbesteding – PxQ-bekostiging
7. Haarlemmermeer	Categoriemanager sociaal domein	26 juli 2016	Meervoudig onderhandse aanbesteding – resultaatgerichte bekostiging per cliënt

8. Tim Robbe	Consultant	6 oktober 2016	Bestuurlijk aanbesteden
--------------	------------	----------------	----------------------------

Proefinterviews			
Gemeente/Gemeentelijk samenwerkingsverband	Functie	Datum	Combinatie
9. Ron Wammes	Inkoopadviseur Regio Rivierenland	17 februari 2016	Bestuurlijk aanbesteden
10. Rotterdam	Senior Inkoopadviseur sociaal domein	13 juni 2016	Resultaatgerichte bekostiging per cliënt
11. Rotterdam	Projectleider inkoop zorg en welzijn	15 juni 2016	Resultaatgerichte bekostiging per cliënt

Bijlage 2 Interviewgide

Naam respondent:

Functie respondent:

Organisatie respondent:

Locatie:

Datum en tijd:

- Voorstellen
 - Doel interview toelichten
 - Keuze voor betreffende respondent
 - Geluidsopname
 - Structuur interview aangeven
 - Informeren naar vragen vanuit de respondent
-

Cluster 1: Algemeen

1. Van welke gemeente of van welk gemeentelijk samenwerkingsverband bent u afkomstig?
2. Kunt u uw functie binnen uw organisatie toelichten?

Cluster 2: Aanbestedingsmethode

3. Om welke reden heeft u ervoor gekozen om de huishoudelijke hulp met deze aanbestedingsmethode aan te besteden?
4. Kunt u beschrijven op welke manier uw organisatie deze aanbestedingsmethode heeft toegepast?
5. Onder welke omstandigheden denkt u dat dat het gebruik van deze aanbestedingsmethode goed van pas komt?
6. Onder welke omstandigheden denkt u dat dat het gebruik van deze aanbestedingsmethode minder goed van pas komt?

Cluster 3: Bekostigingsmodel

7. Om welke reden heeft u ervoor gekozen om de huishoudelijke hulp met dit bekostigingsmodel aan te besteden?
8. Kunt u beschrijven op welke manier uw organisatie dit bekostigingsmodel heeft toegepast?

9. Onder welke omstandigheden denkt u dat dat het gebruik van dit bekostigingsmodel goed van pas komt?
10. Onder welke omstandigheden denkt u dat dat het gebruik van dit bekostigingsmodel minder goed van pas komt?

Cluster 4: Kwaliteit

11. Wanneer verstaat u onder kwaliteit van huishoudelijke hulp?
12. In hoeverre denkt u dat deze combinatie bijdraagt aan de kwaliteit van huishoudelijke hulp?
13. In hoeverre denkt u dat deze combinatie een hoge effectiviteit van de zorg waarborgt?
14. In hoeverre zorgt deze combinatie ervoor dat de huishoudelijke hulp aansluit bij de behoefte van de klant (vraaggerichtheid)?

Cluster 5: Toegankelijkheid

15. Wanneer acht u huishoudelijke hulp als ‘voldoende toegankelijk’?
16. In hoeverre ontstaat door deze combinatie keuzevrijheid in het aanbod van huishoudelijke hulp?
17. In hoeverre sluit huishoudelijke hulp door gebruik van deze combinatie aan op persoonsgebonden kenmerken zoals leeftijd, geslacht of etniciteit?

Cluster 6: Betaalbaarheid

18. Wanneer acht uw organisatie de kosten van huishoudelijke hulp ‘betaalbaar’?
19. Is de gemeente door gebruik van deze combinatie in staat om de kosten van de zorg te beheersen?
20. In hoeverre draagt deze combinatie van huishoudelijke hulp bij aan de doelmatigheid?

Afsluiting

21. Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van deze combinatie t.o.v. andere combinaties?

- Bedanken voor het interview
- Aanbieden om de scriptie na afloop toe te sturen