



Aanbesteding Hulp bij het Huishouden

Eindrapport



Aanbesteding Hulp bij het Huishouden

Eindrapport

Een onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport □ □

Projectnummer: B3295

Leiden, 29 maart 2007

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Research voor Beleid. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Research voor Beleid. Research voor Beleid aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Voorwoord

Op 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking getreden. Gemeenten zijn vanaf deze datum verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van hun burgers, waaronder hulp bij het huishouden. Gemeenten dienen de hulp bij het huishouden Europees aan te besteden. Signalen uit het veld lijken erop te wijzen dat de eerste aanbesteding van de hulp bij het huishouden voor zowel gemeenten als voor zorgaanbieders en zorgontvangers tot onzekerheid en onduidelijkheid heeft geleid. De Tweede Kamer heeft de Staatsecretaris gevraagd geïnformeerd te worden over het verloop en de gevolgen van de aanbestedingsprocedure.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft Research voor Beleid om die reden gevraagd de aanbesteding van de hulp bij het huishouden te onderzoeken. Dit onderzoek heeft als doel knelpunten die gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties bij de aanbesteding hebben ervaren in kaart te brengen en adviezen te formuleren voor aanbesteding in de toekomst.

In een periode van 6 weken zijn de gemeenten in Nederland benaderd met een telefonische enquête over de aanbesteding. Daarnaast is bij 30 gemeenten, betrokken zorgaanbieders en cliëntenorganisaties in die gemeenten een telefonisch interview afgenomen over het verloop en de resultaten van de aanbesteding. In deze periode zijn tevens de bestekken voor de aanbesteding van de geselecteerde gemeenten opgevraagd en geanalyseerd. Ook is, in aanwezigheid van het Ministerie van VWS, de VNG en het CIZ, een groepsgesprek uitgevoerd met gemeenten. Tijdens dit groepsgesprek is gesproken over de eerste ervaringen met de indicatiestelling voor de hulp bij het huishouden. De resultaten van het onderzoek zijn geanalyseerd en vastgelegd in dit onderzoeksrapport.

We willen alle gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties die hebben meegewerkt aan dit onderzoek bedanken voor hun tijd en informatie.

Drs. Christel Scholten
Research manager Gezondheidszorg en Welzijn



Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
1.1	Aanleiding van het onderzoek	7
1.2	Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen	7
1.3	Opzet van het onderzoek	9
1.4	Leeswijzer	10
2	Inhoud van de aanbesteding	13
2.1	Inleiding	13
2.2	Vaststellen van het bestek	13
2.3	Gebruik van het modelbestek	15
2.4	Inhoud van het bestek	16
3	Verloop van de aanbestedingsprocedure	29
3.1	Inleiding	29
3.2	Samenwerking van gemeenten bij de aanbesteding	29
3.3	Gebruik van de ondersteuning vanuit het Implementatiebureau Wmo	33
3.4	Externe ondersteuning bij de aanbesteding	33
3.5	Betrokkenheid van cliëntenorganisaties	35
3.6	Ervaren succesfactoren in het aanbestedingsproces	38
3.7	Ervaren knelpunten in het aanbestedingsproces	39
4	Resultaten van de aanbesteding	43
4.1	Inleiding	43
4.2	Gecontracteerde aanbieders	43
4.3	Marktgedrag van zorgaanbieders	47
4.4	Onderaanbieders	49
4.5	Uurtarief voor hulp bij het huishouden	51
4.6	Relatie geïndiceerde en geleverde hulp	52
4.7	Kort geding	56
4.8	Tevredenheid over het resultaat van de aanbesteding	58
5	Conclusies	61



1 Inleiding

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Per 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) in werking getreden. De gemeente is met de komst van de Wmo verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning waar hulp bij het huishouden deel van uitmaakt. Ook de kortdurende huishoudelijke verzorging na ziekenhuisopname valt per 1 januari 2007 onder de Wmo. De uitwerking van het 'compensatiebeginsel' (artikel 4 Wmo) geeft gemeenten de vrijheid om zelf tot een invulling te komen van de definitie van hulp bij het huishouden. Het compensatiebeginsel houdt in dat de gemeente de plicht heeft om burgers met beperkingen te compenseren via het treffen van voorzieningen die hen in staat stellen een huishouden te voeren, zich te verplaatsen in en om de woning, zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel, medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan.

Gemeenten bepalen welke diensten en voorzieningen in het kader van de Wmo worden aangeboden en wie deze diensten en voorzieningen leveren. Hierbij is in de Wmo opgenomen dat de gemeente het verlenen van maatschappelijke ondersteuning zoveel mogelijk laat verrichten door derden (Wmo, artikel 10). Gemeenten hebben de hulp bij het huishouden moeten aanbesteden volgens de Europese aanbestedingsregels.

Signalen in de media lijken erop te wijzen dat de aanbesteding van de hulp bij het huishouden voor zowel gemeenten als voor zorgaanbieders en cliënten heeft geleid tot onduidelijkheid en onzekerheid. De Staatsecretaris heeft, op basis van vragen uit de Tweede Kamer en van de VNG, toegezegd een onderzoek te laten uitvoeren naar het verloop en de gevolgen van de aanbestedingsprocedure. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Research voor Beleid gevraagd de aanbesteding van de hulp bij het huishouden te onderzoeken. Dit onderzoek heeft daarnaast als doel knelpunten die gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties bij de aanbesteding hebben ervaren in kaart te brengen en adviezen te formuleren voor aanbesteding in de toekomst.

1.2 Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek is inzicht geven in de *inhoud*, het *verloop (proces)* en de *resultaten* van de aanbesteding door gemeenten. Ten eerste kan met behulp van dit inzicht antwoord worden gegeven op vragen vanuit de Tweede Kamer. Ten tweede worden in dit onderzoek knelpunten die gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties hebben ervaren bij de aanbesteding in kaart gebracht en aanbevelingen geformuleerd voor aanbesteding in de toekomst.

De doelstelling van het onderzoek kan worden vertaald in de volgende onderzoeksvragen:

Inhoud

Op welke manier hebben gemeenten hun bestek vormgegeven?

- Welke aanbestedingsprocedures zijn door gemeenten gevolgd (bijvoorbeeld een 2A of een 2B procedure, een openbare of niet-openbare aanbesteding)?
- Bij een openbare aanbesteding: welke criteria hebben gemeenten gehanteerd bij de eerste selectie?
- Welke kwaliteitseisen hebben gemeenten in hun bestek aan potentiële aanbidders gesteld?
- Welke gunningscriteria hebben gemeenten in hun bestek onderscheiden en welke weging is hierbij toegepast?
- Welke producten worden door de gemeenten onderscheiden?
- In welke verhouding worden de verschillende producten door de gemeenten ingekocht?

Proces

Hoe is de aanbesteding verlopen?

- Hebben gemeenten gebruik gemaakt van de handreiking en het modelbestek? Zo ja, waren deze adequaat?
- Hoe hebben gemeenten de ondersteuning bij de aanbesteding ervaren?
- Hoeveel gemeenten hebben samengewerkt bij de aanbesteding? Wat waren de overwegingen om samen te werken bij de aanbesteding?
- Met hoeveel andere gemeenten hebben zij samengewerkt? Hoe is de samenwerking verlopen?
- Welke wethouders/afdelingen zijn binnen de gemeente betrokken bij de aanbesteding?
- Zijn cliëntenorganisaties betrokken bij de aanbesteding? Zo ja, op welke wijze?
- Zijn andere partijen betrokken bij de aanbesteding, bijvoorbeeld welzijnsorganisaties? Zo ja, welke partijen en waarom deze?
- Welke overwegingen hebben gemeenten gemaakt met de keuzes in de aanbestedingsprocedure?
- Wat is globaal de tijdsinvestering van gemeenten geweest?
- Hebben gemeenten gebruik gemaakt van externe ondersteuning, bijvoorbeeld door een adviesbureau? Zo ja, wat heeft deze externe ondersteuner gedaan? Wat zijn de kosten van en de ervaringen met de externe ondersteuner?
- Hoe hebben gemeenten, zorgaanbidders en cliëntenorganisaties de aanbestedingsprocedure ervaren? Wat zijn volgens de betrokken partijen succesfactoren en knelpunten geweest bij de aanbesteding?
- Zijn gemeenten en cliëntenorganisaties tevreden over het resultaat van de aanbesteding?

Resultaat

Wat zijn de resultaten en de effecten van de aanbesteding van hulp bij het huishouden?

- Hoeveel aanbieders hebben gemeenten gecontracteerd?
- Wat voor soort aanbieders zijn dit (bijvoorbeeld thuiszorg- of schoonmaakorganisaties)?
- In hoeverre zijn door gemeenten 'nieuwe' aanbieders gecontracteerd?
- Voor welke periode zijn de contracten afgesloten?
- Welk gedeelte van de hulp bij het huishouden wordt geleverd door nieuwe aanbieders?

- Wat zijn de verwachtingen en eerste ervaringen wat betreft:
 - de prijs en de kwaliteit van de hulp bij het huishouden;
 - de keuzevrijheid voor cliënten;
 - de personele gevolgen van de aanbesteding;
 - eventuele onbedoelde effecten van de aanbesteding?
- Wat zijn de gevolgen van de kort gedingen die in een aantal gemeenten tegen de gunning zijn aangespannen?
- Welke aanbevelingen voor een volgende aanbesteding kunnen op basis van de aanbesteding aan de betrokken partijen worden gegeven?

1.3 Opzet van het onderzoek

Een belangrijke randvoorwaarde van het onderzoek was de korte looptijd van zes weken. Om deze reden is bij dit onderzoek gebruikt gemaakt van twee fasen, die in de tijd parallel zijn uitgevoerd: een telefonische enquête onder gemeenten en het uitvoeren van case studies.

Telefonische enquête

Er is een telefonische enquête afgenomen onder alle gemeenten in Nederland, met uitzondering van de gemeenten die zijn geselecteerd voor de case studies om deze niet onnodig te belasten. De vragenlijst voor de telefonische enquête bestaat uit twee delen. Het eerste deel gaat in op de inhoud van de aanbesteding (het bestek): ondermeer de aanbestedingsprocedure die is gebruikt, de kwaliteitseisen die door de gemeente aan de aanbidders zijn gesteld en de gehanteerde gunningcriteria met de bijbehorende weging. Het tweede deel van de vragenlijst gaat in op het resultaat van de aanbesteding: onder andere de hoeveelheid en de soort aanbidders die zijn gecontracteerd (thuiszorg- of schoonmaakorganisaties, oude of nieuwe aanbidders), het soort contracten dat is afgesloten (vast contract of raamovereenkomst) en de looptijd van deze contracten.

Case studies

Naast de telefonische enquête is een verdiepende studie uitgevoerd bij een selectie van 30 gemeenten (case studies). Voor iedere gemeente is getracht tevens een betrokken cliëntenorganisatie en twee zorgaanbidders te interviewen. Indien er een gunning heeft plaatsgevonden waarbij niet alle meedingende zorgaanbidders zijn gegund, is ernaar gestreefd één zorgaanbieder die de gunning wel heeft gekregen en één zorgaanbieder die de gunning niet heeft gekregen te interviewen. In enkele case studie gemeenten heeft als gevolg van een (dreigend) kort geding nog geen (definitieve) gunning plaatsgevonden. Drie gemeenten hebben om deze reden geen namen van zorgaanbidders doorgegeven. In deze case studies is dieper ingegaan op het verloop van het aanbestedingsproces en (de gevolgen van) het dreigende kort geding.

De gemeente, de zorgaanbidders en de cliëntenorganisatie vormen samen een case, waarbij vanuit verschillende gezichtspunten een oordeel is gegeven over het verloop van de aanbestedingsprocedure en de keuzes die hierin door de partijen zijn gemaakt en de resultaten van de aanbesteding. Voorafgaand aan de interviews zijn de bestekken van de gemeenten (voor zover op dit moment gereed) bestudeerd.

Selectie van de gemeenten

Voor de case studies zijn 30 gemeenten geselecteerd. Bij de selectie van deze gemeenten is zorg gedragen voor een spreiding op vier factoren:

- de aanbestedingsprocedure die is gebruikt;
- gemeenten die in samenwerking met andere gemeenten hebben aanbesteed en gemeenten die dit alleen hebben gedaan;
- de grootte van de gemeenten;
- geografische spreiding.

Inhoud van de case studies

In de case studies lag de nadruk op het verloop van de aanbesteding (proces) en de resultaten. Gemeenten is gevraagd naar de afwegingen bij de keuzes die zij hebben gemaakt in het bestek. Gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties is gevraagd naar het verloop van de aanbestedingsprocedure en de succesfactoren en knelpunten die zij hebben ervaren. Tevens is de betrokken partijen gevraagd naar de leerpunten en aanbevelingen voor een volgende aanbestedingsronde op basis van hun ervaringen met deze aanbesteding.

Respons en non-respons

Met de telefonische enquête onder de Nederlandse gemeenten is een responspercentage van 77,6% gerealiseerd. Dit is een opvallend hoge respons voor een telefonische enquête. De resultaten van de telefonische enquête geven een representatief beeld van alle Nederlandse gemeenten, zodat geen weging naar gemeentegrootte hoefde plaats te vinden.

In het onderzoek is gestreefd naar het uitvoeren van 30 case studies (bestaande uit een gemeente, twee zorgaanbieders en een cliëntenorganisaties). Als gevolg van de korte doorlooptijd van het onderzoek en de uitvoering van het onderzoek in een vakantieperiode, bleek het in de praktijk lastig alle respondenten te bereiken en bereid te vinden deel te nemen aan een uitgebreid interview. Ook hebben drie gemeenten geen namen van zorgaanbieders doorgegeven, aangezien de gunning in deze gemeenten nog niet is afgerond. In totaal zijn 27 gemeenten, 39 zorgaanbieders en 21 cliëntenorganisaties geïnterviewd.

1.4 Leeswijzer

De aanbesteding van de hulp bij het huishouden kan worden opgedeeld in drie onderdelen: de inhoud van de aanbesteding, het aanbestedingsproces en de resultaten van de aanbesteding. Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de inhoud van de aanbesteding, in feite de inhoud van het bestek, in gemeenten. In dit hoofdstuk beschrijven we de keuzes die de gemeenten bij de aanbesteding hebben gemaakt (zoals het aanbestedingsmodel, de kwaliteitscriteria, de gunningcriteria en de weging hiervan) en de overwegingen hierbij. In hoofdstuk 3 staat het verloop van de aanbesteding (proces) centraal. In de case studies is aan gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties gevraagd hoe zij het aanbestedingsproces hebben ervaren en welke succesfactoren en eventuele knelpunten zij hierbij zijn tegengekomen. Hoofdstuk 4 gaat vervolgens in op de resultaten van de aanbesteding: hoeveel aanbieders zijn door de gemeenten gecontracteerd? Wat voor soort aanbieders zijn dit (thuiszorgorganisaties, schoonmaakorganisaties)? En zijn het voor de gemeenten 'oude'

of 'nieuwe' aanbieders? Tevens gaan we in op de gevolgen van de aanbesteding voor de prijs en de kwaliteit van het hulp bij het huishouden, de keuzevrijheid voor cliënten, persoonlijke gevolgen van de aanbesteding en eventuele onbedoelde effecten. In hoofdstuk 5 tenslotte geven we conclusies over deze eerste aanbesteding van de hulp bij het huishouden door gemeenten en formuleren we aanbevelingen voor een volgende aanbesteding.

2 Inhoud van de aanbesteding

2.1 Inleiding

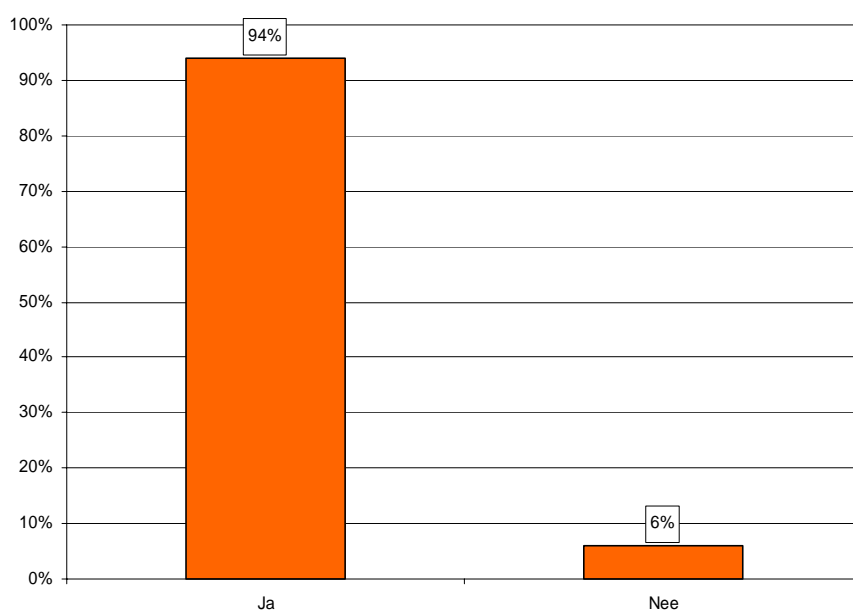
In dit hoofdstuk beschrijven we de inhoud van de aanbesteding, gebaseerd op de onderzoeksresultaten uit de telefonische enquête onder de Nederlandse gemeenten en de interviews met gemeenten in de casestudies. Het uitgangspunt van een aanbesteding is het bestek. In het bestek hebben gemeenten hun keuzes vastgesteld ten aanzien van de hulp bij het huishouden die zij willen leveren aan hun inwoners. Nog niet alle gemeenten in Nederland hebben een bestek vastgesteld. Eerst brengen we in beeld hoeveel gemeenten nog geen bestek hebben vastgesteld en voor welke overgangsregeling zij hebben gekozen. Vervolgens beschrijven we de manier waarop de gemeenten hun bestek hebben vormgegeven en de afwegingen die zij hierbij hebben gemaakt.

2.2 Vaststellen van het bestek

Gemeenten zijn per 1 januari 2007 verantwoordelijk voor de hulp bij het huishouden. Een groot deel van de Nederlandse gemeenten heeft bij de aanbesteding van de hulp bij het huishouden samengewerkt met één of meerdere andere gemeenten. De samenwerking tussen gemeenten bij de aanbesteding wordt beschreven in het hoofdstuk over het verloop van de aanbesteding (paragraaf 3.2).

Op het moment van dit onderzoek heeft 94% van de Nederlandse gemeenten een bestek vastgesteld voor de aanbesteding van de hulp bij het huishouden. In het vervolg van het rapport gaan we in op de aanbesteding in deze gemeenten.

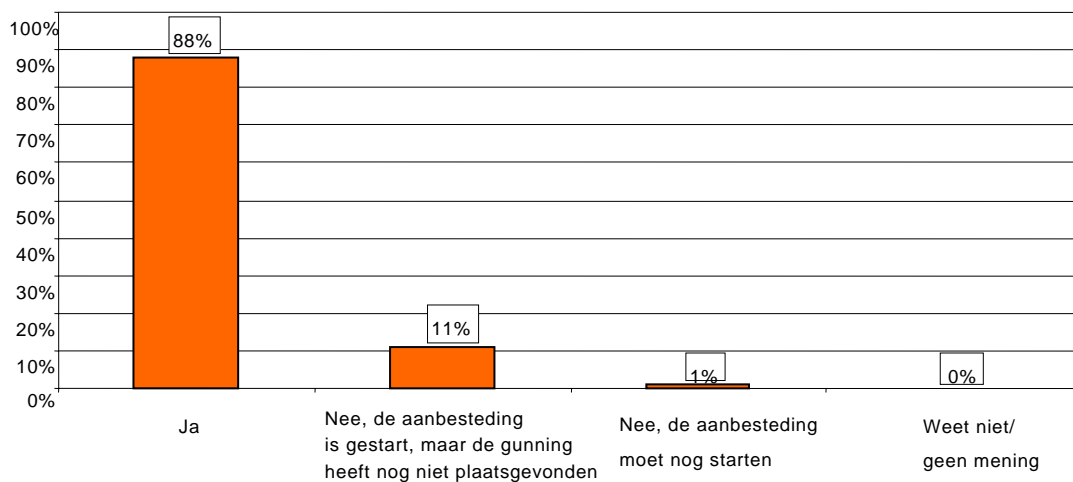
Figuur 2.1 Aanwezigheid van een bestek voor de aanbesteding bij gemeenten



Gemeenten in de grootste grootteklasse (vanaf 100.000 inwoners) hebben minder vaak al een bestek opgesteld voor de aanbesteding van de hulp bij het huishouden (85%) dan gemeenten in de kleinste grootteklasse (tot 15.000 inwoners) (93%). Dit verschil is echter niet statistisch significant.

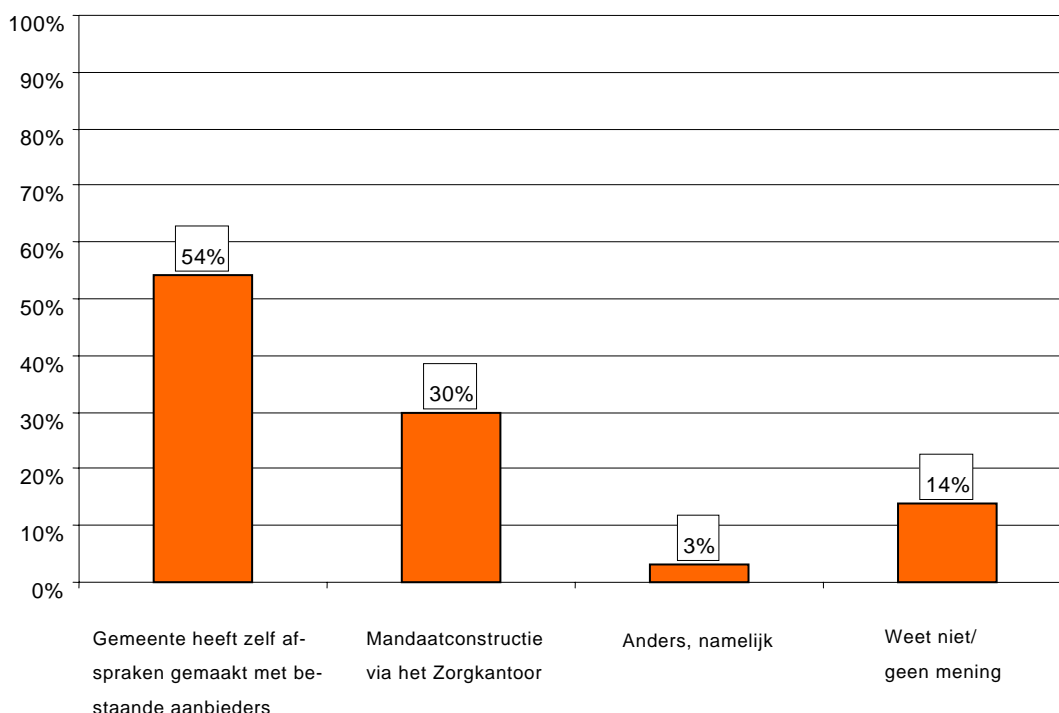
Van de gemeenten die een bestek hebben vastgesteld, heeft 88% ook de gunning afgerond. In de overige gemeenten heeft de gunning nog niet plaatsgevonden. In een aantal gemeenten is het feit dat er nog geen gunning heeft plaatsgevonden het gevolg van een kort geding dat is aangespannen door één of meerdere aanbieders tegen de aanbesteding.

Figuur 2.2 Aanbestedingsprocedure en gunning afgerond in gemeenten



De gemeenten waarbij de aanbesteding is gestart maar de gunning nog niet heeft plaatsgevonden, hebben verschillende afspraken gemaakt voor de overgangperiode. Ruim de helft van de gemeenten (54%) heeft zelf afspraken gemaakt met de bestaande aanbieders. Iets minder dan eenderde (30%) heeft de bestaande aanbieders gecontracteerd via een mandaatconstructie met het zorgkantoor. Eén gemeente maakt gebruik van een voorlopige gunning.

Figuur 2.3 Afspraken die gemeenten hebben gemaakt voor de overgangperiode



Aan de gemeenten die een bestek hebben vastgesteld is gevraagd of de uitgangspunten van dit bestek zijn vastgesteld door de gemeenteraad. In iets minder dan de helft van de gemeenten (42%) heeft de gemeenteraad deze uitgangspunten vastgesteld. Wanneer de gemeenteraad de uitgangspunten van het bestek niet heeft vastgesteld, heeft de gemeenteraad zich vaak in een eerder stadium meer in het algemeen uitgesproken over de Wmo en hulp bij het huishouden als onderdeel daarvan, bijvoorbeeld over een kadernota voor de Wmo.

2.3 Gebruik van het modelbestek

Het Implementatiebureau Wmo (het Ministerie van VWS en de VNG) heeft op haar website een voorbeeldbestek hulp bij het huishouden beschikbaar gesteld¹. Bijna de helft van de gemeenten (43%) die op dit moment hun bestek hebben vastgesteld, hebben gebruik gemaakt van dit modelbestek. Eenderde van de gemeenten (32%) heeft geen gebruik gemaakt van het modelbestek en een kwart van de respondenten (26%) weet niet of hiervan gebruik is gemaakt. In dit laatste geval geldt vaak dat de gemeente voor de aanbesteding gebruik heeft gemaakt van externe ondersteuning. Het externe (advies)bureau heeft het bestek voor de gemeente opgesteld en bij de gemeente is niet bekend is of hierbij gebruik is gemaakt van het modelbestek.

De meningen van gemeenten over het modelbestek lopen uiteen. De geïnterviewde gemeenten die gebruik hebben gemaakt van het modelbestek, hebben het vooral gebruikt als algemeen uitgangspunt, referentie en handvat. Deze gemeenten beoordelen het modelbe-

¹ www.invoeringwmo.nl

stek als 'op hoofdlijnen handig', maar er waren nog veel punten die de gemeenten zelf dienden uit te zoeken. Redenen voor gemeenten om geen gebruik te maken van het modelbestek waren:

- het modelbestek is te algemeen;
- het modelbestek is onoverzichtelijk (dezelfde thema's behandeld op meerdere plekken, tekst over selectie en gunning liep door elkaar);
- het eerste modelbestek klopte juridisch niet, omdat het deels was gebaseerd op oude wetgeving;
- het inkoopbureau van de gemeente gebruikt een eigen format;
- het modelbestek was te laat beschikbaar.

De juridische onduidelijkheden in het eerste modelbestek zijn in het tweede modelbestek opgelost. Een gedeelte van de gemeenten had hierna echter geen vertrouwen meer in het modelbestek of was zelf ondertussen al verder gevorderd met het opstellen van een bestek en had geen behoefte meer aan een modelbestek.

Op de website van het Implementatiebureau Wmo zijn ook bestekken van andere gemeenten beschikbaar gesteld als voorbeeld. Dit idee wordt over het algemeen door gemeenten gewaardeerd. Als nadeel echter wordt erop gewezen dat de bestekken wel worden gepubliceerd maar niet gecontroleerd: 'je weet niet of het klopt, voor hetzelfde geld neem je fouten van een andere gemeente over'.

2.4 Inhoud van het bestek

Gemeenten dienen voor de Europese aanbesteding van de hulp bij het huishouden een bestek op te stellen. Het bestek vormt het uitgangspunt van de aanbesteding. De keuzes die gemeenten in hun bestek maken zijn bepalend voor de hulp bij het huishouden die zorgaanbieders aan cliënten dienen te leveren. In deze paragraaf beschrijven we de keuzes die gemeenten in hun bestek hebben vastgelegd en de overwegingen bij deze keuzes. Hierbij gaan we in op:

- 2A of 2B procedure;
- Openbare of niet-openbare aanbesteding;
- Selectiecriteria bij een openbare aanbesteding;
- Gebruik van percelen;
- Aanbestedingsmodel;
- Maximum aantal aanbieders;
- Kwaliteitseisen;
- Gunningscriteria en weging;
- Producten hulp bij het huishouden.

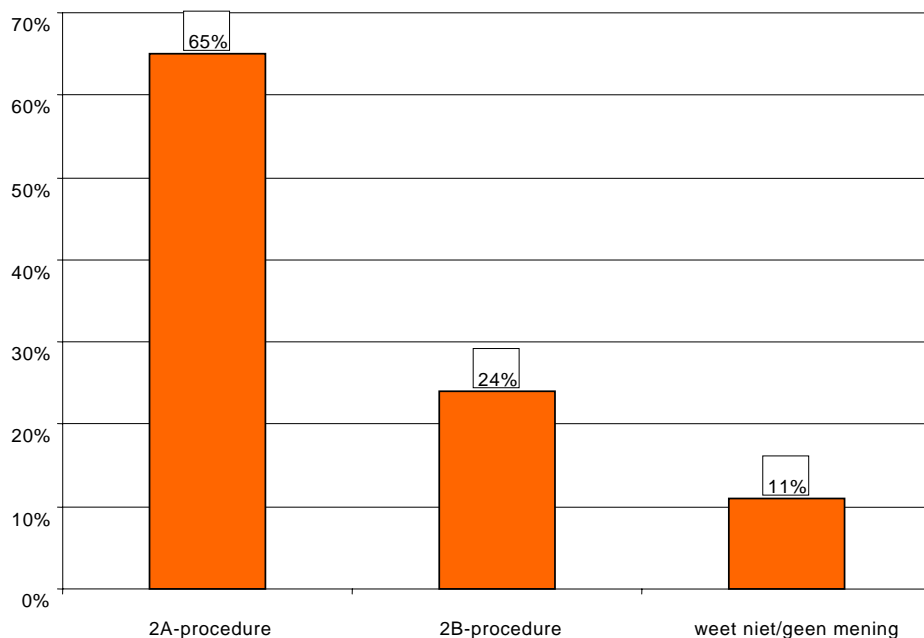
2A of 2B procedure

Bij de Europese aanbesteding van de hulp bij het huishouden kunnen gemeenten gebruik maken van de 'standaard' 2A-procedure van aanbesteding. Onder bepaalde voorwaarden mogen gemeenten in plaats van de 2A-procedure gebruik maken van de 2B procedure. De 2B-procedure is een vrijstelling voor het uitvoeren van een volledige aanbestedingsprocedure voor (ondermeer zorg en welzijns-)diensten die zijn opgenomen in bijlage 2B van de Europese aanbestedingsrichtlijn. De 2B-procedure is alleen toegestaan wanneer zorg en welzijnsdiensten meer dan de helft uitmaken van de verwachte kosten

van de totale opdracht. Ondermeer de VNG verwachtte dat deze voorwaarde voor de hulp bij het huishouden niet snel gehaald zou worden, aangezien schoonmaken een 2A-dienst is. In het modelbestek is uitgegaan van de 2A procedure omdat deze procedure altijd is toegestaan ('veilige weg').

Een ruime meerderheid van de gemeenten (65%) die een bestek hebben vastgesteld, heeft gebruikt gemaakt van de 2A-procedure. Een kwart van de gemeenten (24%) heeft gebruik gemaakt van de 2B-procedure. Eén op de 10 gemeenten (11%) weet niet van welke procedure zij heeft gebruikt. De keuze voor de 2A- of 2B-procedure is in deze gevallen vaak gemaakt door een extern (advies)bureau of door de afdeling inkoop van de gemeente.

Figuur 2.4 Gebruik 2A- en 2B-procedure door gemeenten

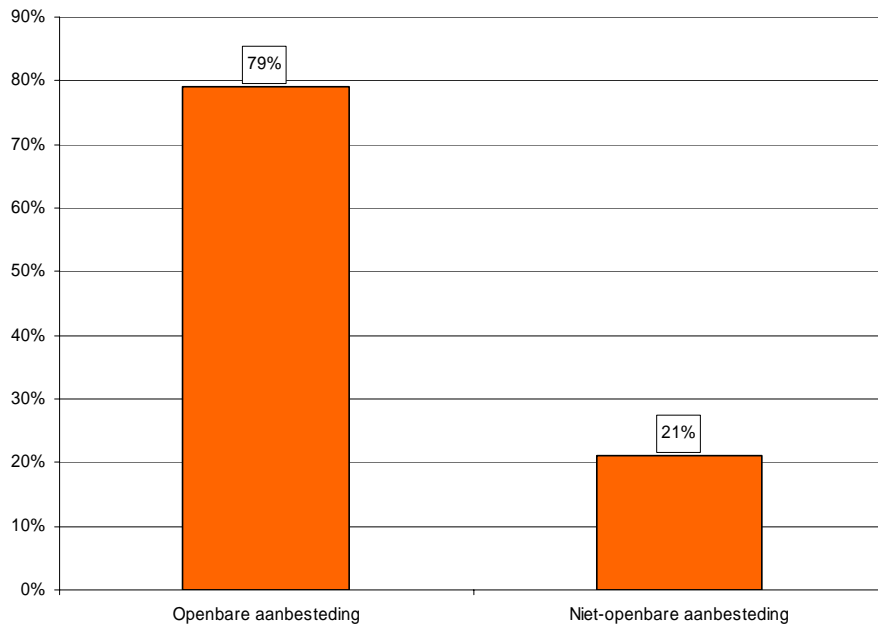


De belangrijkste overweging voor gemeenten om te kiezen voor de 2A-procedure is de zekerheid dat de 2A-procedure altijd toegestaan is. De overweging die door een gemeente is genoemd om te kiezen voor de 2B-procedure waren de ruimere voorwaarden en de meer variabele termijnen dan bij de 2A-procedure.

Openbare of niet-openbare aanbesteding

Gemeenten hebben bij de aanbesteding van de hulp bij het huishouden een vrije keuze voor een openbaar of een niet-openbare aanbesteding. Bij een openbare aanbesteding kunnen alle zorgaanbieders die willen meedingen zich inschrijven. Bij een niet-openbare aanbesteding kunnen alle zorgaanbieders verzoeken om deel te mogen nemen aan de aanbesteding. Echter, alleen de zorgaanbieders die door de gemeenten worden aangezocht mogen zich inschrijven voor de aanbesteding. Vervolgens wordt de inschrijving van deze aanbesteding, evenals bij een openbare aanbesteding, beoordeeld door de gemeente. De selectie van de zorgaanbieders door de gemeente verloopt hiermee in twee fasen. Vier op de vijf gemeenten (79%) hebben gekozen voor een openbare aanbesteding.

Figuur 2.5 Gebruik openbare aanbesteding en niet-openbare aanbesteding door gemeenten



De gemeenten die hebben gekozen voor een niet-openbare aanbesteding, hebben bewust gekozen voor het houden van een voorselectie. De overwegingen van de gemeenten hierbij waren dat de aanbesteding voor de hulp in het huishouden nieuw is en dat de gemeenten vooraf geen goed zicht hadden op de aanbieders die zich zouden inschrijven. De gemeenten zien de voorselectie als goede mogelijkheid om vroeg in de aanbestedingsprocedure te selecteren en er zekerder van te zijn dat de aanbieders die uiteindelijk de gunning krijgen voldoen aan de minimumkwaliteitseisen die de gemeenten hebben gesteld. Ook zag een enkele gemeente in het houden voor een voorselectie een manier om het aanbestedingsproces overzichtelijk te houden.

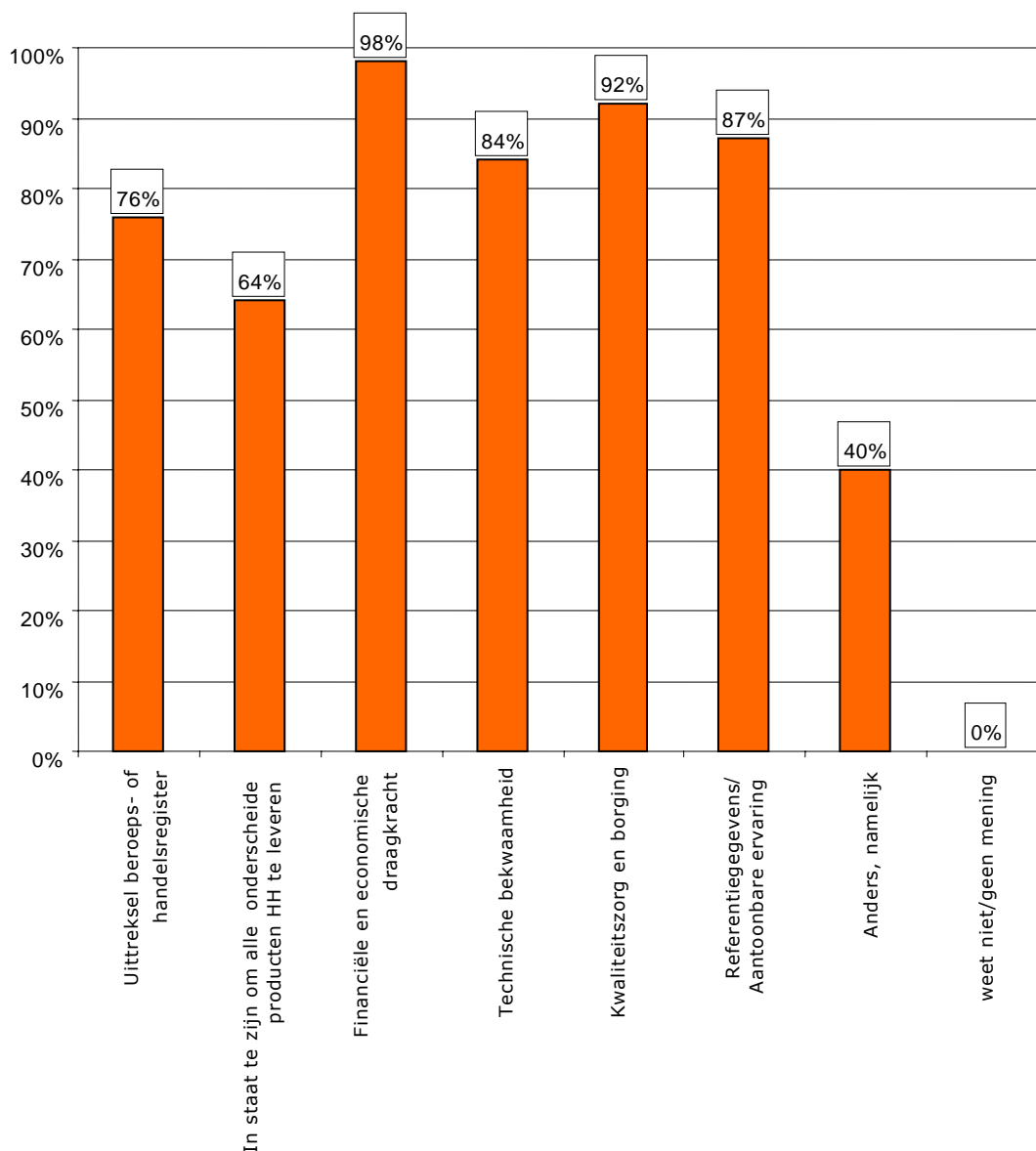
De gemeenten die hebben gekozen voor een openbare aanbesteding hebben dit om meer uiteenlopende redenen gedaan. Dit waren gedeeltelijk praktische en gedeeltelijk inhoudelijke redenen. Zo verkeerden een aantal gemeenten in de veronderstelling dat een openbare aanbesteding verplicht was. Ook is deze optie vaak aangeraden door het inkoopbureau van de gemeente. Een ander praktische overweging was tijdgebrek. Gemeenten wilden of konden geen tijd investeren in (de voorbereiding van) een voorselectie.

Een inhoudelijke overweging van een aantal gemeenten was dat bij een openbare aanbesteding meer aanbieders kans maken op de aanbesteding (stimuleren van marktwerking). Ook heeft de gemeente bij een openbare aanbesteding de keuze uit zoveel mogelijk aanbieders. Door een enkele aanbieder wordt een openbare aanbesteding gezien als meer transparant.

Selectiecriteria bij een openbare aanbesteding

Gemeenten die hebben gekozen voor een openbare aanbesteding hebben in hun bestek criteria opgenomen voor een eerste selectie van de aanbieders.

Figuur 2.6 Selectiecriteria in het bestek



Bijna alle gemeenten hebben de aanbieders gevraagd naar hun financiële en economische draagkracht (bijvoorbeeld door het overleggen van financiële gegevens van de afgelopen jaren en/of een bankverklaring). Ditzelfde geldt voor de aanwezigheid van kwaliteitszorg en borging (zoals certificering, lid zijn van branchevereniging/beroepsorganisatie, de aanwezigheid van een klachtenprocedure en een privacyreglement). Ook referentiegegevens en een uittreksel van het beroeps- of handelsregister zijn vaak gevraagd.

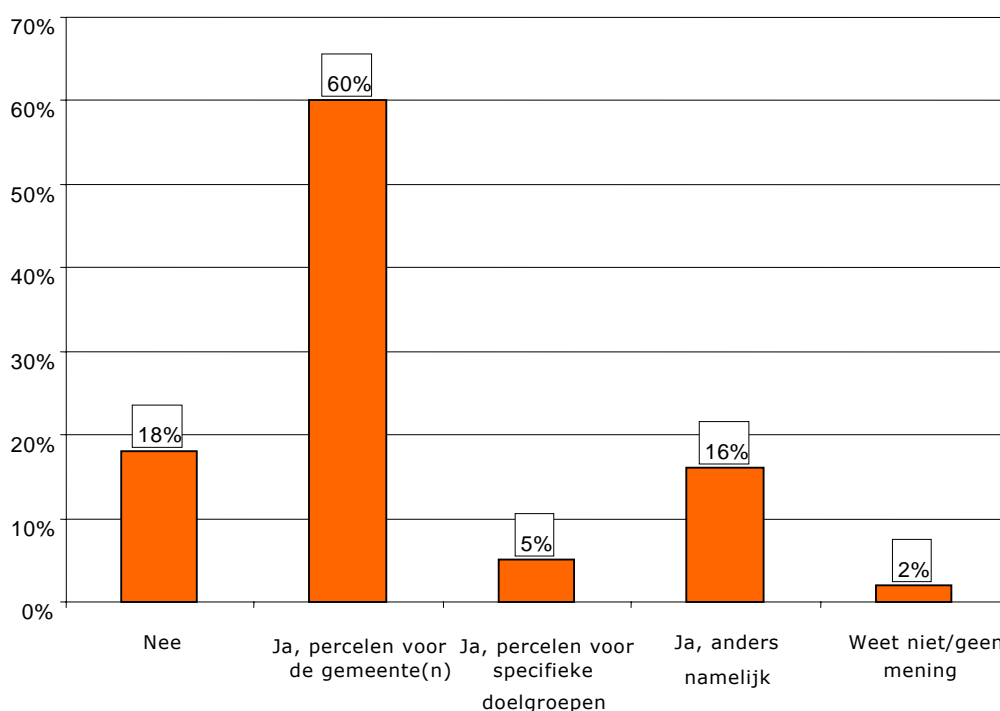
Tevens hebben ruim vier van de vijf gemeenten eisen gesteld aan de technische bekwaamheid van het uitvoerend personeel, ondermeer in de vorm van een goede beheersing van de Nederlandse taal. Andere criteria voor de eerste selectie die door meerdere gemeenten zijn genoemd zijn een BIBOB verklaring (integriteit), verklaringen over hoofd- en onderaannemingen en willen meewerken aan de reïntegratie van mensen met een WWB uitkering.

Overigens is de mogelijkheid van het inzetten van mensen met een WWB-uitkering of stagiaires door een groot deel van de gemeenten (73%) als kwaliteitseis opgenomen in het bestek (zie figuur 2.9).

Gebruik van percelen

Gemeenten hadden de mogelijkheid in hun bestek percelen te onderscheiden waarop aanbidders zich apart konden inschrijven. Vier van de vijf gemeenten (81%) heeft hiervoor gekozen.

Figuur 2.7 Gebruik van percelen in het bestek



Een ruime meerderheid van de gemeenten (60%) heeft in het bestek percelen opgenomen voor verschillende (groepen van) gemeenten. Dit is het gevolg van het feit dat veel gemeenten bij de aanbesteding hebben samengewerkt. Een aantal van deze samenwerkingsverbanden beslaat een (groot deel van) een regio of provincie. Door gebruik te maken van percelen konden aanbidders zich in een gedeelte van het werkgebied inschrijven. Ook kan door gebruik te maken van verschillende percelen de uitvoering van de hulp bij het huishouden in verschillende gemeenten verschillend geregeld worden. Iedere gemeente heeft immers een eigen bestuurlijke verantwoordelijkheid voor deze uitvoering binnen de eigen gemeentegrenzen. Ook zouden percelen per gemeenten het makkelijker maken om aanbidders uit aanpalende gebieden binnen te halen en voor kleinere aanbidders om een klein gebied te kunnen bedienen.

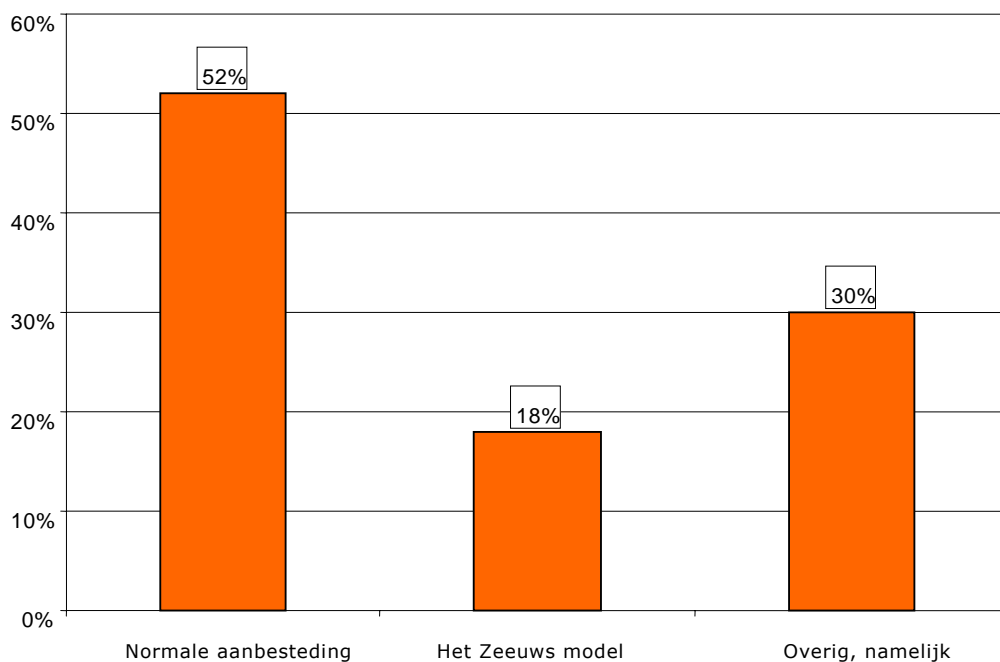
Eén op de twintig gemeenten (5%) heeft gebruik gemaakt van percelen voor specifieke doelgroepen, zoals mensen die veel AWBZ-zorg nodig hebben. Eisen aan de kennis van specifieke doelgroepen zijn daarnaast door 45% van de gemeenten als kwaliteitseis opgenomen in het bestek (figuur 2.9). Gemeenten hebben tevens percelen gebruikt voor de verschillende vormen van hulp bij het huishouden die zij hebben onderscheiden en voor een onderscheid tussen hulp in het huishouden in natura en per voucher (dit is een tussenvorm tussen zorg in natura en een PGB).

Aanbestedingsmodel

Voor de aanbesteding van de hulp bij het huishouden zijn meerdere aanbestedingsmodellen mogelijk, te weten:

- een normale aanbesteding, met concurrentie op prijs en kwaliteit;
- het Zeeuws model, met een vaste prijs en concurrentie op kwaliteit;
- een zorgveiling, met een eerste selectie op kwaliteit en vervolgens concurrentie op prijs per opdracht.

Figuur 2.8 Aanbestedingsmodel gebruikt door gemeenten



De helft van de gemeenten (52%) heeft gekozen voor een normale aanbesteding. Eén op de vijf gemeenten (18%) heeft gekozen voor het Zeeuws model. Drie van de tien gemeenten hebben gebruik gemaakt van een ander aanbestedingsmodel. Hiervan hebben bijna alle gemeenten gekozen voor een vaste maximum prijs waarbij aanbieders ook voor een lager tarief mochten inschrijven. Enkele gemeenten hebben gekozen voor het gebruik van een eigen aanbestedingsmodel (zorgveiling).

Normale aanbesteding

Bij de keuze voor een normale aanbesteding speelden voor gemeenten met name twee overwegingen mee. De eerste overweging was dat gemeenten vooraf nog weinig zicht had-

den op de prijs-kwaliteitverhouding van hulp bij het huishouden en het lastig vonden vooraf een prijs te bepalen. De tweede overweging was de wens inzicht te hebben in het verband tussen de prijs en kwaliteit die aanbieders bieden en op zowel prijs als kwaliteit te kunnen wegen.

Een variant op dit aanbestedingsmodel is het vaststellen van een maximumprijs in het bestek. De concurrentie tussen aanbieders vindt plaats op kwaliteit en op prijs. Deze variant is gebruikt door bijna 30% van de gemeenten.

De overwegingen om te kiezen voor een vaste maximumprijs waren:

- budgettaire redenen: krap budget beschikbaar voor de inkoop van de hulp bij het huishouden;
- vooraf duidelijkheid voor de gemeente en de aanbieders over de maximumprijs en toch concurrentie op prijs mogelijk omdat aanbieders onder deze maximum prijs mogen inschrijven;
- vooraf duidelijkheid dat de prijs niet hoger zou uitvallen dan de 'oude' prijs uit 2006 en/of dan in aangrenzende gemeenten/regio's.

In enkele gevallen heeft de gemeenten hierbij ook een minimumprijs vastgesteld (bandbreedte) met als doel zogenoemde 'prijsbrekers' uit de aanbestedingsprocedure te weren.

Het Zeeuws model

Een op de vijf gemeenten (18%) heeft in navolging van de provincie Zeeland gekozen voor het Zeeuws model. Bij het Zeeuws model wordt de prijs door de gemeente vastgesteld en concurreren de aanbieders op kwaliteit. Met alle aanbieders die aan de kwaliteitseisen in het bestek voldoen, wordt een raamcontract afgesloten. Bij de keuze voor het Zeeuws model speelden voor verschillende gemeenten verschillende overwegingen een rol:

- De keuze voor een vaste prijs biedt vooraf duidelijkheid aan de gemeente en aan de aanbieder wat de gemeente bereid is te betalen voor de hulp bij het huishouden;
- Keuzevrijheid voor de cliënt uit een groot aantal aanbieders;
- Hiermee samenhangend: de mogelijkheid voor de cliënt om in ieder geval de oude aanbieder te behouden (mits deze voldoet aan de in het bestek gestelde kwaliteitseisen);
- De cliënt bepaalt hoeveel volume bij welke aanbieder wordt ingekocht;
- Het Zeeuws model is een goede manier om de samenwerking tussen zorgaanbieders in de regio te behouden en te stimuleren, omdat alle aanbieders gegund worden.

Zorgveiling

Enkele gemeenten hebben een eigen aanbestedingsmodel ontwikkeld in de vorm van een zorgveiling. Evenals bij het Zeeuws model wordt een raamcontract afgesloten met alle zorgaanbieders die voldoen aan de kwaliteitseisen in het bestek. Met deze aanbieders wordt echter vooraf geen prijs afgesproken. De gemeente plaatst de aanvragen voor hulp bij het huishouden die bij de gemeente binnenkomen op een veilingsite. De gecontracteerde aanbieders zijn verplicht te bieden op alle aanvragen, zodat er altijd een zorgaanbieder beschikbaar is. De aanbieder met het laagste bod krijgt de opdracht. Cliënten mogen vooraf een aanbieder benoemen waarvan ze geen hulp bij het huishouden willen ontvangen en hebben de mogelijkheid voorkeuren uit te spreken waarmee de gemeente rekening probeert te houden bij de zorgveiling. De voordelen van deze aanpak zijn volgens de gemeenten:

- een hoge kwaliteit voor de cliënt;
- een lage prijs voor de gemeente;
- een geleidelijke introductie van marktwerking, waardoor massaontslagen zouden worden voorkomen.

Maximum aantal aanbieders

Gemeenten kunnen met de gegunde aanbieders een vast contract of een raamcontract afsluiten. Bij een vast contract wordt door de gemeente een bepaald aantal uren hulp in de huishouden bij de zorgaanbieder ingekocht. Bij een raamcontract wordt de hoeveelheid hulp in het huishouden die bij een zorgaanbieder wordt ingekocht niet vooraf vastgelegd. In de loop van de contractperiode kunnen cliënten kiezen voor een zorgaanbieder of worden de opdrachten verdeeld door middel van een zorgveiling.

In hun bestek hebben gemeenten kunnen opnemen of zij een bepaald minimum of maximum aantal aanbieders wilden contracteren. Voor gemeenten die gebruikt maken van een vast contract geldt dat zij minimaal twee aanbieders moeten contracteren. Voor gemeenten die gebruik maken van een raamcontract geldt dat ze minimaal drie aanbieders moeten selecteren.

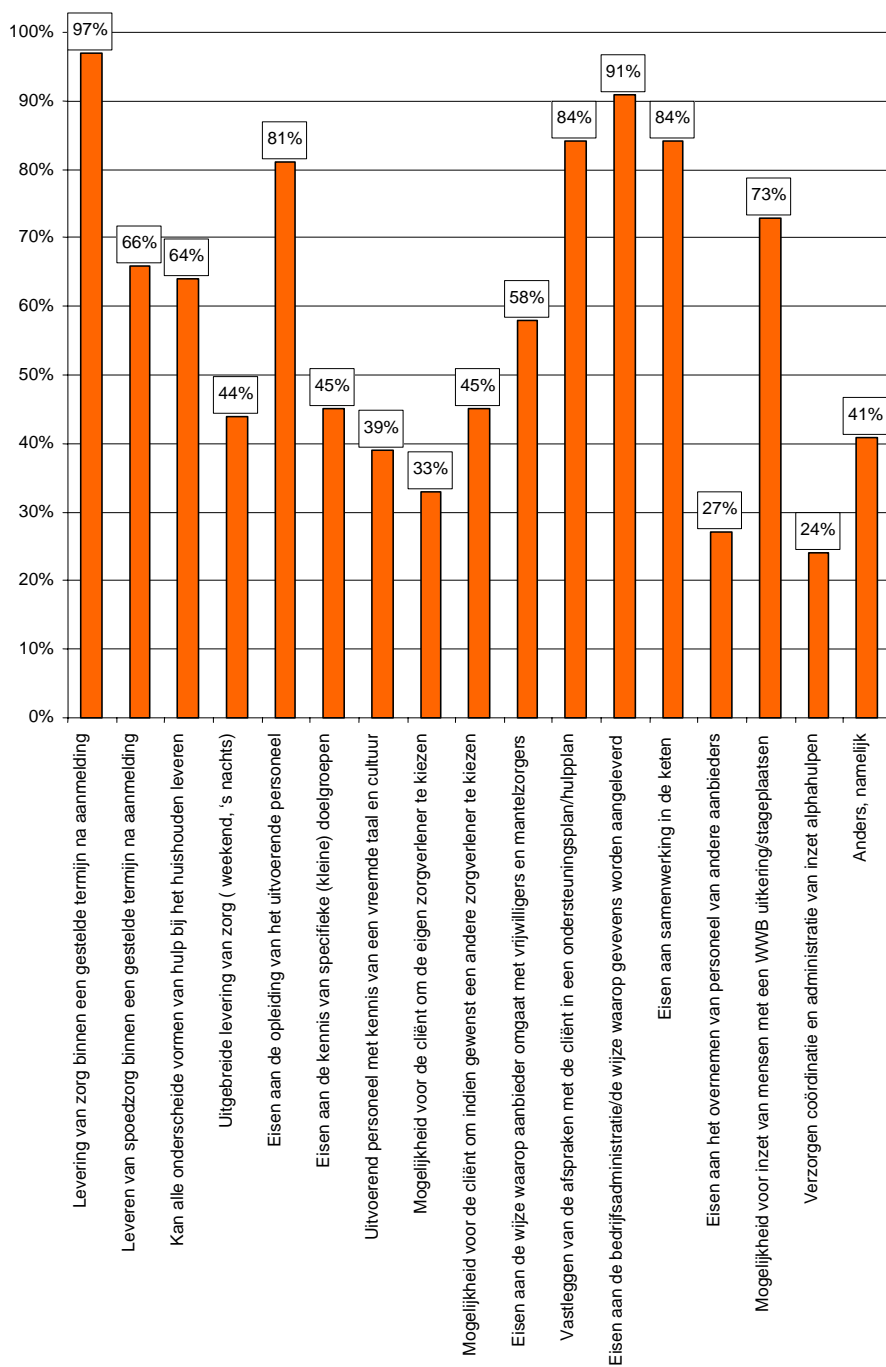
Bijna eenderde van de gemeenten (31%) heeft vooraf in het bestek een maximum aantal te contracteren aanbieders opgenomen. 60% van de gemeenten, waaronder de gemeenten die hebben gekozen voor het Zeeuws model, heeft vooraf geen maximum aantal aanbieders vastgesteld. Bij een op de 10 gemeenten (11%) verschilt dit per perceel. De reden voor gemeenten om geen (of een hoog) maximum aantal aanbieders vast te stellen was het creëren van veel keuzevrijheid voor de cliënt. De belangrijkste reden voor gemeenten om wel vooraf een maximum aantal aanbieders vast te leggen in het bestek was het beheersen van de administratieve lasten, met name het contractbeheer, voor de gemeente. Een enkele gemeente wilde door het beperken van het maximum aantal aanbieders er tevens voor zorgen dat de werkomvang niet teveel werd verdeeld onder aanbieders, zodat het voor aanbieders interessant bleef.

Kwaliteitseisen

Gemeenten hebben in hun bestekken veel en uiteenlopende kwaliteitseisen aan aanbieders opgenomen. Kwaliteitseisen die door meer dan de helft van de gemeenten zijn gesteld zijn:

- Levering van zorg binnen een gestelde termijn na aanmelding (97%);
- Eisen aan de bedrijfsadministratie en/of de wijze waarop gegevens bij de gemeente worden aangeleverd (91%);
- Eisen aan de samenwerking in de keten (zoals medewerking in een Wmo-loket, afstemming en samenwerking met andere zorgaanbieders) (84%);
- Vastleggen van afspraken met de cliënt in een ondersteuningsplan/hulpplan (84%);
- Eisen aan de opleiding van het uitvoerend personeel (81%);
- Mogelijkheid van de inzet door de zorgaanbieder van mensen met een uitkering vanuit de Wet Werk en Bijstand (WWB) (73%);
- Levering van spoedzorg binnen een gestelde termijn na aanmelding (66%);
- De eis dat de zorgaanbieder alle vormen van hulp bij het huishouden, die door de gemeente zijn onderscheiden, kan leveren (64%);
- Eisen aan de manier waarop de zorgaanbieder omgaat met vrijwilligers en mantelzorgers (58%).

Figuur 2.9 Kwaliteitseisen in het bestek



Kwaliteitseisen die door meerdere gemeenten onder de categorie 'anders, namelijk' zijn genoemd zijn:

- Aandacht voor de signaleringsfunctie;
- Waarborgen voor de continuïteit van hulp en zoveel mogelijk dezelfde medewerker voor de cliënt;
- Participeren in zorg/welzijnprojecten binnen de gemeente;
- Eisen aan de wijze waarop aanbieders communiceren met cliënten en hun PR vormgeven;
- Het houden van een periodiek cliënttevredenheidsonderzoek.

Enkele van de geïnterviewde gemeenten hebben het vaststellen van kwaliteitseisen in het bestek als lastig ervaren. Deze gemeenten zeggen over onvoldoende ervaring met de hulp in het huishouden te beschikken en daardoor onvoldoende inzicht te hebben in de inhoud hiervan. De gemeenten vonden het lastig in te schatten welke eisen ze redelijkerwijs kunnen stellen aan de hulp bij het huishouden die geleverd moet worden en de uitvoering hiervan door zorgaanbieders. Een deel van de gemeenten heeft naast kwaliteitseisen ook wensen opgenomen in het bestek, waaronder bekendheid in de regio en een bepaalde levensbeschouwelijk achtergrond.

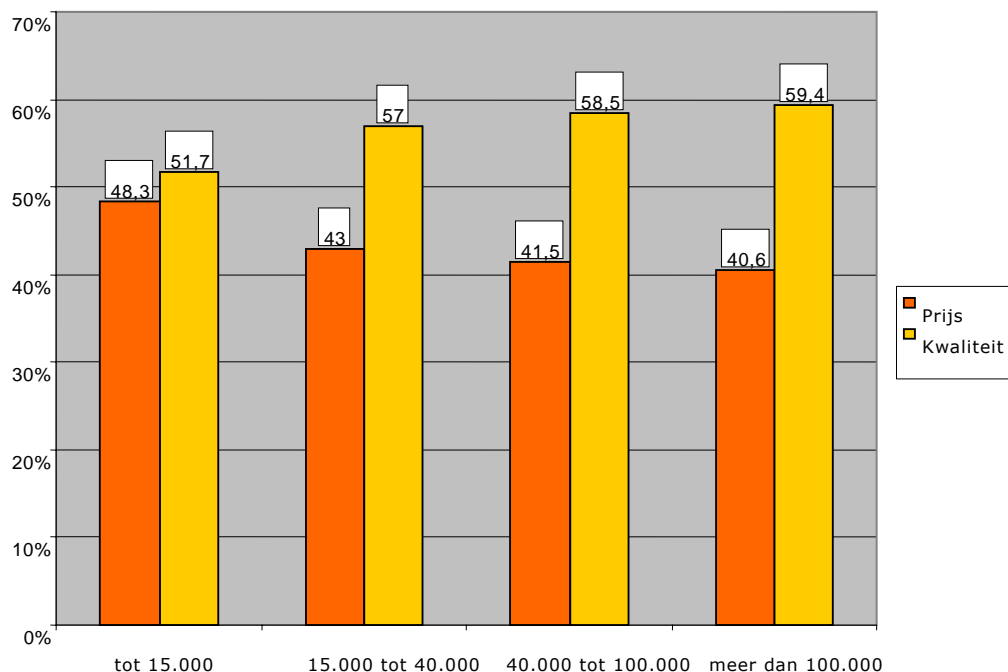
Gunningscriteria en weging

Gemeenten hebben de gunningscriteria en de weging die zij hanteren moeten vastleggen in hun bestek. Gemeenten die hebben gekozen voor een vaste prijs, hebben de aanbieders vervolgens alleen vergeleken op kwaliteit. Gemeenten die geen vaste prijs hebben gehanteerd, is gevraagd welk wegingspercentage zij in het bestek toekennen aan respectievelijk de prijs en kwaliteit. De helft van deze gemeenten heeft een zwaardere weging toegekend aan kwaliteit dan aan prijs (52%). Een op de vijf gemeenten (20%) heeft prijs en kwaliteit beide voor 50% gewogen. Een op de zeven gemeenten (15%) heeft prijs zwaarder gewogen dan kwaliteit. Een op de tien gemeenten (11%) kan in de telefonische enquête niet benoemen welke weging is opgenomen in het bestek.

Het gemiddeld wegingspercentage voor de prijs is 44% en voor de kwaliteit 56%. De verhouding tussen de weging van prijs en kwaliteit varieert hierbij tussen prijs 10%-kwaliteit 90% en prijs 70%-kwaliteit 30%.

Tussen gemeenten zijn verschillen zichtbaar in de gemiddelde weging van de gunningscriteria prijs en kwaliteit. Gemeenten in de kleinste grootteklasse (tot 15.000 inwoners) hebben de prijs gemiddeld gewogen voor 48% en kwaliteit voor 52%. Gemeenten in de grootste grootteklasse (meer dan 100.000 inwoners) hebben de prijs gemiddeld gewogen voor 41% en de kwaliteit voor 59%. Het verschil in de weging van prijs en kwaliteit tussen gemeenten in de verschillende grootteklassen is statistisch significant.

Figuur 2.10 Verhouding wegingspercentage gunningscriteria prijs en kwaliteit in gemeenten van verschillende grootteklassen (aantal inwoners)



De weging van prijs en kwaliteit is vaak het resultaat van overleg tussen de samenwerkende gemeenten en tussen de betrokken (beleids)ambtenaren en/of de wethouder en de gemeenteraad binnen één gemeente. Het wegen op prijs voor de hulp bij het huishouden vinden gemeenten vooral belangrijk gezien het beperkte budget dat de gemeente beschikbaar heeft. Kwaliteit wordt door het merendeel van de gemeenten echter zwaarder gewogen dan prijs.

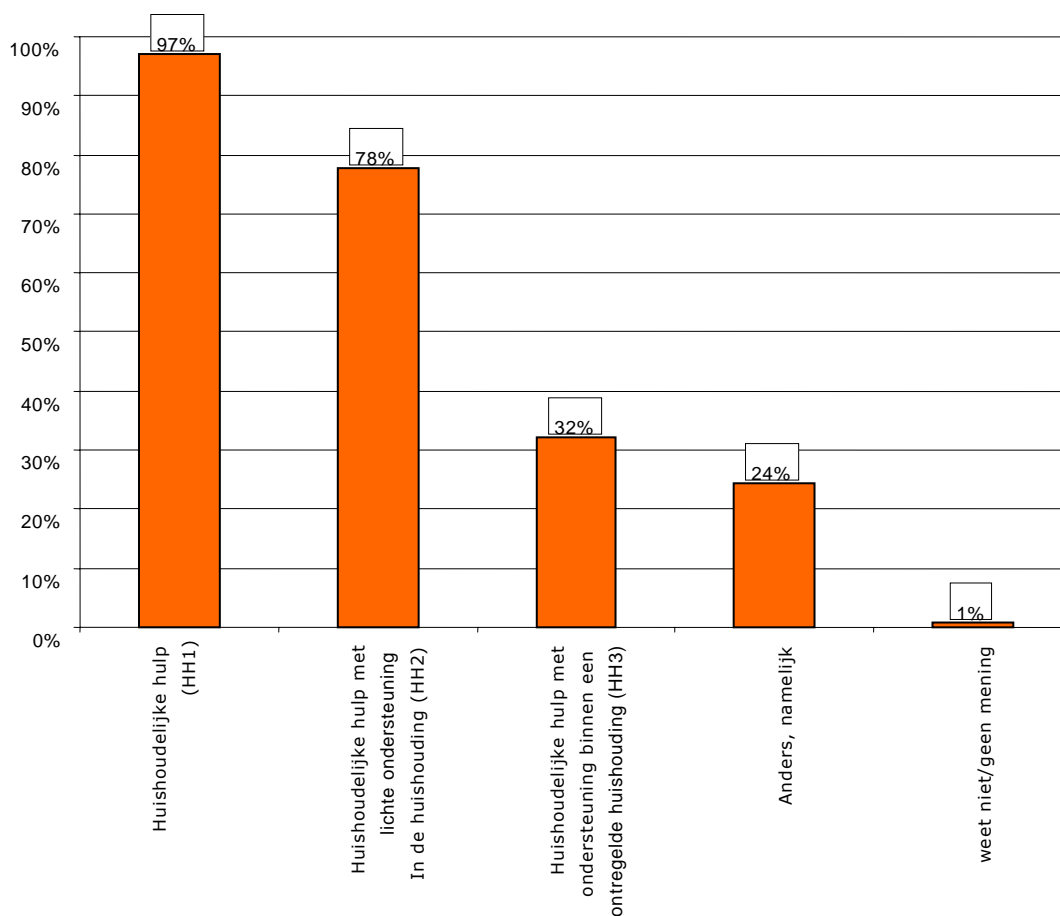
Producten hulp bij het huishouden

In het modelbestek worden voor de hulp bij het huishouden drie categorieën diensten (producten) onderscheiden op basis van een vertaling vanuit de AWBZ naar de Wmo:

- Huishoudelijke hulp (HH1);
- Huishoudelijke hulp met andere lichte ondersteuning in de huishouding (HH2);
- Huishoudelijke hulp met ondersteuning binnen een ontregelde huishouding (HH3).

In de telefonische enquête is aan gemeenten gevraagd welke producten hulp bij het huishouden zij in het bestek hebben onderscheiden. Bijna alle gemeenten (97%) onderscheiden in hun bestek de lichtste vorm van hulp in het huishouden (HH1). Vier op de vijf gemeenten (78%) onderscheiden ook huishoudelijke hulp met lichte ondersteuning in de huishouding (HH2). Eén op de drie gemeenten heeft huishoudelijke hulp met ondersteuning binnen een ontregelde huishouding (HH3) beschreven in het bestek. Als reden om geen HH3 te onderscheiden is door enkele gemeenten genoemd dat dit te zware hulp is voor de Wmo. Deze vorm van hulp zou volgens de gemeente onder de AWBZ moeten vallen. Het is de vraag of cliënten die behoefte hebben aan huishoudelijke hulp met ondersteuning binnen een ontregelde huishouding in deze gemeenten niet tussen wal en schip vallen.

Figuur 2.11 Producten die door gemeenten zijn onderscheiden in het bestek



Een kwart van de gemeenten (24%) heeft één of meerdere andere producten onderscheiden in hun bestek. Hierbij gaat het in bijna alle gevallen over combinaties van HH2 en HH3 of -in mindere mate- HH1 en HH2 in één product. Eén gemeente heeft HH4 onderscheiden in het bestek, wat inhoudt huishoudelijke hulp met budgetbegeleiding en ondersteuning bij de opvoeding van de kinderen. Een andere gemeente onderscheidt specifiek hulp bij het huishouden voor mensen met een verstandelijke beperking.

Opvallend is dat uit analyse van de bestekken van gemeenten blijkt dat de inhoud van de producten tussen gemeenten verschilt. Een voorbeeld hiervan is het bereiden van een maaltijd. Afhankelijk van het bestek valt deze activiteit in sommige gemeenten onder HH1 en in sommige gemeenten onder HH2. Het verzorgen en opvangen van kinderen valt afhankelijk van het bestek onder HH2 of onder HH3.

Verhouding ingekochte producten

In de telefonische enquête is aan gemeenten is gevraagd in welke verhouding zij de producten, zoals ze in het bestek zijn onderscheiden, hebben ingekocht. Ook hierbij moeten de verschillen tussen producten HH met dezelfde naam in gedachten worden gehouden. Bijna driekwart van de gemeenten (71%) heeft nog geen inzicht in de verhouding tussen de onderscheiden producten HH, omdat gebruik is gemaakt van een raamcontract. De gemeenten die gebruik hebben gemaakt van een vast contract hebben gemiddeld 27% HH1 ingekocht, 69% HH2 en 4% HH3.

3 Verloop van de aanbestedingsprocedure

3.1 Inleiding

Het onderwerp van dit hoofdstuk is het verloop van de aanbestedingsprocedure (het proces). De beschrijving van het aanbestedingsproces is gebaseerd op de onderzoeksresultaten uit de telefonische enquête onder de Nederlandse gemeenten en de interviews met gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties in de casestudies. In dit hoofdstuk gaan we in op:

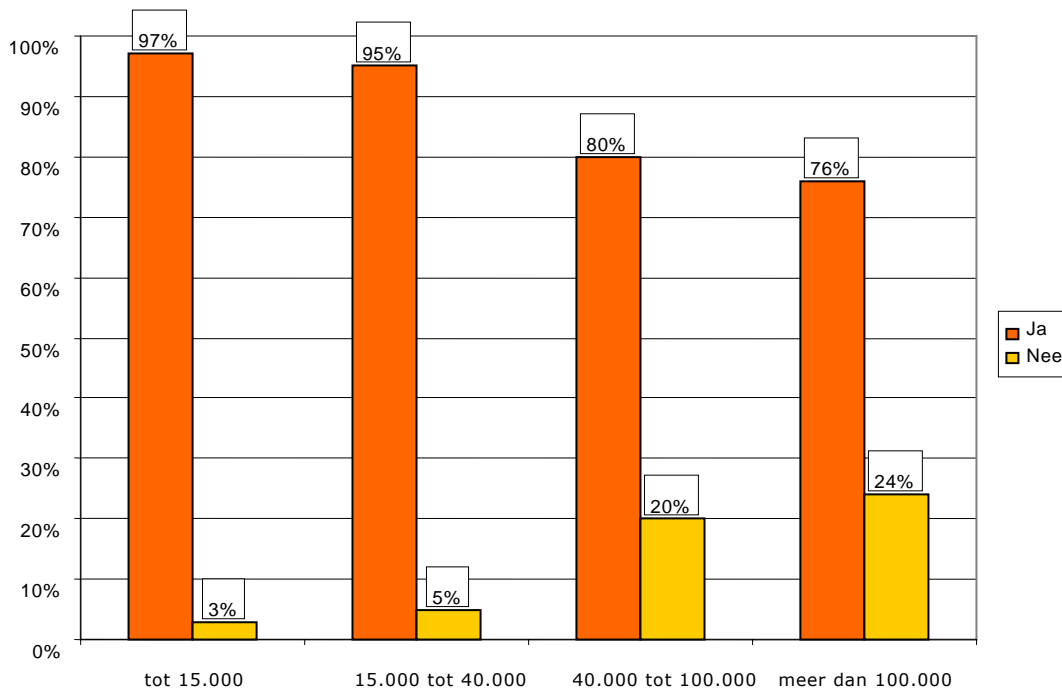
- samenwerking van gemeenten bij de aanbesteding;
- gebruik van de ondersteuning vanuit het Implementatiebureau Wmo door gemeenten;
- inhuur van externe ondersteuning bij de aanbesteding door gemeenten;
- betrokkenheid van cliëntenorganisaties bij het aanbestedingsproces;
- succesfactoren die gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties hebben ervaren in het aanbestedingsproces;
- knelpunten die gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties hebben ervaren in het aanbestedingsproces.

3.2 Samenwerking van gemeenten bij de aanbesteding

Het overgrote deel van de Nederlandse gemeenten (92%) dat op dit moment een bestek heeft vastgesteld, heeft bij de aanbesteding samengewerkt met één of meerdere andere gemeenten. Slechts 8% van de gemeenten heeft de aanbesteding alleen uitgevoerd.

Bij de aanbesteding van de hulp bij het huishouden hebben kleine(re) gemeenten vaker samengewerkt met een of meerdere andere gemeenten dan grote(re) gemeenten. Bijna alle gemeenten in de kleinste grootteklasse (tot 15.000 inwoners) hebben samengewerkt met een of meerdere andere gemeenten (97%). Van de gemeenten in de grootste grootteklasse (vanaf 100.000 inwoners) heeft een kwart (24%) bij de aanbesteding niet samengewerkt. De verschillen tussen de grootteklassen zijn statistisch significant.

Figuur 3.1 Samenwerking bij de aanbesteding door gemeenten van verschillende grootteklassen (aantal inwoners)



De gemeenten hebben gemiddeld samengewerkt met 9-10 andere gemeenten (exclusief de eigen gemeente). Het minimum aantal samenwerkingsgemeenten is één, het maximale aantal 28. Er zijn voor de aanbesteding van de hulp bij het huishouden door gemeenten een aantal grote samenwerkingsverbanden tot stand gebracht. Voorbeelden hiervan zijn de provincie Zeeland en de regio's kop van Noord-Holland, Noord-Kennemerland en West-Friesland met als trekker gemeente Alkmaar.

In bijna alle samenwerkende gemeenten in de case studies is de keuze voor de samenwerkingsgemeenten bepaald door een reeds bestaand samenwerkingsverband. Vaak is dit een samenwerkingsverband voor de WVG (nu in een aantal gevallen uitgebreid voor de hele Wmo) of andere onderwerpen op het beleidsterrein Volksgezondheid. In een enkel geval heeft de gemeente een samenwerkingsgemeente gevonden waar nog geen eerdere samenwerking mee bestond, maar die wel dezelfde uitgangspunten voor de aanbesteding van de hulp bij het huishouden deelde.

De samenwerkingsverbanden hebben op verschillende manieren invulling gegeven aan de samenwerking. In de telefonische enquête vermeldt 68% van de gemeenten dat er binnen het samenwerkingsverband een trekker gemeente is aangewezen. Eén op de vijf gemeenten (20%) die deel uit maakt van een samenwerkingsverband meldt dat er geen trekker gemeente is aangewezen, maar dat de samenwerkingsgemeenten de aanbesteding gezamenlijk hebben uitgevoerd. Ruim één op de tien gemeenten (12%) meldt dat de trekkerrol voor dat samenwerkingsverband is uitbesteed aan een externe ondersteuner. Deze externe ondersteuner is meestal een extern adviesbureau of een regionaal inkoopbureau van gemeenten.

Overwegingen van gemeenten om samen te werken bij de aanbesteding

De overwegingen van gemeenten om met andere gemeenten samen te werken bij de aanbesteding hebben voornamelijk te maken met efficiëntie en met de onbekendheid van het onderwerp van de aanbesteding. De meest genoemde redenen om samen te werken zijn:

- Samenwerken bespaart tijd en betekent dat er in de (korte) beschikbare periode meer uren kunnen worden ingezet voor de aanbesteding (dit is van extra belang voor kleine gemeenten);
- De interne kosten voor de aanbesteding en -indien van toepassing- de kosten van de inhuur van een externe ondersteuner worden gedeeld;
- Samenwerken biedt mogelijkheid tot het delen van kennis en inzichten over deze nieuwe taak (en in breder Wmo-verband).

Meerdere gemeenten noemen hiernaast ook:

- Als samenwerkende gemeenten ben je interessanter voor aanbieders om zich in te schrijven (groter werkgebied);
- Samenwerken levert volumevoordeel op bij de inkoop van hulp bij het huishouden.

Een enkele gemeente noemt als reden dat samenwerken van gemeenten gunstig is voor zorgaanbieders, omdat het aantal bestekken waar de aanbieders mee te maken krijgen hierdoor wordt beperkt.

Enkele gemeenten in de casestudies hebben bij de aanbesteding niet samengewerkt. Eén gemeente heeft ervoor gekozen om alleen aan te besteden om zo de kennis over de aanbesteding in eigen huis te houden en de aanbesteding helemaal naar eigen wens vorm te kunnen geven voor haar cliënten ('bieden van lokaal maatwerk'). Het merendeel van de geïnterviewde gemeenten die niet hebben samengewerkt, hebben wel een eerste aanzet tot samenwerking genomen. De reden dat de samenwerking niet van de grond is gekomen zijn dat de gemeenten niet tot gezamenlijke uitgangspunten en eisen voor het bestek konden komen binnen de tijd die hiervoor beschikbaar was.

Ervaringen van gemeenten met de samenwerking met andere gemeenten

Bij bijna alle geïnterviewde gemeenten is de samenwerking bij de aanbesteding goed verlopen. De gemeenten zouden bij een volgende aanbesteding waarschijnlijk weer willen samenwerken. Enkele gemeenten denken erover bij een volgende aanbesteding de ervaring die is opgedaan te gebruiken om alleen aan te besteden en zo meer lokaal maatwerk te kunnen leveren.

Als succesfactoren bij het samenwerken tussen gemeenten zijn genoemd:

- de gezamenlijke inzet van mensen uit verschillende gemeenten met ieder eigen kennis en inzichten, met name ook de gezamenlijk inbreng van deskundigheid op het gebied van inkoop en juridische zaken;
- directe afstemming tussen de betrokken beleidsambtenaren en hun bestuurders, waardoor snel besluiten genomen kunnen worden;
- bekendheid van gemeenten met elkaar, ervaring met eerdere samenwerking en de aanwezigheid van structurele samenwerking op andere terreinen;
- reeds bestaande bekendheid of affiniteit van de afdeling inkoop met het terrein zorg.

Gemeenten hebben ook knelpunten bij de samenwerking genoemd:

- Samenwerken betekent dat moet worden gewerkt aan consensus. Als individuele gemeente kun je niet alle punten in de aanbesteding doen zoals je zelf zou willen. Indien gemeenten teveel vasthouden aan hun specifieke wensen leidt dit tot een onduidelijk bestek en een onoverzichtelijke aanbesteding;
- Het is belangrijk goed vast te leggen op welke manier en door wie beslissing worden genomen. Je moet zaken overlaten aan andere gemeenten en niet alles zelf onder controle willen houden;
- Samenwerken betekent veel afstemmen. Dit kost tijd en inzet. De tijdsdruk bij deze aanbesteding was hoog, er was weinig tijd goed te overleggen en keuzes rustig door te praten;
- Verschillen in gemeentegrootte leiden tot verschillen in de (tijds)inzet die gemeenten kunnen leveren. Van grote gemeenten wordt een grotere inzet verwacht. Kleine gemeenten lopen het risico of relatief zwaar te worden belast of weinig input te kunnen leveren. Gemeenten dienen hier vooraf bewust van te zijn en goede afspraken te maken over de verwachtte inzet van alle gemeenten om wrijvingen te voorkomen;
- Wanneer wordt samengewerkt in regionaal verband zouden kleine, lokale aanbieders minder kans maken gegund te worden. Een deel van de samenwerkende gemeenten heeft mede om deze reden in het bestek gebruik gemaakt van percelen voor verschillende gemeenten.

Samenwerking binnen het stadhuis

Binnen het gemeentehuis is bij de aanbesteding de wethouder betrokken die de Wmo in de portefeuille heeft samen met de afdeling waar de Wmo onder valt (vaak de afdeling Samenleving, Zorg en Welzijn of de dienst Maatschappelijke ontwikkeling). In veel gemeenten is tevens de afdeling Inkoop bij de aanbesteding betrokken. Dit geldt ook voor de financiële en juridische ondersteunende diensten en de afdeling communicatie/voorlichting of publiekszaken. Een deel van de gemeenten heeft de reïntegratie van mensen met een WWB-uitkering opgenomen in het bestek (zie paragraaf 2.4). In deze gemeenten is de afdeling Sociale Zaken vaak ook betrokken bij de aanbesteding.

Tijdsinvestering door gemeenten

De geïnterviewde gemeenten vinden het lastig een globale inschatting te geven van de tijd die zij hebben geïnvesteerd in de aanbesteding. Gemeenten benadrukken vooral dat de aanbesteding veel tijd heeft gekost en in een korte periode diende te worden uitgevoerd. Grove schattingen van het aantal geïnvesteerde uren variëren tussen 75 en 2000 uur met een gemiddelde rond 600 á 700 uur. De eigen tijdsinvestering van gemeenten is mede afhankelijk van of er is samengewerkt met andere gemeenten en welke rol de gemeente gehad (trekker of niet) en het wel of niet inhuren van externe ondersteuning. Indien een kort geding is aangespannen tegen de gunning kost dit de gemeente veel extra tijd.

3.3 Gebruik van de ondersteuning vanuit het Implementatiebureau Wmo

Het Implementatiebureau Wmo van het Ministerie van VWS en de VNG heeft gemeenten op verschillende manieren ondersteuning aangeboden bij de aanbesteding van de hulp bij het huishouden. Deze ondersteuning is voor een grote deel aan gemeenten verstrekt via de website www.invoeringwmo.nl. Op deze website zijn de handreiking en een modelbestek voor de aanbesteding gepubliceerd. In paragraaf 2.3. is ingegaan op het gebruik van het modelbestek door gemeenten en de waardering voor dit instrument. Gemeenten beoordelen de handreiking als adequaat. Het merendeel van de geïnterviewde gemeenten heeft de website geraadpleegd en heeft hier informatie op kunnen vinden. De bijeenkomsten die door het Implementatiebureau zijn georganiseerd waren volgens gemeenten interessant maar (te) algemeen, omdat er geen mogelijkheid was vragen te stellen over de specifieke situatie en wensen van de gemeente.

Naast de website en bijeenkomsten beschikt het Implementatiebureau Wmo over een helpdesk. De geïnterviewde gemeenten zijn kritisch over de meerwaarde van de helpdesk. De helpdesk gaf algemene informatie die bij de gemeenten vaak al bekend was of die de gemeenten zelf relatief gemakkelijk konden op te zoeken. Ook duurde het volgens een gedeelte van de gemeenten soms lang voordat de helpdesk antwoord gaf. Informatie over de aanbesteding kwam volgens de gemeenten vaak laat beschikbaar (met name de handreiking, het aangepaste modelbestek en informatie over het Zeeuws model). De geboden ondersteuning wordt door de gemeenten over het algemeen beoordeeld als matig tot onvoldoende.

Gemeenten hebben tijdens het aanbestedingsproces vooral behoefte gehad aan meer concrete hulp bij het maken van keuzes, bijvoorbeeld in hun bestek. Een overzicht van overwegingen c.q. de voor- en nadelen van bepaalde keuzes, bijvoorbeeld in de vorm van een stappenplan, had gemeenten geholpen bij hun beslissingen. Gemeenten hebben met name behoefte aan meer specifieke juridische ondersteuning, ondermeer bij een dreigend kort geding en bij vragen over het overnemen van personeel en over een overgangsregeling voor cliënten. Een mogelijkheid voor een juridische check op het bestek werd door een aantal gemeenten gewenst. Andere instrumenten waar behoefte aan was zijn een voorbeeldbrief bij voorlopige afwijzing van een zorgaanbieder en een conceptcontract met aanbidders.

3.4 Externe ondersteuning bij de aanbesteding

Tweederde van de geïnterviewde gemeenten heeft bij de aanbesteding externe ondersteuning ingehuurd, meestal in de vorm van een extern adviesbureau. Van de gemeenten die geen externe ondersteuning bij de aanbesteding hebben ingehuurd, gaf een enkele gemeente aan dit niet nodig te vinden omdat zij al aangesloten zijn bij een regionaal inkoopbureau.

De belangrijkste overwegingen voor gemeenten om externe ondersteuning in te huren bij de aanbesteding was de behoefte aan juridische kennis en expertise rond aanbestedingsprocedures. Zowel in de case studies als in de telefonische enquête meldt een aanzienlijk

deel van de gemeenten behoefte te hebben aan juridische ondersteuning bij de aanbesteding. Andere overwegingen om externe ondersteuning te huren zijn:

- Inhuur van zorginhoudelijke expertise, omdat hulp in het huishouden voor de gemeenten een nieuwe taak is;
- Inhuur van procesbegeleiding vanwege de korte tijd die beschikbaar was voor de aanbesteding.

De omvang en de inhoud van de werkzaamheden die door de externe ondersteuner zijn verricht variëren sterk tussen de gemeenten: van het beantwoorden van vragen en het juridisch checken van het bestek tot het begeleiden en uitvoeren van het gehele aanbestedingsproces. In het merendeel van de gemeenten is de externe ondersteuner betrokken geweest bij de inhoudelijke keuzes in het bestek. In veel gemeenten fungeerde de externe ondersteuner als klankbord en adviseur en vertaalde de ideeën van de gemeente naar het bestek. In een aantal gemeenten heeft de externe ondersteuner ook de beoordeling van de offertes van zorgaanbieders begeleid en de contracten met de gegunde aanbesteders opgesteld. Opvallend is dat meerdere gemeenten waarbij de externe ondersteuner het bestek heeft opgesteld, niet goed weet waarom bepaalde keuzes in het bestek zijn gemaakt. De gemeente heeft de externe ondersteuner in dit geval uitgangspunten meegegeven, zoals kwaliteit zwaarder wegen dan prijs en keuzevrijheid voor de cliënt wat betreft zorgaanbieder. De externe ondersteuner heeft deze uitgangspunten vertaald in een keuze voor een openbare of niet-openbare aanbesteding, het aanbestedingsmodel (normale aanbesteding of het Zeeuws model), kwaliteitscriteria, gunningscriteria en de weging hiervan.

Naast de inhoudelijke bijdrage was de externe ondersteuner in veel gemeenten verantwoordelijk voor het begeleiden en bewaken van het aanbestedingsproces. In een enkel geval heeft het externe bureau ook de externe communicatie en publicatie verzorgd. Enkele gemeenten hebben voor hun verdediging in een kort geding dat door een aanbieder is aangespannen een advocaat ingehuurd.

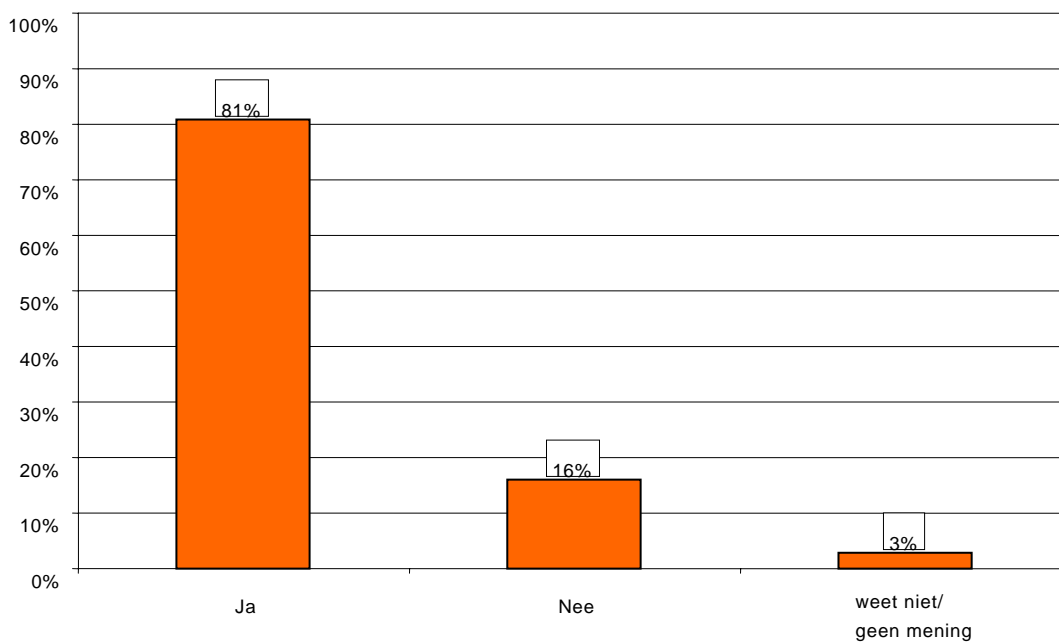
De kosten voor de externe ondersteuning die door gemeenten zijn genoemd variëren van 6000 tot 10.000 euro per gemeente tot 15.000 tot 30.000 euro voor een samenwerkingsverband van meerdere gemeenten.

De ervaringen van de gemeenten met de externe ondersteuning zijn over het algemeen positief. In een enkele geval heeft het adviesbureau fouten gemaakt in het bestek, wat tot een kort geding heeft geleid. Het merendeel van de gemeenten die bij deze eerste aanbesteding externe ondersteuning hebben ingehuurd verwachten dit bij een volgende aanbesteding opnieuw te doen. Een klein deel van de gemeente twijfelt hierover. De overwegingen hierbij zijn aan de ene kant dat gemeenten naar eigen zeggen veel geleerd hebben van deze aanbesteding en bij een volgende meer zelf kunnen doen. Aan de andere kant zien deze gemeenten een aanbesteding als een juridisch complexe aangelegenheid waarbij met name juridische bijstand prettig is. Meerdere gemeenten wijzen erop dat een aanbesteding de gemeente zelf ook veel tijd en capaciteit kost. Dit gecombineerd met de zekerheid dat een externe ondersteuner de (juridische) expertise heeft om de aanbesteding goed uit te voeren maakt dat externe inhuur het geld waard kan zijn.

3.5 Betrokkenheid van cliëntenorganisaties

Vier op de vijf gemeenten (81%) heeft cliëntenorganisaties op enige wijze betrokken bij het aanbestedingsproces. Eén op de zes gemeenten (16%) heeft bij de aanbesteding geen cliëntenorganisaties te betrekken.

Figuur 3.2 Cliëntenorganisaties betrokken bij het aanbestedingsproces in gemeenten



De gemeenten die cliëntenorganisaties hebben betrokken bij de aanbesteding noemen als belangrijke overweging dat zij inzicht hebben in de zaken die cliënten die gebruik (gaan) maken van de hulp bij het huishouden belangrijk vinden. Eén gemeente omschrijft dit als 'kijken door de bril van de mensen waar je de hele aanbesteding voor doet'. Een bijkomende overweging voor een aantal gemeenten is het creëren van draagvlak voor de keuzes die de gemeente maakt in het bestek. Dit draagvlak is extra belangrijk wanneer blijkt dat de aanbesteding niet aan de 'oude' zorgaanbieders wordt gegund.

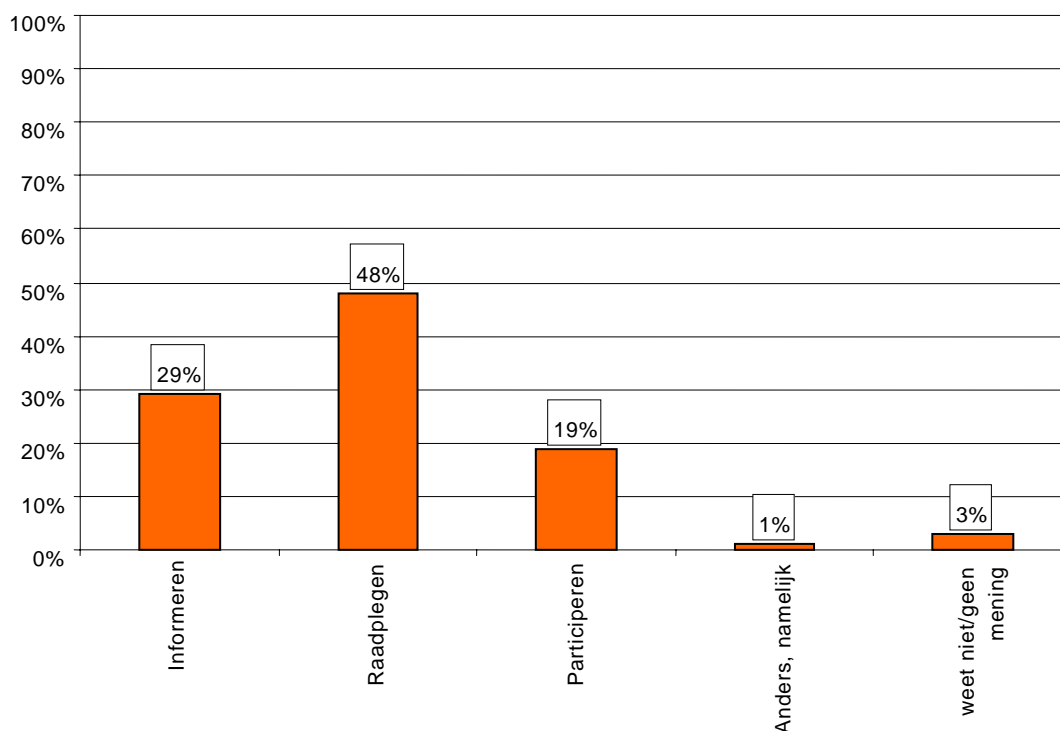
Een veelgenoemde reden voor gemeenten om cliëntenorganisaties niet of zeer beperkt bij de aanbesteding te betrekken is onduidelijkheid over de mate waarin informatie over de aanbesteding (en met name de inhoud van het bestek) volgens de Europese aanbestedingsregels tijdens de aanbestedingsprocedure gedeeld mag worden met de cliëntenorganisaties. Een aantal gemeenten vreesden de aanbestedingsregels te overtreden en daarmee de aanbesteding te schaden. Twee geïnterviewde gemeenten zien geen rol voor cliëntenorganisaties in het aanbestedingsproces. Volgens één gemeente is het bestek aan veel regels gebonden en kunnen cliëntenorganisatie daar niet veel invloed op uitoefenen. De andere gemeente is van mening dat het selecteren van kwalitatief goede zorgaanbieders de verantwoordelijkheid is van de gemeente. Cliënten kunnen achteraf invloed uitoefenen op aanbieders door de kwaliteit van hun geleverde diensten te controleren en evalueren.

Het initiatief voor de betrokkenheid van de cliëntenorganisaties is bijna altijd genomen door de gemeenten of vanuit de gemeente en een bestaand inspraakorgaan samen. De geïnterviewde cliëntenorganisaties die niet of nauwelijks bij de aanbesteding zijn betrokken, hebben hier over het algemeen geen bezwaar tegen.

Wijze van betrokkenheid

De wijze waarop cliëntenorganisaties door gemeenten zijn betrokken bij het aanbestedingsproces verschilt. In de telefonische enquête is aan de gemeenten waar de cliëntenorganisatie is betrokken bij de aanbestedingsprocedure gevraagd naar de vorm van deze betrokkenheid. Hierbij is onderscheid gemaakt in informeren, raadplegen en participeren. Bij raadplegen hebben cliëntenorganisaties hun mening kunnen geven over plannen die reeds door de gemeenten waren opgesteld. Bij participeren hebben cliëntenorganisaties vanaf het begin van het aanbestedingsproces kunnen meepraten over de keuzes die werden gemaakt, bijvoorbeeld de selectie van kwaliteitseisen in het bestek. In bijna een derde van de gemeenten (29%) zijn de cliëntenorganisaties alleen geïnformeerd. In de helft van de gemeenten zijn de cliëntenorganisaties geraadpleegd (48%). In één op de vijf gemeenten (19%) hebben de cliëntenorganisaties geparticipeerd in het aanbestedingsproces.

Figuur 3.3 Meest uitgebreide vorm waarop cliëntenorganisaties zijn betrokken bij het aanbestedingsproces in gemeenten



Het informeren van cliëntenorganisaties is in het merendeel van de geraadpleegde gemeenten vormgegeven door middel van informatiebijeenkomsten voorafgaand aan of in het begin van het aanbestedingsproces. Cliëntenorganisaties zijn in mindere mate door de gemeenten rechtstreeks geïnformeerd over de uitkomsten van de gunning. Bij veel cliënten-

organisatie bestond onrust over en angst voor het wegvallen van de oude aanbieder en het binnenkomen van nieuwe aanbieders. Gemeenten hebben geprobeerd deze onrust en angst weg te nemen door informatie te geven over het aanbestedingsproces.

In de verschillende gemeenten hebben de gemeenten en cliëntenorganisaties de betrokkenheid van cliëntenorganisaties bij de aanbesteding verschillend ervaren. De waardering van de gemeente en de cliëntenorganisatie voor het verloop van de betrokkenheid binnen één gemeente komt in bijna alle case studies overeen.

Bij de meerderheid van de geïnterviewde gemeenten is de inbreng van de cliëntenorganisaties beperkt gebleven tot informeren over en gedeeltelijk raadplegen van zaken die voor cliënten belangrijk zijn. Belangrijke zaken voor cliënten bij de aanbesteding zijn:

- kwaliteit moet zwaarder wegen dan prijs;
- het behouden van de oude aanbieder, zodat de cliënt de oude hulpverlener kan behouden;
- alleen contracteren van gecertificeerde aanbieders en geen schoonmaakbedrijven;
- voorkomen dat vrijwilligers en mantelzorgers zwaarder worden belast.

Een ruime meerderheid van de geïnterviewde cliëntenorganisaties is tevreden met de beperkte rol die zij hebben gespeeld. Deze cliëntenorganisaties zien geen ruimte voor meer betrokkenheid vanwege het technische karakter van de aanbesteding en/of de (veronderstelde) beperkingen van Europese aanbestedingsregels (geen inzage in het bestek). Voor een deel van de cliëntenorganisaties is het behoud van de oude aanbieder(s) het belangrijkste onderwerp, omdat cliënten graag hun oude zorgverlener willen behouden. Wanneer de gemeente aangaf hiervoor zorg te dragen, hebben de meeste cliëntenorganisaties niet aangedrongen op verdere betrokkenheid bij de aanbesteding.

In een klein deel van de geïnterviewde gemeenten hebben de cliëntenorganisaties geparticipeerd in de aanbestedingsprocedure en hebben ze inspraak gehad in de kwaliteitseisen in het bestek en in enkele gemeenten ook op de weging van de gunningscriteria (verhouding prijs/kwaliteit). De gemeenten waar de cliëntenorganisatie op deze uitgebreide wijze is betrokken bij de aanbesteding zien duidelijke meerwaarde in deze betrokkenheid. Gemeenten hebben met name inzicht gekregen in de kwaliteitseisen die belangrijk zijn voor cliënten. De cliëntenorganisaties zijn in deze gemeenten ook erg tevreden over hun betrokkenheid.

Ervaringen met de betrokkenheid van cliëntenorganisaties

Zowel aan de gemeenten als aan de cliëntenorganisaties is gevraagd welke knelpunten zij hebben ervaren bij de betrokkenheid van cliëntenorganisaties bij de aanbesteding. Gemeenten en cliëntenorganisaties noemen de beperkte tijd die beschikbaar was voor het aanbestedingsproces als belangrijk knelpunt. Cliëntenorganisaties hebben (te) weinig tijd gehad om zich voor te bereiden, stukken te lezen en hun achterban te raadplegen. Het feit dat de aanbesteding gedeeltelijk in de zomerperiode plaatsvond is hierbij voor cliëntenorganisaties extra lastig geweest. Cliëntenorganisaties die door gemeenten wel uitgebreid zijn betrokken complimenteren de gemeenten voor hun inzet hiervoor ondanks de tijdsdruk. In het algemeen waarderen cliëntenorganisaties het zeer wanneer zij ervaren dat er naar hun inbreng is geluisterd.

Cliëntenorganisaties en gemeenten melden beiden dat de aanbesteding voor veel cliëntenorganisaties een complexe, lastig te doorgronden materie is. In combinatie met de beperkt beschikbare tijd is een aanzienlijk deel van de cliëntenorganisatie van mening dat zij inhoudelijk weinig hebben kunnen bijdragen aan de aanbesteding. Enkele cliëntenorganisaties zeggen dat ze zich op voorhand hebben laten afschrikken door de complexiteit van de aanbesteding en niet hebben aangedrongen op verdere betrokkenheid. Overigens hebben ook cliëntenorganisaties gemerkt dat aanbesteding van de hulp bij het huishouden voor de gemeenten nieuwe materie was. Gemeenten konden niet alle vragen van de cliëntenorganisaties over de aanbesteding beantwoorden.

Enkele gemeenten vinden het lastig de inbreng van de cliëntenorganisatie een plaats te geven in het aanbestedingsproces. Cliëntenorganisaties benadrukken in hun optiek vooral details over de inhoud van de producten en individuele wensen die in een grotere aanbesteding lastig kunnen worden opgenomen. Een enkele gemeente ondervond dat de lokale blik van de cliëntenorganisatie botste met de regionale aanbesteding die werd uitgevoerd. Andersom vreest een regionale cliëntenorganisatie dat een verschillende aanpak in de verschillende gemeenten voor de cliëntenorganisatie gaat leiden tot grotere administratieve lasten en hogere kosten.

3.6 Ervaren succesfactoren in het aanbestedingsproces

Aan de geïnterviewde gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties is gevraagd welke zaken zij als succesfactor hebben ervaren bij de aanbesteding.

Gemeenten

- Zorgdragen voor een helder en juridisch sluitend bestek met heldere kwaliteitscriteria, gunningscriteria en weging;
- Samenwerking met andere gemeenten is over het algemeen goed bevallen. Meer samenwerkingsgemeenten betekent meer beschikbare kennis en inzichten en de mogelijkheid om te werk te verdelen;
- Vooraf voldoende tijd vrijmaken voor de aanbesteding. Maak heldere afspraken over de tijdsinzet van alle samenwerkingsgemeenten;
- Inhuur van met name juridische expertise en ook inhoudelijke expertise en procesbegeleiding;
- Afspreken van duidelijke termijnen en heldere communicatie naar zorgaanbieders en cliënten(organisaties);
- Gemeenten die cliëntenorganisaties uitgebreid hebben betrokken bij de aanbesteding zijn erg tevreden over de opbrengst hiervan;
- Korte lijnen tussen het ambtelijk projectteam en de wethouder om snelle beslissingen mogelijk te maken;
- Marktconsultatie vooraf zodat de gemeente kennis heeft van de markt en de inhoud van de zorg;
- Aanwezigheid van een medewerker inkoop met kennis van of affiniteit met het beleids-terrein Zorg;
- Een heldere visie van de gemeente op de HH en de Wmo als geheel;
- Het vastleggen van een maximumprijs in het bestek geeft vooraf zekerheid over de prijs waarvoor de gemeente de hulp bij het huishouden geleverd krijgt;

- Het afsluiten van raamcontracten maakt de gemeente minder afhankelijk van de geleverde uren en kwaliteit van enkele zorgaanbieders;
- Gemeenten die hebben gekozen voor het Zeeuws model zijn hier erg enthousiast over: het geeft gemeente de zekerheid van een vaste prijs en grote keuzevrijheid voor de cliënt.

Aanbieders

- Een duidelijk bestek is voor aanbieders de belangrijkste succesfactor;
- Goede communicatie, heldere termijnen en een gemeente die zich aan de termijnen houdt;
- Het inhuren van externe expertise door gemeenten;
- Het Zeeuws model wordt door een aantal aanbieders als succesfactor benoemd: de aanbieder krijgt een raamcontract en kan zich gaan profileren op kwaliteit.

Cliëntenorganisaties

- De belangrijkste succesfactor voor cliëntenorganisatie is gehoord worden door de gemeente en een mogelijkheid hebben de punten die cliënten belangrijk vinden naar voren te brengen;
- Een succesfactor bij de betrokkenheid van cliëntenorganisaties bij de aanbesteding is de aanwezigheid van structureel cliëntenorgaan, zoals een Wmo-beraad of een cliëntenplatform. Belangrijk hierbij is dat de positie en de bevoegdheden van dat cliëntenorgaan duidelijk zijn vastgelegd. Secretariaatsondersteuning is voor cliëntenorganisaties wenselijk.

3.7 Ervaren knelpunten in het aanbestedingsproces

Naast de ervaren succesfactoren zijn de gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties gevraagd naar de knelpunten die zij hebben ervaren in het aanbestedingsproces. De genoemde knelpunten worden weergegeven, in volgorde van de mate waarin ze genoemd zijn.

Gemeenten

- Het belangrijkste knelpunt was de beperkte beschikbare tijd voor de aanbesteding. Gemeenten hadden te maken met een grote tijdsdruk, waardoor volgens een gedeelte van de gemeente er (te) weinig tijd was om aanbesteding zorgvuldig te doorlopen en cliëntenorganisaties goed te betrekken;
- Grote hoeveelheid capaciteit die nodig was voor de aanbesteding. Indien er een kort geding is aangespannen kost dit de gemeente erg veel extra inzet;
- Tekort aan juridische expertise bij de gemeenten en onduidelijkheid over de mogelijkheden en onmogelijkheden in het bestek;
- De ondersteuning vanuit het Implementatiebureau Wmo was onvoldoende en informatie over de aanbesteding en instrumenten (handreiking, aangepast modelbestek) kwamen te laat beschikbaar;
- Onrust bij cliënten dat de bestaande aanbieder zou verdwijnen;
- Onbekendheid van de gemeente met het onderwerp;

- Budgettaire onzekerheid bij gemeenten. Een deel van de gemeenten vond het vaststellen van de weging van de gunningscriteria prijs en kwaliteit lastig. Gemeenten willen goede kwaliteit inkopen voor hun inwoners, maar vrezen niet uit te komen met het budget aan het einde van het jaar.
- Late levering van bestanden en levering van onjuiste gegevens vanuit het Zorgkantoor is vooral lastig voor gemeenten die nieuwe aanbieders hebben gecontracteerd.
- Het niet structureel georganiseerd zijn van cliëntenorganisaties maakt voor het gemeenten lastig een aanspreekpunt te vinden.
- Onbekendheid van aanbieders met de Europese aanbestedingsregels. Sommige aanbieders begrijpen niet dat bij de aanbesteding worden afgewezen omdat ze stukken niet of te laat hebben aangeleverd.
- Het ontbreken van de mogelijkheid om te bepalen dat de lokale aanbieders worden gund, terwijl dit wel is wat cliënten (en de politiek) willen.

Naast de genoemde knelpunten merkte een deel van de gemeenten bij de telefonische enquête op weinig nut of meerwaarde te zien in een (Europese) aanbesteding voor de inkoop van de hulp bij het huishouden. Genoemde argumenten tegen het gebruik van een Europese aanbesteding zijn, in volgorde van frequentie:

- Een (Europese) aanbesteding kost de gemeente veel tijd en geld;
- Een (Europese) aanbesteding resulteert uiteindelijk in dezelfde aanbieders als voor de aanbestedingsprocedure (al dan niet als onderaannemers);
- Een (Europese) aanbesteding geeft de gemeente niet de mogelijkheid te selecteren op bekendheid met de regio en/of de lokale situatie, terwijl dit voor gemeenten een belangrijke wens is;
- Een (Europese) aanbesteding veroorzaakt veel onrust bij cliënten, wiens enige wens is hun oude hulpverlener te behouden;
- Een (Europese) aanbesteding verstoort de bestaande relaties met zorgaanbieders.

Aanbieders

- Gemeenten hebben hoge tot 'onrealistische' kwaliteitseisen gesteld in de bestekken;
- De hulp bij het huishouden is door gemeenten ingekocht voor een scherpe prijs, soms onder kostprijs;
- De aanbesteding heeft aanbieders veel tijd en geld gekost, mede doordat iedere gemeente werkt met een eigen format, eigen kwaliteitseisen, andere stukken opvroeg etc. De uitvoering zal veel capaciteit blijven vragen omdat gemeenten verschillende eisen stellen aan de momenten en wijze van aanleveren van productiegegevens, klachtenregistratie e.d.;
- Onduidelijkheden in de bestekken van een deel van de gemeenten. Met name onduidelijkheid over de kwaliteitseisen en -wensen, de gunningscriteria en de weging hiervan. Onduidelijkheden in het bestek zijn meestal de reden voor het aanspannen van een kort geding. Ook was er onduidelijkheid over de beoordeling van omschrijvingen die van de zorgaanbieder werden gevraagd, bijvoorbeeld 'omschrijf de visie van de aanbieder op de Wmo'. Het was aanbieders niet duidelijk wat van hen werd verwacht en de indruk is dat deze omschrijvingen subjectief zijn beoordeeld;
- Het laat en/of onduidelijk beantwoorden van vragen door gemeenten in de nota van inlichtingen. Een deel van de gemeenten heeft niet voorzien in een tweede termijn zodat aanbieders geen toelichting meer konden vragen op de nota van toelichting;

- Onduidelijkheid tijdens de aanbestedingsprocedure over de mogelijkheid van de inzet van alphahulpen. Gemeenten hebben volgens aanbieders geen inzicht in het verschil tussen een medewerker in loondienst en een alphahulp;
- Onbekendheid van gemeenten met het onderwerp. Gemeenten hebben geen zicht op de inhoud van de hulp bij het huishouden en het verschil tussen de verschillende vormen van HH in de praktijk;
- Er is geen afstemming tussen indicatie AWBZ en de indicaties Wmo, manier waarop indicaties worden omgezet is onduidelijk;
- Onzekerheid onder het personeel van de zorgaanbieders over hun baan zorgde voor onrust en vervelende sfeer in de organisatie;
- Het ontslaan van personeel in loondienst en weer aan moeten nemen als alphahulp vernietigt een deel van de infrastructuur van de zorg. Daarbij zijn volgens sommige zorgaanbieders niet voldoende alphahulpen beschikbaar;
- Gemeenten hoeven zich niet te houden aan de verhouding van producten HH zoals zij die vooraf hebben aangegeven, terwijl de aanbieders wel de HH die geïndiceerd wordt moeten leveren voor de afgesproken prijs. De prijs waarvoor aanbieders hebben ingeschreven is mede gebaseerd op een bepaalde verwachte verhouding tussen producten HH. Zorgaanbieders verwachten grote financiële problemen wanneer de producten HH in een andere verhouding worden geïndiceerd dan wel toegewezen;
- Tijdens de aanbesteding was er onduidelijkheid over wel of niet mogen samenwerken met andere aanbieders en het wel of niet mogen contracteren van onderaannemers;
- De opstelling van een aantal gemeenten bij de aanbesteding is door zorgaanbieder ervaren als afstandelijk. Gemeenten tonen zich geen partner van de zorgaanbieders terwijl de aanbieders vinden dat ze samen met de gemeenten verantwoordelijk zijn voor goede zorg;
- Er was te weinig tijd voor de overgang tussen de oude en de nieuwe situatie, voor het overdragen van cliënten en personeel;
- Grote aanbieders hebben een relatief voordeel bij de aanbesteding omdat ze (juridische) expertise voor de aanbesteding kunnen inhuren.

Cliëntenorganisaties

- Voor cliëntenorganisaties was de beperkt beschikbare tijd een groot knelpunt. Cliëntenorganisaties hadden onvoldoende tijd zich voor te bereiden, stukken te lezen en hun achterban te raadplegen. De zomerperiode versterkt dit.
- Onduidelijkheid over de Europese aanbestedingsregels rond het delen van informatie met en ter beschikking stellen van stukken (mate name het bestek) door gemeenten aan cliëntenorganisaties;
- De complexe, technische aard van de aanbesteding;
- De gemeenteraadsverkiezingen, het installeren van een nieuwe gemeenteraad en het inwerken van een nieuwe wethouder zouden een vertragende invloed gehad op de voortgang van de aanbesteding en de tijd die overbleef voor betrokkenheid van de cliëntenorganisaties.

4 Resultaten van de aanbesteding

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de resultaten en (eerste) effecten van de aanbesteding van hulp bij het huishouden centraal. Deze resultaten en (eerste) effecten zijn alleen bekend voor de gemeenten waar de gunning al heeft plaatsgevonden. Van de gemeenten die een bestek hebben vastgesteld, hebben negen van de tien gemeenten (88%) op het moment van het onderzoek de aanbesteding en gunning afgerond. In dit hoofdstuk brengen we voor deze gemeenten in beeld:

- Hoeveel en welk type aanbieders door gemeenten zijn gecontracteerd;
- In hoeverre door gemeenten nieuwe aanbieders zijn gecontracteerd;
- Wat voor soort contracten zijn gesloten tussen gemeenten en zorgaanbieders;
- Het uurtarief waarvoor de verschillende vormen van hulp bij het huishouden zijn ingekocht door gemeenten;
- Het soort onderaanbieders waarvan gebruik wordt gemaakt en de redenen hiervoor;
- Het marktgedrag van zorgaanbieders bij de aanbesteding;
- Het aantal gemeenten dat te maken heeft (gehad) met een kort geding en de gevolgen hiervan;
- De tevredenheid van gemeenten, cliëntenorganisaties en aanbieders over de resultaten van de aanbesteding (prijs, kwaliteit, keuzevrijheid voor de cliënt en personele consequenties).

4.2 Gecontracteerde aanbieders

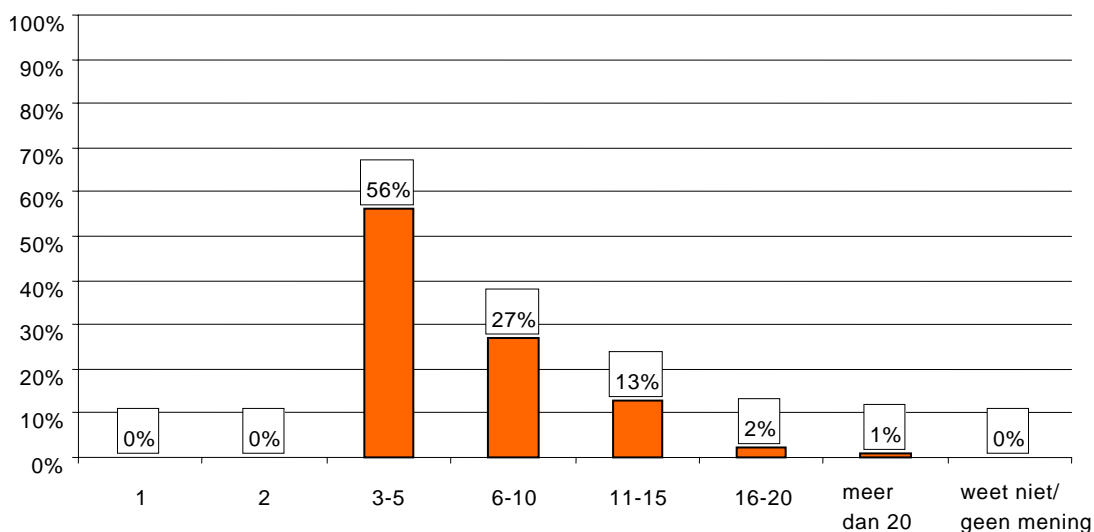
Aantal aanbieders dat heeft meegedongen

In de geïnterviewde gemeenten uit de case studies hebben gemiddeld zo'n 10 tot 16 zorgaanbieders meegedongen in de aanbestedingsprocedure. Een uitschieter is een gemeente waarin 48 aanbieders hebben meegedongen.

Aantal gecontracteerde aanbieders

Ruim de helft van de gemeenten (56%) heeft drie tot vijf aanbieders gecontracteerd. Een kwart van de gemeenten (27%) heeft zes tot 10 aanbieders gecontracteerd en ruim één op de tien gemeenten (13%) heeft 10 tot 15 aanbieders gegund. Drie procent van de gemeenten heeft gekozen voor meer dan 15 aanbieders. Eén gemeenten heeft twee aanbieders gecontracteerd en één gemeente één aanbieder.

Figuur 4.1 Aantal gecontracteerde aanbieders

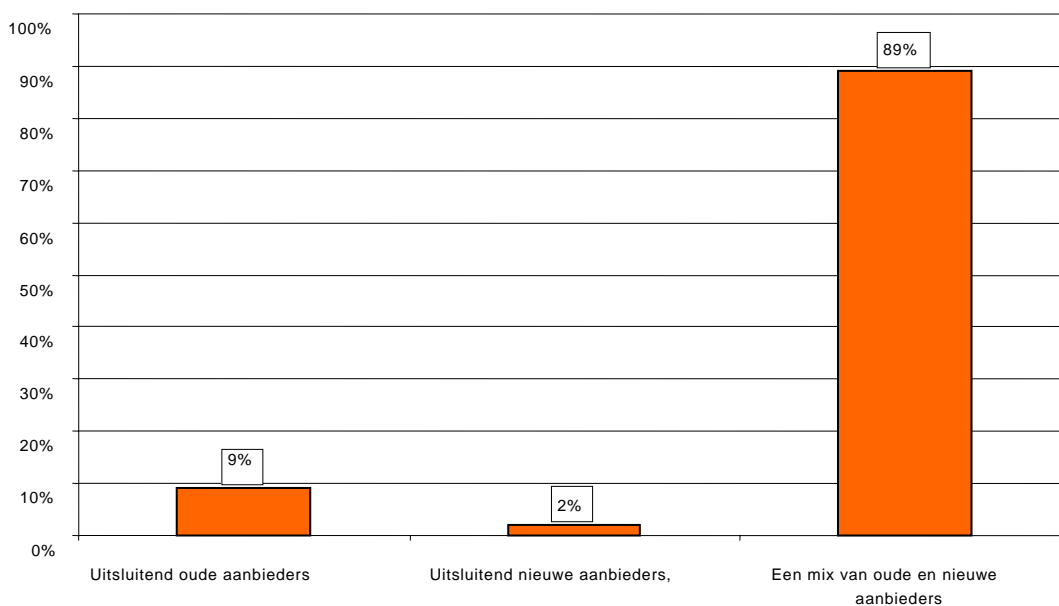


Nieuwe aanbieders

In de telefonische enquête is aan gemeenten gevraagd in hoeverre zij oude dan wel nieuwe aanbieders hebben gecontracteerd. Een oude aanbieder is hierbij gedefinieerd als een aanbieder die al voor 1 januari 2007 huishoudelijke verzorging bood binnen de gemeente en een nieuwe aanbieder als een zorgaanbieder die dit niet deed.

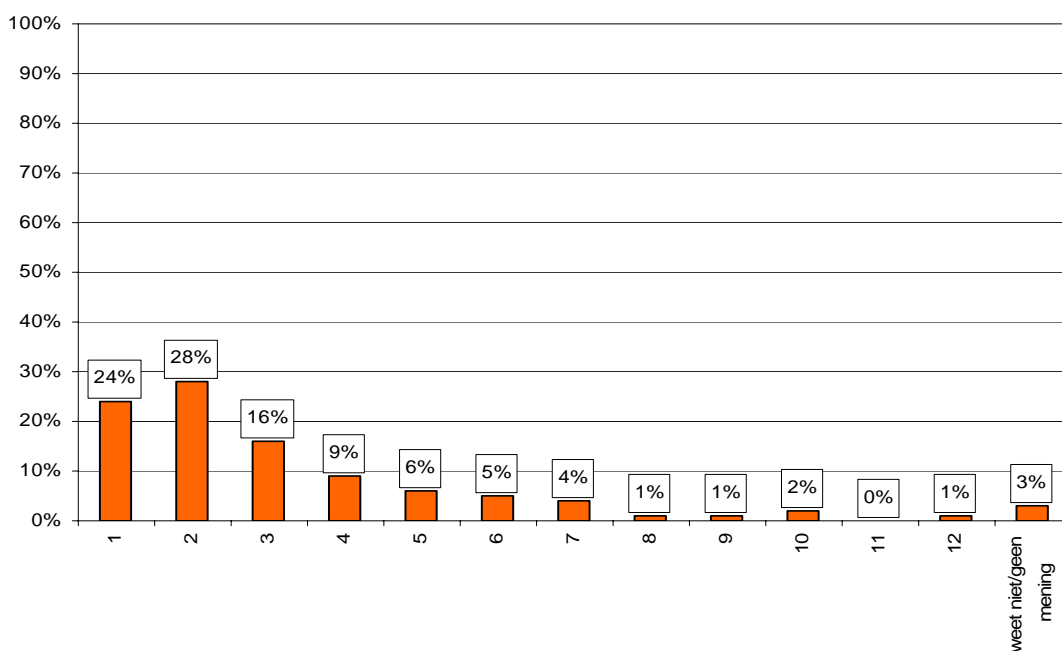
Negen van de tien gemeenten (89%) heeft een mix van oude en nieuwe aanbieders gegund. De overige gemeenten hebben bijna allemaal uitsluitend 'oude' aanbieders gecontracteerd. Slechts 2% van de gemeenten heeft de aanbesteding aan enkel nieuwe aanbieders gegund.

Figuur 4.2 Gecontracteerde aanbieders



Het merendeel van de gemeenten die nieuwe aanbieders hebben gecontracteerd, hebben gekozen voor een beperkt aantal nieuwe aanbieders. Een kwart van deze gemeenten (24%) heeft één nieuwe aanbieder gecontracteerd, ruim een kwart van de gemeenten (28%) heeft twee nieuwe aanbieders gecontracteerd en 16% van de gemeenten heeft drie nieuwe aanbieders gegund. Drie op de tien gemeenten die nieuwe aanbieders hebben gecontracteerd (29%) hebben gekozen voor meer dan drie nieuwe aanbieders, met een maximum aantal van 12 nieuwe aanbieders.

Figuur 4.3 Aantal nieuwe aanbieders dat door een gemeente is gecontracteerd



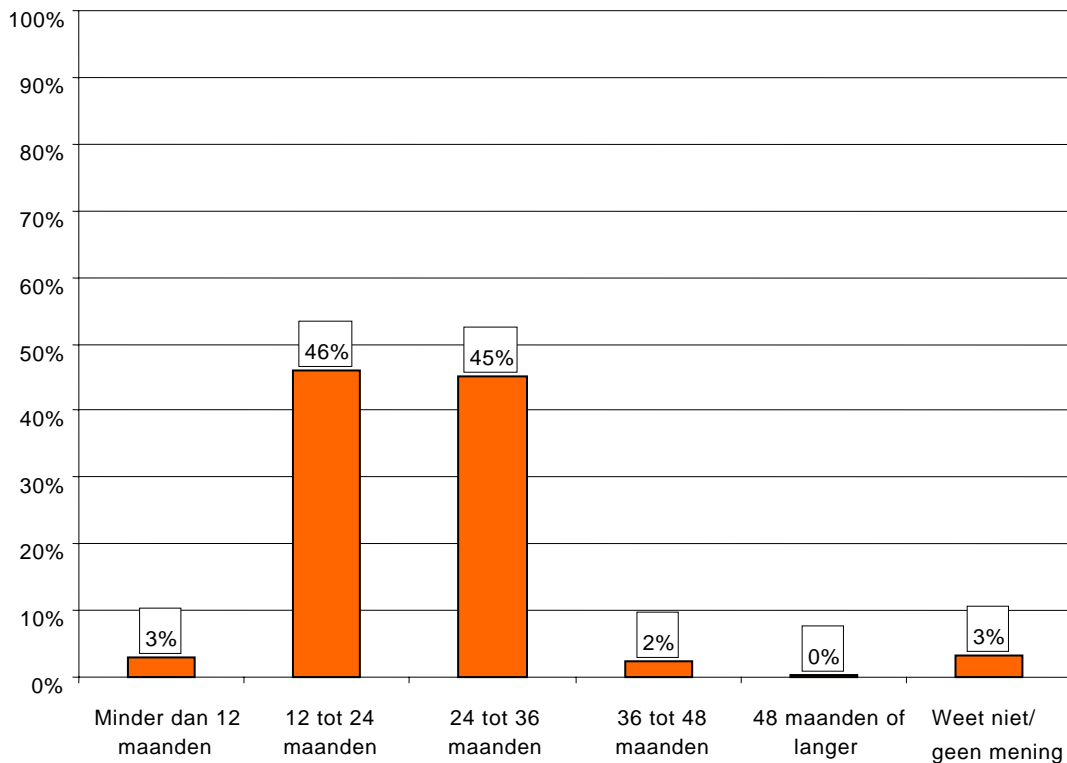
Aan de gemeenten is gevraagd welk soort aanbieder de twee nieuwe aanbieders zijn die de meeste hulp bij het huishouden gaan leveren (of de twee grootste organisatie in het geval van een raamcontract). Van de grootste nieuw gecontracteerde aanbieders bestaat 86% uit thuiszorgorganisaties en 4% uit aanbieders uit de sector verzorging en verpleging. De op een na grootste nieuwe aanbieders bestaat uit 77% thuiszorgorganisaties en 10% aanbieders uit de sector verzorging en verpleging. Hiernaast zijn door gemeenten aanbieders genoemd die zowel thuiszorg als verpleging en verzorging, en in een aantal gevallen andere vormen van AWZB-zorg, leveren. In een enkel geval is de aanbieder specifiek verbonden aan een woonzorgcomplex. Slechts één gemeente heeft als één van de twee grootste nieuwe aanbieders een schoonmaakbedrijf gecontracteerd. Schoonmaakbedrijven zijn wel vaker door gegunde thuiszorgorganisaties als onderaannemer aangenomen.

Afgesloten contracten

Van de gemeenten die contracten hebben afgesloten met zorgaanbieders heeft 70% gekozen voor een raamcontract. Een kwart van de gemeenten (26%) heeft met de gegunde aanbieders een vast contract gesloten. Als gevolg van het gebruik van raamcontracten kan het merendeel van de gemeenten op dit moment niet aangeven hoeveel procent van de hulp bij het huishouden geleverd gaat worden door nieuwe aanbieders. De gemeenten die hierover wel een uitspraak kunnen geven schatten dat gemiddeld een kwart van de hulp bij het huishouden (23%) geleverd zal worden door een nieuwe aanbieder.

De contracten zijn door de gemeenten afgesloten voor een periode van één jaar tot twee jaar (46%) of voor twee tot drie jaar (45%). Drie procent van de gemeenten heeft contracten afgesloten met een looptijd van minder dan één jaar en 2% van de gemeenten met een looptijd van drie jaar of langer.

Figuur 4.4 Voor welke periode zijn de contracten met de aanbieders afgesloten?



Verloop van de contractbesprekingen

In de gemeenten waar de contracten met de zorgaanbieders al zijn afgesloten, zijn de contractbesprekingen over het algemeen zonder knelpunten verlopen. Een aanzienlijk deel van de gemeenten heeft in het bestek een conceptovereenkomst opgenomen en heeft instemming met deze conceptovereenkomst meegewogen bij de gunning. In de optiek van gemeenten heeft dit de contractbesprekingen vereenvoudigd omdat er weinig ruimte was voor onderhandeling door de zorgaanbieders. Enkele gemeenten hadden graag een voorbeeldconceptovereenkomst gekregen vanuit het Implementatiebureau Wmo.

De volgende knelpunten bij de contractbesprekingen zijn door één of enkele gemeenten genoemd:

- gemeente heeft geen zicht op het aantal cliënten waar het om gaat en de indicaties die zij hebben. Dit bemoeilijkt het maken van contractafspraken met de zorgaanbieders;
- er is discussie tussen de gemeente en de zorgaanbieders over de manier waarop uren moeten worden verantwoord;
- er is op dit moment geen manier om productiegegevens uniform aan te leveren en te registreren. Enkele gemeenten zouden het softwarepakket van het Zorgkantoor willen gebruiken, maar krijgen hier naar eigen zeggen geen beschikking over.

4.3 Marktgedrag van zorgaanbieders

De geïnterviewde zorgaanbieders is gevraagd naar het marktgedrag dat zij hebben ingezet bij de aanbesteding en dat zij voornemens zijn in te zetten bij volgende aanbestedingen.

Gemeenten waarin is meegedongen

Alle geïnterviewde zorgaanbieders hebben in meerdere gemeenten meegedaan met de aanbesteding. Het aantal gemeenten waar zorgaanbieders hebben meegedongen varieert sterk, van 13 tot zo'n 200. Met name door het meedingen bij de aanbesteding van samenwerkingsverbanden zijn sommige zorgaanbieders in meer gemeenten gegund dan zij verwacht hadden.

Bijna alle geïnterviewde zorgaanbieders hebben meegedongen met de aanbesteding in voor hen nieuwe gemeenten. Ongeveer eenderde van de zorgaanbieders heeft niet ingeschreven bij gemeenten buiten de oude regio. Overwegingen voor zorgaanbieders om niet buiten de oude regio mee te dingen waren het concentreren van de inzet op het huidige werkgebied en het selectief inschrijven op kansrijke aanbestedingen, aangezien het meedingen in aanbestedingen veel tijd en geld kost.

Tweederde van de aanbieders heeft meedingen bij gemeenten buiten de oude regio, waarvan ongeveer de helft van de aanbieders ook heeft ingeschreven bij gemeenten buiten de huidige provincie. In bijna alle gevallen hebben zorgaanbieders gekozen voor gemeenten die aanpalend zijn aan het oude werkgebied. Hierbij overheerst de wens een niet te grote afstand te hebben tot het huidige werkgebied. Overwegingen om mee te dingen buiten de oude regio waren:

- Compenseren wat de aanbieder door de aanbesteding (mogelijk) kwijt raakt in het oude werkgebied;
- Compenseren van de verlies als gevolg van prijsdaling door uitbreiden van het aantal uren geleverde zorg;
- Wens om als aanbieder te groeien.

De strategie van aanbieders bij het meedingen in nieuwe gemeenten verschilt. Een gedeelte van de aanbieders heeft meedingen in (bijna) alle gemeenten grenzend aan het oude werkgebied. Andere aanbieders hebben de inschrijving per gemeente laten afhangen van de omvang van de opdracht en aard van de concurrentie (de 'scoringskans'). Opvallend is dat een enkele zorgaanbieder meldt met andere thuiszorgorganisaties afspraken te hebben gemaakt over de gemeenten waarin zou zouden meedingen: 'we hebben afgesproken dat de aanbieders meedingen in gemeenten waar ze al zitten, waar ze het goed doen en dat er dan gewerkt zou worden met de andere organisaties als onderaannemers'.

Concurrentie op prijs en kwaliteit

Bij de aanbesteding is door aanbieders flink geconcurrereerd op prijs. Het uurtarief waarvoor de gemeenten de hulp bij het huishouden hebben ingekocht is volgens de zorgaanbieders (erg) scherp, soms zelfs onder kostprijs. Concurrentie op kwaliteit is slechts door een gedeelte van de aanbieders genoemd. Het merendeel van de aanbieders richt zich op het behouden van de huidige kwaliteit tegen de (lagere) prijs die door gemeenten is ingekocht.

De zorgaanbieders die specifiek op kwaliteit hebben geconcurrereerd, hebben bij de aanbesteding vooral de nadruk gelegd op hun certificering. Ook hebben enkele zorgaanbieders ingezet op het verbeteren van de kwaliteit van alphahulpen, voor zover mogelijk is voor de gevraagde prijs. Hierbij gaat het met name om het vervullen van een kassiersfunctie door de zorgaanbieder. De zorgaanbieder betaalt in dit geval het loon aan de alphahulp namens de cliënt. Dit is bedoeld om de administratieve lasten van de alphahulp voor de cliënt te verminderen.

Ontwikkelen van nieuwe producten

Het merendeel van de zorgaanbieders heeft rond de aanbesteding van de hulp bij het huishouden geen nieuwe producten ontwikkeld. Een praktische reden hiervoor is dat het aanbesteden veel tijd en inzet heeft gekost. Ook moesten de oude producten worden omgezet naar het nieuwe onderscheid tussen de producten HH1 en HH2. Er was geen tijd en capaciteit beschikbaar bij zorgaanbieders om na te denken over nieuwe producten. Een meer inhoudelijke reden is dat volgens veel zorgaanbieders er geen behoefte is aan nieuwe producten. De bestaande producten voldoen ook binnen de Wmo, er is al versnippering van het bestaande product en vanuit gemeenten is ook geen vraag naar nieuwe producten.

Ondanks deze argumenten zijn enkele andere zorgaanbieders toch bezig met het ontwikkelen van nieuwe producten. Hierbij gaat het om:

- alphahulp met een coach/ondersteuner vanuit de thuiszorgorganisatie om zo zorg te dragen voor meer kwaliteit en signalering voor een lage prijs;
- alphahulp met kassiersfunctie;
- een assistent-functie voor mensen met een WWB-uitkering;
- mantelzorgondersteuning ter voorkoming van overbelasting van mantelzorgers (prestatievelid 4 in de Wmo);
- intensieve korte vorm HH, met name voor tijdelijke inzet na traumatische ervaring;
- ondersteuning-plus: preventieve ondersteuning op het gebied van voeding en beweging;
- thuiszorgapotheek: cliënten ondersteunen bij het op de juiste wijze gebruiken van medicijnen;
- ontwikkelen van nieuwe producten in samenwerking met andere zorginstellingen, zoals welzijnsorganisaties en verpleging&verzorginginstellingen (alarmering, dagactiviteiten voor ouderen, maaltijdvoorziening, vervoer).

Voornemens voor marktgedrag bij volgende aanbestedingen

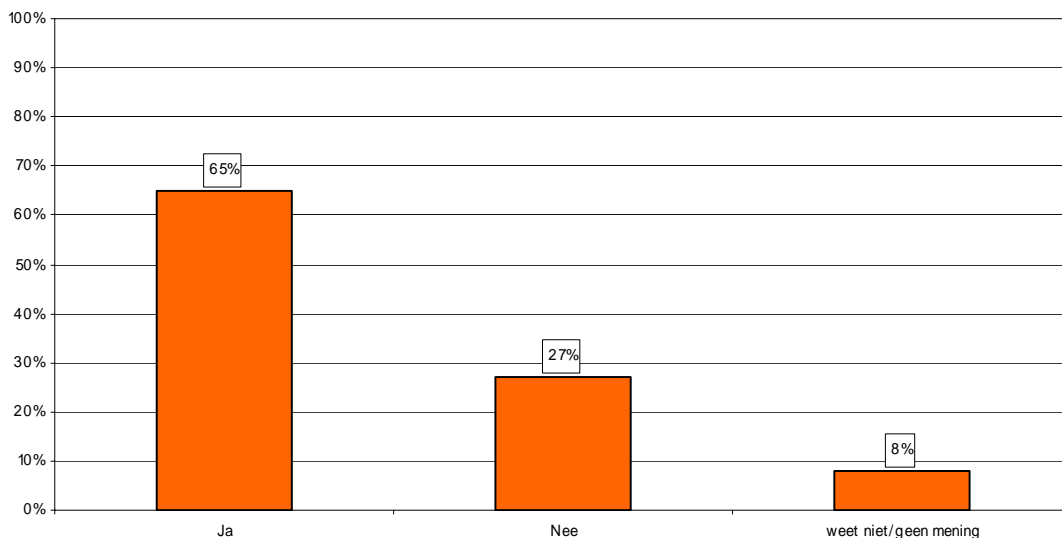
Volgens de zorgaanbieders is het bij een volgende aanbesteding niet mogelijk om te concurreren op een lagere prijs dan de prijs die nu wordt gehanteerd. Door de lagere prijs die nu is afgesproken zien veel zorgaanbieders ook weinig mogelijkheden om te concurreren op meer kwaliteit. Enkele aanbesteders stellen dat de aanbesteding hen wel bewuster heeft doen kijken naar efficiëntie en klantgerichtheid in de organisatie, bijvoorbeeld de communicatie met cliënten en het omgaan met wachtlijsten. Enkele zorgaanbieders zijn nu – als direct gevolg van de aanbesteding- bezig met certificering en het beter omschrijven van hun bedrijfsprocessen. Volgens een deel van de aanbesteders valt bij een volgende aanbesteding nog veel te winnen op het schrijven van goede teksten, het gebruiken van Wmo-termen en het aansluiten bij de denkwijze van de gemeenten. Daar was bij deze aanbesteding weinig tijd voor beschikbaar.

Een klein deel van de aanbieders denkt op dit moment na over het leggen van andere nadrukken bij een volgende aanbesteding, met name het meer inzetten op ondersteuning van cliënten bij het werkgeverschap van alphahulpen en meer inzetten op het verband tussen de Wmo en de Wet Werk en Bijstand (WWB) enerzijds en de Wmo en de AWBZ anderzijds. Volgens veel aanbieders is het nog te vroeg om concreet na te denken over een volgende aanbesteding.

4.4 Onderaanbieders

In ruim de helft van de gemeenten (65%) werken één of meerdere gecontracteerde aanbesteders volgens de gemeente met onderaanbieders. In een kwart van de gemeenten (27%) werkt volgens de gemeente geen van de gecontracteerde aanbesteders met onderaanbieders.

Figuur 4.5 Gebruik van onderaanbieders

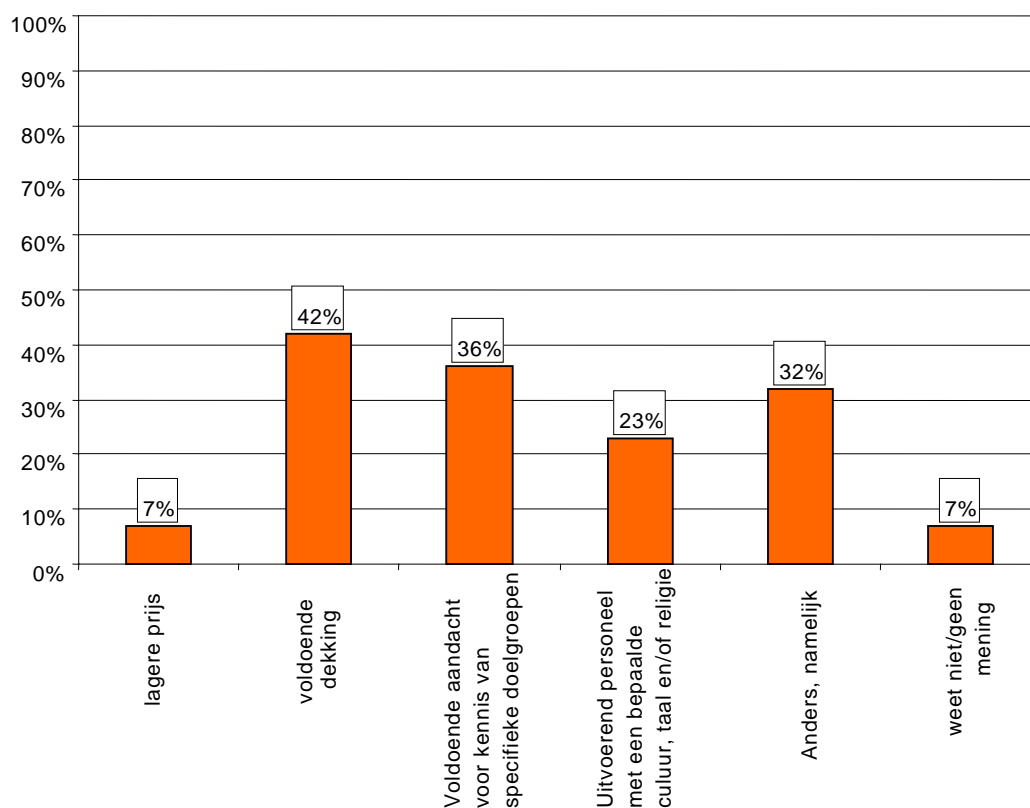


De redenen voor aanbieders om onderaanbieders te contracten lopen volgens gemeenten uiteen. Achtereenvolgens gaat het vooral om het zorgdragen voor:

- voldoende capaciteit voor de uitvoering van de werkzaamheden en/of voldoende dekking in het gehele werkgebied (42%);
- voldoende aandacht voor/kennis van specifieke doelgroepen (36%) (bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke handicap of een complexe hulpvraag);
- voldoende uitvoerend personeel met een bepaalde cultuur, taal en/of religie (23%).

Gemeenten hebben in de aanbesteding op verschillende manieren aandacht besteed aan kennis van of aandacht voor specifieke doelgroepen. Dit aspect is door een gedeelte van de gemeenten opgenomen als kwaliteitseis of als selectiecriteria in het bestek. Uitvoerend personeel met kennis van een vreemde taal en cultuur is eveneens door een deel van de gemeenten als kwaliteitseis benoemd in het bestek (zie figuur 2.9).

Figuur 4.6 Redenen volgens gemeenten om onderaannemers te contracteren



Andere redenen die door gemeenten en zorgaanbieders zijn genoemd voor het gebruik van onderaannemers:

- zorgdragen dat de cliënt de oude hulpverlener kan behouden;
- contracteren van een onderaannemers voor een product dat de aanbieder zelf niet levert, met name schoonmaakwerk en nachtzorg;
- intramurale instellingen de mogelijkheid bieden een integraal pakket te bieden, ook bij een woonzorgcomplex of aanleunwoningen;
- verankering in de regio van nieuwe aanbieders door samenwerking met een oude aanbieder als onderaannemer;
- het behouden van bestaande samenwerkingsrelaties tussen aanbieders in de regio;
- het behouden van kleine lokale aanbieders (dit is in sommige gevallen ook een politieke wens).

De onderaannemers zijn vaak aanbieders die aan de aanbesteding hebben meegedaan en niet gegund zijn. Kleine lokale aanbieders hebben er ook wel voor gekozen niet mee te doen aan de gunning omdat ze hun scoringskans klein achtten of omdat ze niet werkzaam zijn in het hele werkgebied dat in een perceel werd aanbesteed. Deze kleine aanbieders zoeken aansluiting als onderaannemer bij grotere aanbieders. Een enkele aanbieder noemt de verantwoordelijkheid voor onderaannemers die de aanbieder heeft naar de gemeente toe als reden om het aantal onderaannemers te beperken.

Opvallend is dat er onduidelijkheid bestaat bij een gedeelte van de gemeenten en aanbieders over de vraag of gemeenten het werken met onderaannemers mogen verbieden. Deze onduidelijkheid lijkt te zijn ontstaan door een fout in het eerste modelbestek. Eén geïnterviewde gemeente heeft het bestek aangepast nadat een zorgaanbieder erop had gewezen dat het verbod op onderaannemers dat in het bestek was opgenomen in strijd zou zijn met jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie. Een andere geïnterviewde gemeente heeft een verbod op het werken met onderaannemers nog wel in het bestek staan. Het merendeel van de gemeenten en aanbieders benadrukt dat het werken met onderaannemers een keuze is van de aanbieders, waar gemeenten geen invloed op hebben.

4.5 Uurtarief voor hulp bij het huishouden

De geïnterviewde gemeenten is gevraagd naar het uurtarief waarvoor zij de verschillende vormen van hulp bij het huishouden die zij onderscheiden, hebben ingekocht. Hierbij moet worden opgemerkt dat de inhoud van de producten kan verschillen tussen gemeenten (paragraaf 2.4). Gemeenten verschillen in de manier waarop het uurtarief tot stand is gekomen. Een gedeelte van de gemeenten hanteert een vaste prijs. Deze is vastgesteld op het oude tarief of iets daaronder, meestal op basis van een politieke keuze. De overweging om een lagere prijs te hanteren dan het oude tarief is bezorgdheid dat de gemeente bij een hogere prijs aan het eind van het jaar niet uitkomt met het vastgestelde budget.

In gemeenten die een vaste prijs hanteren, ontvangen de gegunde aanbieders voor hetzelfde product hetzelfde uurtarief. In andere gemeenten ontvangen verschillende aanbieders voor hetzelfde product andere uurtarieven, afhankelijk van het tarief waarop zij hebben ingeschreven bij de aanbesteding.

Het uurtarief voor HH1 ligt in het merendeel van de geïnterviewde gemeenten tussen 14 en 15,50 euro. Enkele gemeenten hanteren een hoger uurtarief met euro 18,50 als maximum. Het uurtarief voor HH2 varieert tussen 20 en 23 euro met als maximum euro 24,50. Sommige gemeenten hanteren een gemiddelde prijs voor HH1 en HH2. Deze prijs ligt gemiddeld tussen 17 en 19 euro. Het is vervolgens aan de aanbieder om met deze prijs uit te komen met de verhouding HH1 en HH2 die hij in de praktijk levert.

Slechts enkele gemeenten konden een uurtarief noemen voor HH3. Slechts eenderde van de gemeenten onderscheidt het product HH3 in het bestek (paragraaf 2.4). De uurtarieven die door de gemeenten in de case studies zijn genoemd variëren tussen 21 en 25 euro. Een enkele gemeente heeft gekozen voor een integraal tarief voor HH2 en HH3 of voor HH1, HH2 en HH3.

Tabel 4.4 Uurtarief in euro's per product HH op basis van de case studies

Uurtarief (in euro)	HH1	HH2	HH3
	14 - 18,50	20 - 24,50	21 - 25

In 2006 werd er in de AWBZ onderscheid gemaakt tussen huishoudelijke verzorging 1 (HV1) en huishoudelijke verzorging 2 (HV2). Huishoudelijke verzorging 1 bestond uit schoonmaakwerkzaamheden, die werden uitgevoerd door een thuiszorgmedewerker A in dienst van de zorgaanbieder of door een alphahulp. Huishoudelijke verzorging 2 bestond uit schoonmaakwerkzaamheden plus ondersteuning bij het organiseren van het huishouden.

Huishoudelijke verzorging 2 werd geleverd door een zorgverlener die in dienst was van de thuiszorgorganisatie. Het (maximum) CTG tarief voor HV1 was in 2006 euro 15,20 en voor HV2 euro 24,30. Het gemiddelde tarief voor HH1 in de case studies ligt iets onder de maximale CTG tarief in 2006. Het verschil tussen het gemiddelde tarief voor HH2 in de case studies en het maximale CTG tarief in 2006 is groter. Opvallend is dat het hoogste tarief voor HH1 dat door gemeenten in de case studies is genoemd ruim boven het oude maximale CTG tarief voor HV1 ligt. Het verschil tussen het hoogst genoemde tarief voor HH2 en het oude maximale CTG tarief voor HV2 is relatief klein.

Tarief voor PGB

Een gedeelte van de gemeenten geeft cliënten die kiezen voor een PGB 75% tot 80% van het uurtarief voor zorg in natura. Deze keuze sluit aan bij de 75%-norm die door het CIZ in 2006 werd gehanteerd. Het aantal gemeenten dat kiest voor een lager PGB-tarief kan op basis van de onderzoeksresultaten niet worden vastgesteld, omdat deze vraag in een later stadium aan het onderzoek is toegevoegd.

Om dezelfde reden is slechts ongeveer eenderde van de geïnterviewde cliëntenorganisaties gevraagd naar hun mening over het gebruik van een lager PGB-tarief door gemeenten. Twee cliëntenorganisaties wijzen erop dat in de praktijk cliënten voor het PGB dat zij ontvangen moeilijk zorg zouden kunnen inkopen bij aanbieders, met name als de cliënt van dit bedrag ook administratieve ondersteuning bij het PGB moet betalen. De cliënt heeft in dit geval volgens de cliëntenorganisaties geen echte keuzevrijheid van zorgaanbieder meer, maar moet kiezen voor de goedkoopste aanbieder.

4.6 Relatie geïndiceerde en geleverde hulp

Met de verantwoordelijkheid voor de hulp bij het huishouden hebben gemeenten per 1 januari 2007 ook de verantwoordelijkheid gekregen voor de indicaties voor deze hulp. Bij de geraadpleegde gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties bestaat de indruk dat zich vanaf de overheveling een ontwikkeling voordoet waarbij, in vergelijking met de voorgaande jaren, relatief veel HH1 en relatief weinig HH2 wordt geïndiceerd.

Om de achtergronden bij deze veronderstelde verschuiving in kaart te brengen is een groepsgesprek gevoerd met 15 (grotendeel case studie) gemeenten. Bij dit groepsgesprek waren het Ministerie van VWS, de VNG en het CIZ aanwezig. In aanvulling op het groepsgesprek is een kort telefonisch interview uitgevoerd met het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

Mogelijke verschuiving in indicaties en manier waarop de indicaties worden uitgevoerd

Voor 1 januari 2007 werden cliënten geïndiceerd voor de AWBZ-functie huishoudelijke verzorging (HV). Huishoudelijke verzorging (HV) was een aanspraak zonder differentiatie. Dit wil zeggen dat bij de indicatie geen onderscheid werd gemaakt tussen HV1 en HV2. Wel werden door het CIZ activiteiten aangegeven waarvoor de cliënt huishoudelijke verzorging nodig had. Op basis van de activiteiten die bij de indicaties zijn opgenomen, heeft het CIZ achteraf de verhouding tussen geïndiceerde HV1 en HV2 vastgesteld.

Volgens het CIZ is de verhouding van de indicaties voor huishoudelijke verzorging in 2006 85% HV1 en 15% HV2. Het CIZ en het overgrote deel van de gemeenten zien geen ver-

schuiving in de indicaties wanneer deze percentages van het CIZ worden vergeleken met de indicaties in de eerste twee maanden van 2007.

Gemeenten hebben de indicatiestelling op drie verschillende manieren vormgegeven:

- 1 Gemeenten indiceren voor alle aanvragen zelf;
- 2 Gemeenten indiceren eenvoudige aanvragen zelf en laten het CIZ indiceren voor meer complexe aanvragen, met name wanneer de cliënt tevens AWBZ-zorg ontvangt en/of wanneer het protocol Gebruikelijke Zorg moet worden toegepast;
- 3 Gemeenten laten het CIZ indiceren.

Het merendeel van de aanwezige gemeenten die zelf indiceren gebruikt hierbij de beslismomen van het CIZ. Drie van de aanwezige case studie gemeenten heeft een eigen beslissboom ontwikkeld. De overweging om dit te doen is dat volgens de gemeenten de beslissboom van het CIZ teveel uitwerpen geeft, dat wil zeggen dat het aandeel cliënten dat niet wordt geïndiceerd voor enige vorm van hulp bij het huishouden volgens deze gemeenten te hoog is. De manier waarop wordt geïndiceerd in de gemeenten lijkt – zo blijkt althans uit het groepsgesprek- geen invloed te hebben op de verhouding tussen indicaties HH1 en HH2.

Voor de invoering van de Wmo hadden zorgaanbieders in de case studie gemeenten de mogelijkheid om zelf (her)indicaties uit te voeren door middel van het gebruik van een standaard indicatieprotocol (SIP) van het CIZ. Geen van de case studie gemeenten wil de gecontracteerd zorgaanbieders deze mogelijkheid nog geven.

Verskil in voorgaande jaren tussen geïndiceerde HV en geleverde HV

In 2006 was er een opvallend verschil tussen de verhouding geïndiceerde huishoudelijke verzorging (85% HV1 en 15% HV2: cijfers verstrekt door het CIZ) en de verhouding geleverde huishoudelijke verzorging (20-30% HV1 en 70-80% HV2: gegevens mondeling verstrekt door gemeenten op basis van door het zorgkantoor aangeleverde bestanden).

De gemeenten en het CVZ beschrijven dat in de praktijk de zorgaanbieder, in overleg met het zorgkantoor, bepaalde wat verantwoorde zorg inhield. Daarbij was de zorgaanbieder niet gehouden aan de activiteiten die door het CIZ zijn aangegeven op de indicatie. Dit bood de zorgaanbieder ruimte om naar eigen inzicht personeel in te zetten. Het CVZ heeft geen gegevens of en in welke mate zorgaanbieders andere (zwaardere) activiteiten zouden hebben geboden dan was aangegeven op de indicatie, maar onderschrijft de mogelijkheid en waarschijnlijkheid van deze verklaring voor de huidige geconstateerde verschuivingen.

Redenen voor deze verschuiving door zorgaanbieders volgens gemeenten waren:

- De zorgaanbieder ziet dat de cliënt in de praktijk meer (zwaardere) activiteiten nodig heeft dan is aangegeven op de indicatie, met name (lichte) ondersteuning bij het huishouden;
- HV1 werd in de praktijk vaak geleverd door een alphahulp, HV2 werd geleverd door een medewerker in loondienst bij de thuiszorgorganisatie. Indien een cliënt ook andere vormen van AWBZ-zorg ontvangt, geeft de zorgaanbieder er om bedrijfstechnische redenen de voorkeur aan de huishoudelijke verzorging eveneens te laten leveren door een medewerker in loondienst;
- Zorgaanbieders hebben een personeelsbestand dat voor een deel bestaat uit hoger opgeleide medewerkers voor HV2. Het zorgkantoor en zorgaanbieders maakten inkoopafspraken die aansloten bij het personeelsbestand van de zorgaanbieders.

Het verschil zit volgens de gemeenten in de vertaalslag tussen de geïndiceerde zorg en de zorg die geleverd dient te worden door de zorgaanbieder. In het contract met de zorgaanbieders is opgenomen dat de zorgaanbieder de geïndiceerde hulp dient te leveren. De inhoud van het product HH waarvoor de cliënt is geïndiceerd staat eveneens beschreven. De zorgaanbieder zou juridisch gezien het product HH moeten leveren zoals dat beschreven is tegen het uurtarief dat is overeengekomen in het contract tussen de gemeenten en de aanbieder. In het merendeel van de aanwezige gemeenten verzetten één of meerdere zorgaanbieders zich tegen de nieuwe situatie.

Gevolgen van de veranderde situatie

Zorgaanbieders hebben de uurtarieven, waarvoor zij hebben ingeschreven bij de aanbesteding, mede gebaseerd op de verhouding van geleverde HV1 en HV2 in voorgaande jaren. Nu gemeenten verantwoordelijk zijn voor de hulp bij het huishouden willen zij dat zorgaanbieders het product HH leveren waarvoor de cliënt is geïndiceerd. Hoewel de verhouding van indicaties niet is veranderd, is de verhouding van geleverde zorg wel veranderd.

Gevolgen voor de cliënt

Een belangrijk onderscheid tussen HH1 en HH2 voor cliënten is dat HH1 is vaak geleverd wordt door een alphahulp waarvoor de cliënt het werkgeverschap dient te vervullen en dat HH2 geleverd wordt door een medewerker die in loondienst is bij de zorgaanbieder. Het werkgeverschap en de kassiersfunctie die hierbij hoort (inclusief het vooruitbetalen van het loon van de alphahulp) kan volgens gemeenten niet door alle cliënten worden vervuld. Opvallend is dat zorgaanbieders voor HH1 geen thuiszorgmedewerker A inzetten maar een alphahulp, ook in een enkele case studie gemeenten die in het bestek opleidingseisen heeft gesteld aan de zorgverlener die HH1 levert.

Cliënten merken gevolgen van de ontstane situatie op het moment dat zijn worden geherïndiceerd, maar soms ook daarvoor al. Enkele zorgaanbieders zijn volgens gemeenten in december 2006 al begonnen met het 'terugzetten' van cliënten die HV1 waren geïndiceerd van HV2 naar HV1. Gemeenten worden hierop door cliënten aangesproken. Op het moment dat een cliënt wordt geherïndiceerd, krijgt de cliënt vervolgens het product HH waarvoor hij of zij is geïndiceerd. Indien dit HH1 is krijgt een cliënt vaak een alphahulp en niet meer de thuiszorgmedewerker die de cliënt gewend was omdat de zorgaanbieder in het verleden HV2 inzette.

Bij herindicaties door gemeenten moet als nuance worden opgemerkt dat gemeenten hierbij gebruik dienen te maken van het protocol 'gebruikelijke zorg', dat in de loop van 2005 is ingevoerd. Het gebruik van het protocol 'gebruikelijke zorg' heeft invloed op het type hulp en het aantal uren hulp waarvoor een cliënt wordt geïndiceerd.

Gevolgen voor (het personeel van) de zorgaanbieder

Volgens zorgaanbieders heeft de veranderde situatie grote financiële en personele consequenties. Zorgaanbieders zouden duurdere, hoger opgeleide medewerkers in loondienst moeten ontslaan omdat minder HH2 wordt geleverd en goedkopere alphahulpen zonder vast dienstverband moeten aantrekken om meer HH1 te leveren. De (mogelijke) personele consequenties (ontslagen en minder contracturen voor medewerkers) van deze situaties leiden volgens de gemeenten op dit moment tot onzekerheid bij het personeel van zorgaanbieders, tot uitstroom van medewerkers uit de thuiszorg naar andere sectoren en tot maatschappelijke onrust.

De stemming tussen gemeenten en zorgaanbieders wordt door het merendeel van de gemeenten omschreven als lastig en soms ook grimmig. Zorgaanbieders leggen het probleem van personele consequenties als gevolg van een verschuiving in de geleverde zorg neer bij gemeenten. Het merendeel van de gemeenten voelt een (grote) verantwoordelijkheid ten opzichte van het personeel van de zorgaanbieders. Gemeenten hechten er belang aan om ontslagen te voorkomen, mede omdat ze vrezen dat deze medewerkers uiteindelijk in een WWB-uitkering terecht komen. Ook willen gemeenten dat met name hoger opgeleide thuiszorgmedewerkers worden behouden voor de zorgsector. Enkele gemeenten benadrukken tevens het belang dat zij hechten aan het behouden van een zorgaanbieder voor hun regio (behouden zorginfrastructuur). Gemeenten verwachten tevens dat er een tekort zal zijn aan beschikbare alfa-hulpen om HH1 te leveren.

Gemeenten zoeken naar mogelijke oplossingsrichtingen

Meerdere gemeenten zoeken naar een manier om de zorgaanbieders tijdelijk tegemoet te komen om zo ontslagen te voorkomen. Volgens een enkele gemeente is een mogelijke oplossing het bepalen van een gemiddeld tarief tussen het tarief voor HH1 en HH2, voor een overgangsjaar of voor de duur van de contracten die nu met aanbieders zijn afgesloten. Een andere oplossing is het hanteren van een overgangstarief voor overgangsccliënten dat hoger ligt dan het nu overeengekomen uurtarief voor HH1, eventueel oplopende tot het uurtarief voor HH2.

Eén regio heeft reeds afspraken gemaakt met de gecontracteerde zorgaanbieders. De zorgaanbieders leveren en krijgen betaald voor de vorm van hulp die de cliënt voorheen ontving totdat de indicatie van een cliënt is verlopen en de cliënt is geherïndiceerd. Hiermee wordt volgens de gemeente een geleidelijke overgang gecreëerd waardoor zorgaanbieders tijd hebben om hun personeelsbestand aan te passen aan de nieuwe situatie, bijvoorbeeld thuiszorgmedewerkers op te leiden voor het leveren van AWBZ-zorg. Deze ingreep is mogelijk omdat er in deze gemeente geen aanbieders buiten de aanbesteding zijn gevallen.

Een nadeel van het nu 'repareren' van de ontstane situatie door gemeenten is dat er mogelijk aanbieders zijn die niet hebben meegedaan aan de aanbesteding omdat ze verwachtten de gevraagde HH niet voor de gevraagde prijs te kunnen leveren of aanbieders die niet zijn gegund omdat zij een hogere prijs hebben geoffreerd. Het (tijdelijk) aanpassen van het geboden tarief voor de geleverde zorg is niet conform de aanbestedingsafspraken en daardoor juridisch aanvechtbaar.

Gemeenten merken op het 'repareren' van de ontstane situatie voor hen financiële gevolgen zal hebben en dat, als zij als ze hiervoor kiezen, het overgedragen budget voor de hulp bij het huishouden niet toereikend zal zijn. Een aantal gemeenten ziet echter het voorkomen van personele consequenties bij de zorgaanbieders als een belangrijkere verantwoordelijkheid dan het voorkomen van een negatief saldo voor de gemeente.

Hiernaast wordt door gemeenten aangestipt dat op dit moment er geen goed instrument voor handen is om te bepalen of cliënten in staat zijn HH1 te ontvangen van een alfa-hulp. De huidige beslisboom van het CIZ is hiervoor niet geschikt. Volgens het CIZ en een deel van de gemeenten zou een lijst met contra-indicaties voor de inzet van een alfa-hulp gemaakt moeten worden.

Contra-indicaties op deze lijst zouden ondermeer kunnen zijn:

- niet in staat zijn de werkgeversrol te vervullen/geen regie kunnen voeren;
- voortdurend hulp bij het huishouden nodig hebben;
- het ontvangen van AWBZ-zorg;
- niet in staat zijn de kassiersfunctie te vervullen (b.v. een cliënt die een uitkering ontvangt en/of het bestaan van schulden).

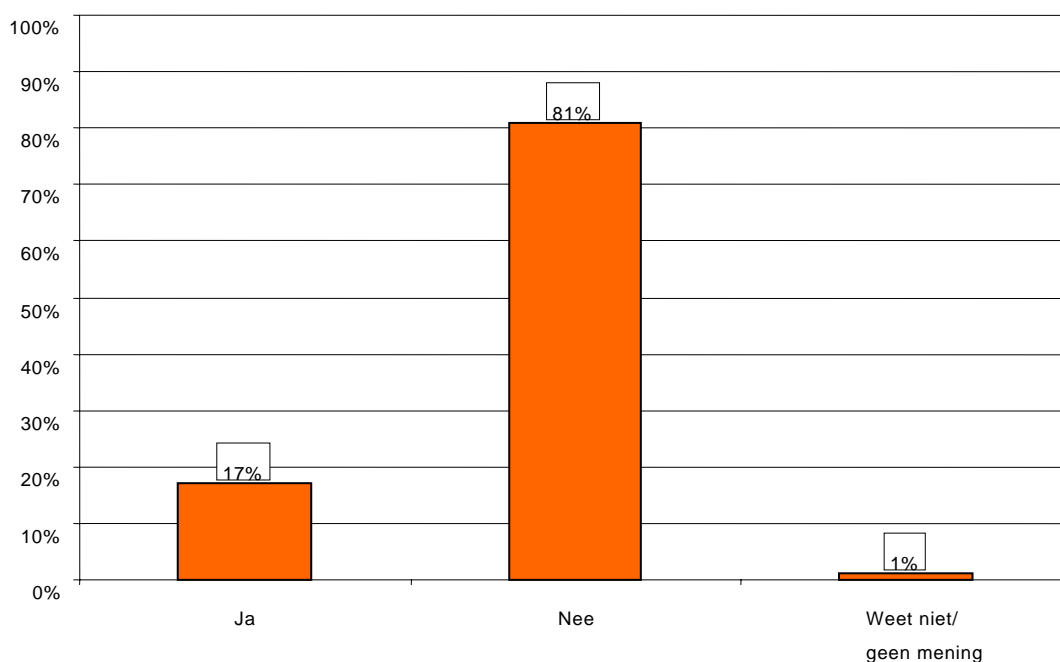
Bij een volgende aanbesteding zouden deze contra-indicaties kunnen worden opgenomen in de beslisboom, en volgens sommige gemeenten in het bestek, met de voorwaarde dat de zorgaanbieder in deze gevallen een medewerker in loondienst inzet voor het leveren van HH1. De bezwaren tegen het inzetten van een alphahulp zouden tevens kunnen ondervangen in de afspraken die in het contract worden gemaakt met de zorgaanbieder.

Door enkele gemeenten wordt opgemerkt dat voor het uurtarief waarvoor door sommige gemeenten in deze aanbesteding HH1 ingekocht niet van de zorgaanbieder zou kunnen worden gevraagd om een medewerker in loondienst in te zetten. Volgens een andere gemeente ligt de verantwoordelijkheid voor het voldoen aan de kwaliteitseisen in het bestek, voor de prijs waarmee de zorgaanbieder heeft meegedaan aan de aanbesteding, bij de zorgaanbieder.

4.7 Kort geding

In bijna één op de vijf gemeenten (17%) waar de gunning is afgerond, is door een zorgaanbieder een kort geding aangespannen tegen de gunning of wordt een kort geding verwacht.

Figuur 4.7 Kort geding aangespannen tegen de gunning of verwacht



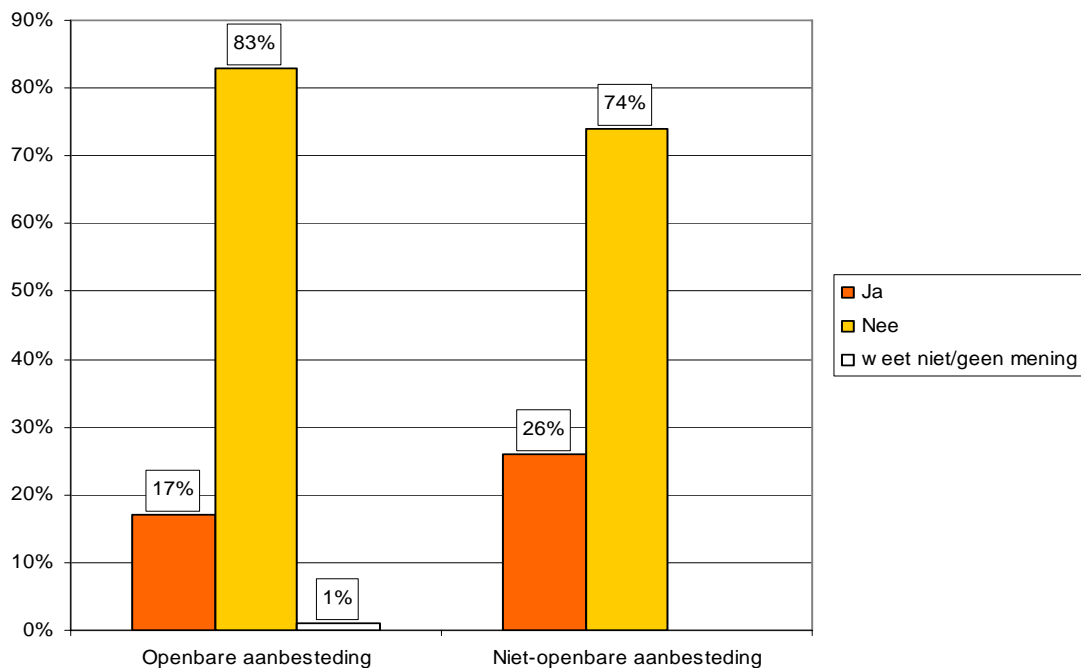
Op basis van dit onderzoek kan niet worden vastgesteld wat de uitslag van het kort geding in gemeenten is. Uit gegevens van het Ministerie van VWS uit december 2006 blijkt dat van de 24 gemeenten die op dat moment een kort geding hadden gehad, vier gemeenten het kort geding hebben gewonnen en drie gemeenten het kort geding hebben verloren.

In de case studies zijn vier gemeenten geïnterviewd waar een kort geding tegen de gunning is aangespannen. Uit de interviews met gemeenten en zorgaanbieders in de case studies blijkt dat enkele gemeenten de aanbestedingsprocedure hebben stopgezet op het moment dat een kort geding dreigde en de gemeenten het kort geding van de zorgaanbieder kansrijk achten. Ook is het voorgekomen dat een kort geding door de aanbieder werd teruggetrokken.

Wanneer een kort geding werd aanspannen of de aanbestedingsprocedure bij dreiging van een kort geding door de gemeente is stopgezet, heeft dit geleid tot vertraging en extra tijdsinzet door gemeenten. Als het kort geding door de gemeente is verloren wordt de aanbestedingsprocedure overnieuw gedaan. Indien nodig wordt een overgangsregeling met de oude aanbidders afgesproken.

Wanneer gemeenten met een openbare of een niet-openbare aanbesteding worden vergeleken op het voorkomen van kort geding is een verschil te zien. Bij gemeenten die hebben gekozen voor een openbare aanbesteding is bij één op de zes gemeenten (17%) een kort geding tegen de gunning aangespannen. Bij gemeenten die hebben gekozen voor een niet-openbare aanbesteding geldt dit voor één op de vier gemeenten (26%). Dit verschil is echter niet statistisch significant.

Figuur 4.8 Kort geding aangespannen of verwacht bij een openbare of niet-openbare aanbesteding



4.8 Tevredenheid over het resultaat van de aanbesteding

De geïnterviewde gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties is gevraagd wat hun verwachtingen en eerste ervaringen zijn wat betreft:

- de prijs en de kwaliteit van de hulp bij het huishouden;
- eventuele onbedoelde effecten van de aanbesteding.

Gemeenten en cliëntenorganisaties zijn tevens gevraagd naar de gevolgen van de aanbesteding voor de keuzevrijheid van cliënten. Gemeenten en zorgaanbieders zijn tevens gevraagd naar hun verwachtingen en eerste ervaringen met personele gevolgen van de aanbesteding.

Prijs en kwaliteit van de hulp bij het huishouden

Gemeenten

Gemeenten zijn over het algemeen tevreden over de afgesproken prijs-kwaliteitverhouding. Een aantal geïnterviewde gemeenten is bij de aanbesteding uitgekomen op een hogere prijs dan het oude tarief. Het merendeel van deze gemeenten is voornemens bij een volgende aanbesteding een vaste maximale prijs te hanteren.

Het streven van de gemeenten was bij de aanbesteding dezelfde kwaliteit in te kopen voor de hulp bij het huishouden als voorgaande jaren werd geboden. Gemeenten kunnen op dit moment nog niet beoordelen of deze kwaliteit ook geleverd wordt door de gecontracteerde aanbieders.

Aan de ene kant vertrouwen gemeenten op de kwaliteitseisen die ze hebben gesteld in het bestek. Aan de andere kant zijn gemeenten kritisch afwachtend, met name tegenover aanbieders die voor een relatief laag tarief hebben ingeschreven. Gemeenten hebben op dit moment nog geen klachten ontvangen over de kwaliteit van de geleverd hulp bij het huishouden.

Zorgaanbieders

Zorgaanbieders zijn in het algemeen van mening dat gemeenten te hoge kwaliteitseisen stellen tegen een te lage prijs. De verhouding tussen prijs en kwaliteit is volgens veel aanbieders niet realistisch. Een gedeelte van de aanbieders werkt naar eigen zeggen onder kostprijs. Zorgaanbieders verwachten dat in de komende jaren met name kleinere zorgaanbieders zullen 'omvallen'. Enkele zorgaanbieders omschrijven als positief effect van de aanbesteding dat de organisatie extra kritisch naar zichzelf gaat kijken. Hierbij gaat het vooral om efficiëntie in de organisatie, het communiceren bij cliënten en het verkopen van het eigen product.

Cliëntenorganisaties

Cliëntenorganisaties kunnen op dit moment nog geen uitspraak doen over de kwaliteit van de hulp bij het huishouden als resultaat van de aanbesteding. Ze benadrukken het belang van evaluatie van de (kwaliteit van) de geleverde hulp bij het huishouden gedurende het jaar. Klanttevredenheidsonderzoeken zijn hiervoor een belangrijk instrument. Gemeenten zouden echter ook moeten investeren in praktijkcontroles en 'mystery shopping'.

Ten aanzien van de kwaliteit van de hulp bij het huishouden uiten cliëntenorganisaties hun zorg over de lagere (her)indicaties die met ingang van dit jaar naar hun idee worden afgegeven. Cliëntenorganisaties vrezen dat hierdoor de kwaliteit voor cliënten vermindert, de signaleringsfunctie verdwijnt en dat meer beroep zal worden gedaan op vrijwilligers en

mantelzorgers. De belasting van vrijwilligers en mantelzorgers dient in de optiek van cliëntenorganisaties te worden gemonitord.

Keuzevrijheid voor cliënten

Gemeenten

Gemeenten zijn tevreden over de keuzevrijheid voor cliënten die bereikt is door het contracteren van meerdere zorgaanbieders. Het aantal zorgaanbieders waaruit cliënten kunnen kiezen is in de geïnterviewde gemeenten (veel) groter geworden of gelijk gebleven. Volgens enkele gemeenten had het Zorgkantoor in het verleden een (te) sturende rol bij de keuze voor de zorgaanbieder. Enkele gemeenten relativeren het belang van keuzevrijheid, omdat cliënten volgens hen het vooral belangrijk vinden dat ze bij hun huidige zorgaanbieder kunnen blijven.

Cliëntenorganisaties

Cliëntenorganisaties zijn tevreden over de keuzevrijheid voor cliënten. Een aandachtspunt is het overzichtelijk presenteren van de gecontracteerde zorgaanbieders zodat cliënten weten waar ze uit kunnen kiezen. Een enkele cliëntenorganisatie relativeert het belang van een groot aantal zorgaanbieders om uit te kiezen. Volgens deze cliëntenorganisatie is een aantal van zo'n vijf of zes zorgaanbieders voor cliënten voldoende.

Personele gevolgen

Gemeenten

Gemeenten hebben nog geen zicht op de mogelijke personele gevolgen van de aanbesteding. In gemeenten waar een oude aanbieder niet is gegund is, is deze vaak als onderaannemer gaan werken voor een aanbieder die wel gegund is of personeel overgenomen door een aanbieder die wel gegund is. Gemeenten zien hier (nog) geen grote problemen. Wel zijn gemeenten afwachtend naar eventuele personele gevolgen van een verschuiving van HH2 naar HH1. Op basis van berichten van zorgaanbieders vrezen gemeenten ontslagen van hogeropgeleide thuiszorgmedewerkers en een mogelijk tekort aan alphahulpen.

Zorgaanbieders

Zorgaanbieders die niet zijn gecontracteerd in hun oude gemeente(n) ervaren nu of verwachten op korte termijn personele gevolgen voor hun organisatie. Het merendeel van deze zorgaanbieders heeft de tijdelijke contracten van medewerkers niet verlengd. Een gedeelte van de aanbieders heeft personeel overgedragen aan een aanbieder die wel is gegund. Andere zorgaanbieders werken als onderaannemer van een gecontracteerde aanbieder. Zorgaanbieders die wel zijn gecontracteerd verwachten ook personele gevolgen van de aanbesteding door de lagere tarieven die door gemeenten worden gehanteerd en vooral ook door de verwachte verschuiving van HH2 naar HH1. Zorgaanbieders vrezen dat zij dure, hoger opgeleide medewerkers in loondienst moeten ontslaan. Enkele zorgaanbieders vrezen dat er niet voldoende alphahulpen beschikbaar zullen zijn.

Onbedoelde effecten van de aanbesteding

Gemeenten

- De verwachting is dat meer cliënten gebruik zullen maken van een PGB. Aanbieders die niet gegund zijn roepen hun cliënten op een PGB te nemen en bieden hier regelmatig administratieve ondersteuning bij aan;
- De verhoudingen tussen sommige gemeente en aanbieders in hun regio zijn door de aanbesteding belast. Enkele gemeenten vrezen dat dit mogelijk negatieve gevolgen heeft voor de samenwerking tussen de gemeenten en aanbieders die in de regio actief zijn in wonen-welzijn-zorgprojecten, maar niet zijn gecontracteerd;
- Gemeenten verwachten dat het contractbeheer met alle gecontracteerde aanbieders een complexe en tijdrovende taak zal zijn;
- Een deel van de gemeenten vreest aan het einde van het jaar niet uit te komen met het beschikbare budget.
- Enkele gemeenten melden problemen bij het CAK rond het innen van de eigen bijdragen van cliënten.

Zorgaanbieders

- Door de aanbesteding hebben aanbieders kansen gekregen om werk te verkrijgen in een voor hen nieuwe regio;
- Zorgaanbieders verwachten negatieve financiële en personele consequenties als gevolg van de verschuiving van HH2 naar HH1;
- Zorgaanbieders verwachten dat de verschillende eisen die gemeenten stellen bij het aanleveren van gegevens hen veel tijd en inzet gaat kosten;
- Algemeen effect van aanbesteden: door steeds een nieuwe aanbesteding na één of twee jaar heeft de aanbieder geen zekerheid op de langere termijn. Dit maakt het volgens enkele zorgaanbieders lastig nog te investeren in de regio;
- Een enkele zorgaanbieder verwacht dat een gedeelte van de cliënten in de praktijk niet goed zal kunnen omgaan met de administratieve lasten van een PGB en daardoor problemen zullen ontstaan.

Cliëntenorganisaties

- Enkele cliëntenorganisaties vrezen eveneens problemen bij het gebruik van PGB's door cliënten. Cliënten worden door de oude aanbieder die niet is gegund geadviseerd tot gestimuleerd om door middel van een PGB cliënt te blijven bij dezelfde aanbieder. Mogelijk zijn niet alle cliënten goed staat zijn om te gaan met de administratieve lasten van een PGB.
- Een enkele cliëntenorganisatie maakt zich zorgen over het ontwrichten van de zorg-welzijninfrastructuur in de gemeente, omdat een grote aanbieder die investeert in zorg-welzijnprojecten niet is gegund.

5 Conclusies

Algemene conclusie

In het overgrote deel van de gemeenten in Nederland is de aanbesteding en gunning van de hulp bij het huishouden afgerond. De onderzoeksresultaten tonen de eerste signalen van marktwerking. Negen van de tien gemeenten die op dit moment contracten hebben afgesloten met zorgaanbieders (89%) hebben gedeeltelijk *nieuwe aanbieders* gecontracteerd. Gemeenten komen met een mix van oude en nieuwe aanbieders (deels) tegemoet aan de *wens van cliëntenorganisaties* om de oude aanbieders te behouden. Deze wens komt voort uit de voorkeur van cliënten om dezelfde hulpverlener te behouden. De gemiddelde prijs die de geïnterviewde gemeenten betalen voor de hulp bij het huishouden ligt *lager dan het (maximale) CTG tarief voor 2006*. Enkele zorgaanbieders melden dat de aanbesteding van de hulp bij het huishouden een stimulans is om te investeren in *certificering* en opnieuw kritisch te kijken naar *efficiëntie* en *klantgerichtheid* in hun organisatie.

Bij deze resultaten kunnen enkele kanttekeningen geplaatst worden:

- De aanbesteding heeft veel tijd en inzet gevraagd van de betrokken partijen;
- Op dit moment kan nog geen uitspraak worden gedaan over de kwaliteit van de hulp in het huishouden in de praktijk;
- Onduidelijk is of de relatief lagere prijs die nu door een deel van de gemeenten wordt gehanteerd een reële prijs is;
- Zorgaanbieders verwachten in het komende jaar tot twee jaar faillissementen van met name kleinere aanbieders;
- Cliëntenorganisaties dienen bij een volgende aanbesteding meer te worden betrokken;
- Er vindt een verschuiving plaats in de relatie tussen geïndiceerde hulp en geleverde hulp. Deze verschuiving heeft gevolgen voor gemeenten, zorgaanbieders en cliënten. Gemeenten zoeken op dit moment naar mogelijke oplossingsrichtingen om (mogelijke) personele gevolgen voor zorgaanbieders te voorkomen.

Meer specifieke conclusies over inhoud, proces, resultaten en gevolgen van de aanbesteding luiden als volgt:

Inhoud van de aanbesteding

Gemeenten hebben de aanbesteding uiteenlopend vormgegeven door middel van verschillende aanbestedingsmodellen, verschillende kwaliteitseisen en verschillen in de weging van de gunningscriteria prijs en kwaliteit. Gemeenten hebben kwaliteit gemiddeld zwaarder gewogen dan prijs. Een ruime meerderheid van de gemeenten (70%) heeft gekozen voor het afsluiten van raamcontracten met de gegunde aanbieders. De contracten met zorgaanbieders zijn afgesloten voor een periode van een of twee jaar. Gemeenten hebben met name de producten HH1 en HH2 onderscheiden in hun bestek. Een deel van de gemeenten is van mening dat HH3: de hulp bij het huishouden bij een ontregelde huishouding een te zwaar product is voor de Wmo. De inhoud van producten HH met dezelfde naam verschilt tussen gemeenten.

Proces van de aanbesteding

De aanbesteding van de hulp bij het huishouden heeft vooral gemeenten en zorgaanbieders veel tijd en inzet gekost. Een belangrijk knelpunt bij de aanbesteding was de beperkte tijd die hiervoor beschikbaar was. Het aanbestedingsproces is door gemeenten verschillend er-

varen. Negen op de tien gemeenten (92%) hebben bij de aanbesteding samengewerkt met een of meerdere andere gemeente. Deze samenwerking wordt door de gemeenten over het algemeen positief gewaardeerd. Tweederde van de geïnterviewde gemeenten heeft voor de aanbesteding externe ondersteuning ingehuurd. Er was vooral behoefte aan juridische expertise over (Europese) aanbestedingsprocedures, procesbegeleiding en inhoudelijk kennis van de zorg. In een op de vijf gemeenten (17%) is door een zorgaanbieder een kort geding aangespannen tegen de gunning. Wanneer het kort geding door de gemeente is verloren, wordt de aanbestedingsprocedure opnieuw doorlopen. Cliëntenorganisaties zijn in het merendeel van de gemeenten geïnformeerd over de aanbesteding en geraadpleegd over de zaken die voor cliënten belangrijk zijn bij de hulp in het huishouden. Knelpunten voor een uitgebreide betrokkenheid van cliëntenorganisaties bij het aanbestedingsproces waren de beperkte beschikbare tijd, de complexe materie van de aanbesteding en de vrees Europese aanbestedingsregels te overtreden. De aanwezigheid van een structurele cliëntenvertegenwoordiging in gemeenten (in vorm van bijvoorbeeld een Wmo-raad of cliëntenplatform) heeft bijgedragen aan de betrokkenheid van de cliëntenorganisatie bij de aanbestedingsprocedure.

Resultaten van de aanbesteding

Ruim 80% van de Nederlandse gemeenten heeft de gunning van de hulp bij het huishouden afgerond. Wanneer de gunning niet is afgerond, heeft de gemeente zelf een overgangsafspraken gemaakt met de huidige aanbieders of gekozen voor een mandaatconstructie via het zorgkantoor. Negen van de tien gemeenten (89%) hebben een mix van oude en nieuwe aanbieders gecontracteerd. Bij het merendeel van deze gemeenten (68%) zijn één tot drie nieuwe aanbieders gecontracteerd. Slechts 2% van de gemeenten heeft alleen nieuwe aanbieders gecontracteerd. Het behouden van de oude hulpverlener was een belangrijke wens van cliënten. De grootste nieuwe aanbieders zijn met name thuiszorgorganisaties en in mindere mate aanbieders uit de sector verpleging&verzorging. Het aandeel van hulp bij het huishouden dat geleverd gaat worden door nieuwe aanbieders is in veel gemeenten nog niet bekend als gevolg van het gebruik van raamcontracten. Gemeenten die hierover wel een uitspraak kunnen geven schatten gemiddeld dat een kwart van de hulp bij het huishouden (23%) geleverd zal worden door een nieuwe aanbieder.

Gevolgen van de aanbesteding

Gemeenten zijn over het algemeen tevreden over de prijs-kwaliteitverhouding van de hulp bij het huishouden die is ingekocht. De gemiddelde prijs waarvoor de geïnterviewde gemeenten hulp bij het huishouden hebben ingekocht ligt onder het (maximale) CTG tarief voor 2006. De meest eenvoudige vorm van hulp bij het huishouden (HH1) is daarentegen door een aantal geïnterviewde gemeenten ingekocht tegen een veel hoger tarief dan het (maximale) CTG tarief voor 2006. Gemeenten zijn kritisch afwachtend ten aanzien van de kwaliteit die in de praktijk geleverd zal worden door met name aanbieders die een relatief lage prijs hanteren. Controle van zorgaanbieders op naleving van de kwaliteitseisen in het bestek door gemeenten is hierbij van belang. Zorgaanbieders zijn over het algemeen van mening dat de hulp in het huishouden door gemeenten is ingekocht tegen een te lage prijs in combinatie met (te) hoge kwaliteitseisen. De keuzevrijheid voor cliënten wat het betreft het aantal aanbieders is meestal gelijk gebleven of groter geworden. Enkele cliëntenorganisaties benadrukken het belang van toegankelijke informatie over de aanbieders waaruit de cliënt kan kiezen, bij voorkeur inclusief informatie over de klanttevredenheid. Cliëntenorganisaties hebben nog geen zicht op de gevolgen van de aanbesteding op de kwaliteit van de geleverde hulp. Gemeenten verwachten veel werk van het contractbeheer met aanbieders.

Er is op dit moment geen uniforme manier voor het aanleveren van gegevens van zorgaanbieders aan gemeenten.

Voor 1 januari 2007 werd bij de indicatie geen onderscheid gemaakt tussen HV1 en HV2. Wel werden door het CIZ activiteiten aangegeven waarvoor de cliënt huishoudelijke verzorging nodig had. Op basis van de activiteiten die bij de indicaties zijn opgenomen is achteraf de verhouding tussen geïndiceerde HV1 en HV2 vastgesteld. In 2006 was er een opvallend verschil tussen de verhouding geïndiceerde huishoudelijke verzorging HV1/HV2 en de verhouding geleverde huishoudelijke verzorging HV1/HV2. In de praktijk kon de zorgaanbieder kiezen welk type medewerker werd ingezet voor de cliënt. Dit bood de zorgaanbieder ruimte om naar eigen inzicht personeel in te zetten. In de contracten die gemeenten nu met de zorgaanbieders hebben afgesloten, is opgenomen dat de zorgaanbieder de geïndiceerde hulp dient te leveren. Zorgaanbieders en gemeenten verwachten personele consequenties van een verschuiving van geleverde hulp van HV2 naar HV1. Daarnaast pleit het CIZ en een deel van de geraadpleegde gemeenten voor het vastleggen van contra-indicaties voor de inzet van een alpha-hulp bij een cliënt.

Aanbevelingen

In het rapport zijn veel aanknopingspunten gegeven voor de betrokken partijen voor volgende aanbestedingen en voor de uitvoering van de nieuwe taak door gemeenten. Hier geven we de belangrijkste aanbevelingen voor de betrokken partijen voor een volgende aanbesteding:

Voor gemeenten:

- Begin tijdig met de voorbereiding van de volgende aanbesteding;
- Zorg voor een heldere visie op huishoudelijke verzorging en de Wmo;
- Denk na over de inhoudelijke keuzes in het bestek, ook wanneer voor de aanbesteding externe ondersteuning wordt ingehuurd;
- Zorg voor een helder en juridisch sluitend bestek, met heldere kwaliteitscriteria, gunningscriteria en weging;
- Zorg voor voldoende inzicht in de markt en de inhoud van (de verschillende producten) huishoudelijk hulp;
- Maak voldoende tijd vrij voor de aanbesteding;
- Maak vooraf duidelijke afspraken over de tijdsinzet van alle samenwerkingsgemeenten;
- Zorg voor duidelijke termijnen en heldere communicatie naar zorgaanbieders en cliëntenorganisaties;
- Betrek cliëntenorganisaties tijdig bij de aanbesteding;
- Draag zorg voor de aanwezigheid van een structureel cliëntenorgaan met een formele positie en bevoegdheden.

Voor zorgaanbieders:

- Investeer in certificering en klanttevredenheidsonderzoeken om de organisatie richting de gemeenten te onderscheiden op kwaliteit bij de aanbesteding;
- Denk na over nieuwe producten die je in het kader van de Wmo kunt aanbieden aan gemeenten.

Voor cliëntenorganisaties:

- Informeer je over de inhoud en het proces van een aanbesteding en de rol die een cliëntenorganisatie in een aanbestedingsproces kan spelen. Zorg bij een volgende aanbesteding voor een goede voorbereiding en een actieve rol in het aanbestedingsproces. Laat je niet afschrikken door het verwachte complexe of technische karakter van de aanbesteding;
- Draag zorg voor een structureel cliëntenorgaan met een duidelijke positie en vastgelegde bevoegdheden.

Voor het Implementatiebureau Wmo:

- Ontwerp een digitaal stappenplan of beslisboom voor gemeenten, waarin de keuzemogelijkheden bij de aanbesteding, de bijbehorende overwegingen en consequenties van iedere keuze op een gestructureerde manier kunnen worden doorlopen.

Research voor Beleid
Schipholweg 13-15
Postbus 985
2300 AZ Leiden
tel: 071 525 37 37
fax: 071 525 37 02
e-mail: info@research.nl
www.research.nl