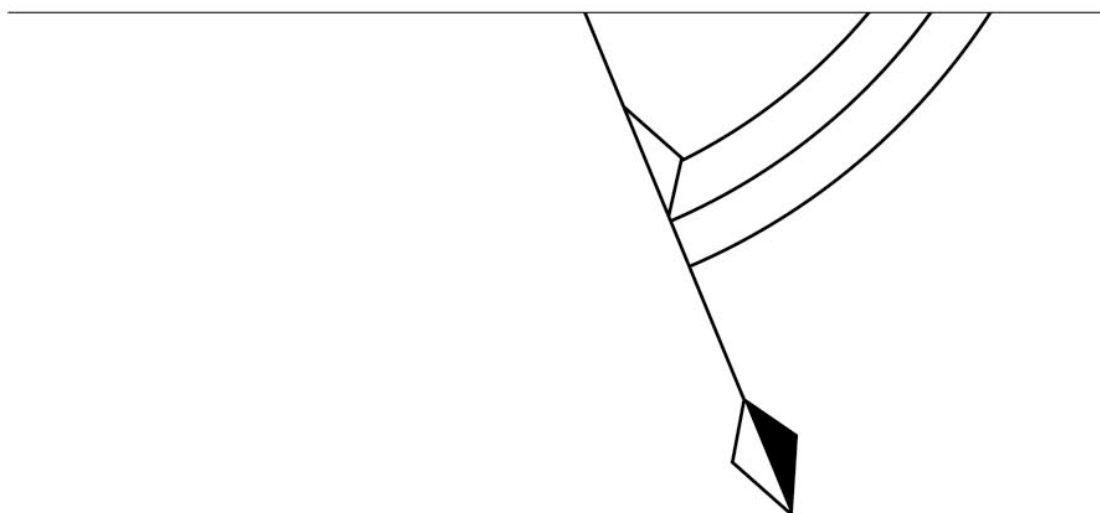


***VGN notitie***  
***zorgcontractering 2007***  
***Contracteren met zorgkantoren***

**Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland**



Bestuur & Management Consultants  
oktober 2006

# INHOUD

	INLEIDING	3
HOOFDSTUK 1	CONTRACTEREN IN EEN VERANDERENDE AWBZ	4
	1.1 De veranderende context	4
	1.2 Zorgcontractering in de AWBZ	5
	1.3 Een nieuw speelveld, nieuwe spelregels	7
HOOFDSTUK 2	AANBESTEDEN HET JURIDISCH KADER	12
	2.1 Waarom Europees aanbesteden?	12
	2.2 Recente ontwikkelingen	12
	2.3 Aanbestedingsprocedures zorgkantoren	14
	2.4 De selectie- en gunningscriteria	17
HOOFDSTUK 3	HET TIEN-STAPPENPLAN VOOR SUCCESVOL DOORLOPEN VAN DE AANBESTEDING EXTRAMURALE ZORG	19
	3.1 Het tien-stappenplan	20
	3.2 Tips en trucs	42
HOOFDSTUK 4	CONTRACTERING ZORG MET VERBLIJF/INTRAMURALE ZORG	44
	4.1 Zorgzwaartepakketten	44
	4.2 Toeslagen	45
	4.3 Uitbreiding van capaciteit	46
	4.4 Zorg-op-maatregeling	46
BIJLAGE 1	OVERZICHT II A EN II B DIENSTEN	47
BIJLAGE 2	NOTITIE CONTRACTEER- EN INKOOPBELEID, GEZAMENLIJK REFERENTIEKADER VOOR ZORGKANTOREN (ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND, AUGUSTUS 2006)	48

## ***Inleiding***

De zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg worden geconfronteerd met een snel veranderende wijze van zorgcontractering. In het afgelopen jaar is door een aantal zorgkantoren een aanbestedingsprocedure gestart voor de extramurale zorg. De verwachting is dat voor 2007 meer zorgkantoren hiervoor kiezen. De meeste zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg hebben hiermee nog weinig tot geen ervaring. Hierdoor is de kans groot dat het 'spel van aanbesteding' door de zorgaanbieders niet op de juiste wijze kan worden gespeeld en dus het beoogde resultaat niet wordt behaald.

Deze notitie gaat in op de veranderende relatie tussen het zorgkantoor en u als zorgaanbieder. BMC (Bestuur & Management Consultants) heeft hiervoor een beknopte analyse gemaakt van de context waarbinnen zorgcontracteren in de AWBZ plaatsvindt, zowel vanuit beleidsmatig als juridisch perspectief. De notitie bevat een op de inkooppraktijk van het zorgkantoor gericht plan van aanpak, waarmee u in de komende inkoopronde(s) praktische invulling kunt geven aan de aanbestedingsprocedure voor de extramurale zorg. In het laatste hoofdstuk wordt ingegaan op de contractering van intramurale zorg.

### **Gevolgdewerkwijze**

Voor het opstellen van deze handleiding zijn door BMC relevante documenten bestudeerd. In het bijzonder (beleids)notities van de VGN. Enkele leden van de Adviescommissie Financieel Economische Aangelegenheden (AFEA) zijn geïnterviewd over hun ervaringen met de inkoop van zorg door het zorgkantoor. Welke lessen kunnen daaruit getrokken worden, hoe gaat de zorgcontractering zich verder ontwikkelen, wat zijn belangrijke onderwerpen die bij de zorgcontractering niet uit het oog verloren mogen worden, do's en dont's bij zorgcontractering, et cetera.

De eerste concepten van deze notitie zijn gemaild naar een aantal leden en het bureau van de VGN voor commentaar. Dit commentaar is verwerkt in deze notitie.

# Hoofdstuk 1

## Contracteren in een veranderende AWBZ

### 1.1 De veranderende context

#### *Oude wereld*

In de oude wereld vond zorgcontractering van zorgaanbieders in de AWBZ plaats op basis van vergunningen (erkenningen, later toelatingen) door het verbindingskantoor. Voor zowel het verbindingskantoor als de zorgaanbieders ontbrak daarbij de ruimte om afwijkende afspraken te maken. Nieuwe budgettaire ruimte was altijd gekoppeld aan capaciteitsplaatsen (huisvesting), capaciteit die in de praktijk slechts mondjesmaat werd toebedeeld. In die tijd waren de wachtlijsten en wachttijden voor zorg erg lang. Capaciteitsverdeling was gebaseerd op normatieve capaciteitsgrondslagen, hetgeen leidde tot landelijke herallocatie van capaciteit over de regio's. Dit gold tot en met 2000, toen kwam de wachtlijstaanpak in de gehandicaptenzorg en is het beginsel van boter-bij-de-vis geïntroduceerd. Vanaf dat moment werd de zorgbehoefte van cliënten leidend voor de ontwikkeling van het zorgaanbod. In 2005 is het taakstellend budgettair regiokader ingevoerd en daarmee werden er wederom grenzen gesteld aan de uitbreiding van het zorgaanbod.

#### *Nieuwe wereld*

Momenteel zit de zorgsector in een overgangsfase naar een andere, nieuwe wereld. Daartoe wordt in het kader van het project Modernisering AWBZ stap voor stap een vorm van gereguleerde marktwerking ingevoerd.

De veranderingen die in het kader van het project Modernisering AWBZ zijn doorgevoerd en nog op stapel staan, zijn zeer ingrijpend en omvangrijk. Om er enkele te noemen: contracteervrijheid voor de extramurale zorg, de mogelijke contracteervrijheid voor de intramurale zorg met ingang van 2009, de beoogde liberalisering van het vastgoed per 2012, de invoering van functiegerichte bekostiging en zorgzwaartepakketten (ZZP's), indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), het toelaten van nieuwe zorgaanbieders, overheveling van de functie huishoudelijke verzorging uit de AWBZ naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), overheveling van de curatieve GGZ naar de Zorgverzekeringswet (deze is uitgesteld naar 1 januari 2008), invoering van AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR), et cetera.

Nauw verbonden aan gereguleerde marktwerking is het begrip maatschappelijk ondernemerschap. De échte ruimte om te ondernemen, om antwoord te geven op zorgvragen van cliënten, is in de afgelopen jaren echter kleiner geworden door onder meer de afbouw van de zorg-op-maatregeling, het beperkt toepassen van de substitutieregeling door de zorgkantoren en de introductie van budgettaire regiokaders. De regels waaraan zorgaanbieders moeten voldoen zijn toegenomen, evenals de verplichtingen tot uitvoerige verantwoording. Er zijn door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) nu enkele marktelementen geïntroduceerd in een sterk gereguleerde context.

Het resultaat is dat zorgaanbieders meer inzet moeten plegen om (dezelfde) zorg te kunnen blijven bieden: de bureaucratie is toegenomen en de ondernemersruimte afgenomen!

#### *Toekomst AWBZ*

Er is op tal van plekken een discussie gestart over de toekomst van de AWBZ. Een verdere ontmanteling kan niet worden uitgesloten. De Raad voor de Volksgezondheid en het College voor Zorgverzekeringen hebben hierover advies uitgebracht aan het Kabinet Balkenende 2.

Het Kabinet Balkenende 2 heeft aangegeven over de overheveling van de functies Ondersteunende Begeleiding en Activerende Begeleiding op termijn naar de Wmo in deze kabinetsperiode geen besluit meer te nemen. Volgende kabinetten zullen zich over eventuele verdere aanpassingen van de AWBZ moeten uitspreken.

De VGN wil dat de gehandicaptenzorg een verzekerd recht blijft. Dit kan binnen de AWBZ, maar is ook denkbaar in de Zorgverzekeringswet. Het uitgangspunt moet de regie door de cliënt zijn.

### **12 Zorgcontractering in de AWBZ**

Tot nu toe zijn het de budgettaire regiokaders en de richtlijnen van het CTG/ZAio die de contracteerruimte van de zorgkantoren en de zorgaanbieders bepalen.

Zorgkantoren worden geacht doelmatig, transparant en binnen de budgettaire regiokaders in te kopen. Aanbestedingsprocedures en internetveilingen zijn vanuit dat perspectief voor de hand liggende instrumenten.

Het doel van de aanbestedingsprocedures is immers om een marktconforme prijsstelling te bereiken en daarmee een aanzienlijke besparing op de zorginkoop te realiseren. Het instrument draagt op basis van objectiviteit, transparantie en efficiëntie bij aan de beginselen van een vrije competitie.

Door de afschaffing van de contracteerverplichting voor de extramurale zorg zijn een aantal zorgkantoren in 2006 aanbestedingsprocedures gestart. Dat kan op termijn wellicht ook gebeuren bij de intramurale zorg, als daar de contracteerverplichting komt te vervallen.

#### *Aanbesteden in een gereguleerde zorgmarkt*

Zorgkantoren kopen zorg in binnen het kader van de tarievenrichtlijnen van het CTG/ZAio en het budgettaire regiokader. Tegelijkertijd hebben zij zorgplicht jegens hun verzekerden en moeten zij ook zorgdragen voor de continuïteit van zorg.

Een aantal zorgkantoren heeft het afgelopen jaar gekozen voor een aanbestedingsprocedure. Op basis van signalen is de verwachting dat meer zorgkantoren gaan kiezen voor een aanbestedingsprocedure.

In het afgelopen jaar is door zorgkantoren die gekozen hadden voor aanbesteden, veelvuldig afgeweken van de door hen vastgestelde procedures, bijvoorbeeld: het na publicatie aanpassen van de bestekken, het bij herhaling verschuiven van kritische data en tijdens de procedure alsnog gaan onderhandelen over de prijs. Verwacht mag worden dat de betreffende zorgkantoren hiervan hebben geleerd en de procedures nauwgezetter gaan uitvoeren.

Het ligt in de lijn van de verwachting dat de zorgkantoren bij toepassing van de inkoopmethode voor 2007 meer eenheid nastreven dan afgelopen jaar het geval was. Dat wil zeggen dat verschillende zorgkantoren het instrument op een meer uniforme wijze zullen aanbieden. De kans is dus groot dat u met aanbestedingsprocedures geconfronteerd gaat worden.

Het is voor de gehandicaptenzorg van belang dat de eisen die specifiek voortvloeien uit de gehandicaptenzorg terugkomen in het bestek (deskundigheid, de langdurige zorg- en dienstverleningsrelatie, de kwetsbaarheid/afhankelijkheid van de zorgvragers, et cetera). Dé (enige!) mogelijkheid om aandacht te vragen voor de eigenheid van de gehandicaptenzorg en daarmee het positief beïnvloeden van het bestek, is in het tijdvak voorafgaande aan de aanbestedingsprocedure. U kunt dan het zorgkantoor voorzien van relevante informatie over de zorgvraag, uw zorgaanbod, trends in de sector, et cetera. Het zorgkantoor kan die informatie benutten bij het door haar op te stellen bestek.

Tip:  
Bied relevante informatie over ontwikkelingen uit de sector aan bij de voorbereiding van het bestek.

Voor aanbestedingsprocedures in het algemeen en het afgelopen jaar in de gezondheidszorg is kenmerkend, dat de gunning in hoge mate werd bepaald door de prijs/het tarief. Kwaliteit van zorg werd door zorgkantoren het afgelopen jaar zeker belangrijk gevonden, maar het blijkt voor de zorgkantoren tot op heden lastig de kwaliteit van zorg te operationaliseren in een bestek, zodanig dat het een goed houvast biedt voor selectie en gunning. Volstaan werd met het min of meer verplicht stellen van HKZ-certificering. Elke zorgaanbieder dient in 2007 te beschikken over een HKZ (opstap)certificaat of een werkend kwaliteitssysteem.

Tip:  
Wees onderscheidend in de wijze waarop u de kwaliteit van uw zorg beschrijft!

### *Eigenheid gehandicaptensector*

Of marktwerking en aanbestedingsprocedures ook passend zijn voor de gehandicaptenzorg, zal moeten blijken. De gehandicaptenzorg heeft veel overeenkomsten, maar verschilt ook op een aantal essentiële punten van de geestelijke gezondheidszorg en de Verpleging en Verzorging. Wat de gehandicaptenzorg in elk geval kenmerkt, is dat het vrijwel altijd gaat om levenslange en levensbrede zorg. Continuïteit van zorg is daarvoor zeer van belang. De doelgroep is in hoge mate afhankelijk van de zorgverleners aan wie hij/zij is toevertrouwd. Dat geeft zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg en zorgkantoren een bijzondere verantwoordelijkheid. Binnen de meeste gehandicaptenzorginstellingen is de doorstroom van cliënten op jaarbasis zeer gering. Dat is op zichzelf ook niet vreemd, want wie goed woont, goede zorg krijgt en tevreden is, is niet snel genegen om over te stappen naar een andere zorgaanbieder.

### *De VGN*

De VGN wil een vorm van marktwerking waarbij de cliënt kiest op basis van kwaliteit en keuzevrijheid heeft binnen financiële grenzen. Jaarlijks terugkerende aanbestedingsprocedures door zorgkantoren, doorkruisen die keuzevrijheid van de cliënt en de bestendige relatie tussen zorginstelling en cliënt. Als zorgaanbieders op dergelijke wijze met elkaar in concurrentie moeten treden, dreigt bovendien overmatige formalisering en bureaucratie.

### **Conclusie**

De komende jaren zal een verdere verzakelijking in de zorgcontractering optreden met sterke focus op prijs, transparantie en kwaliteit. Binnen de gegeven context dat zorgkantoren voor 2007 voor de extramurale zorg inkopen volgens de regels van aanbesteding, wil de VGN haar leden instrumenteren met een notitie. Het kiezen voor een aanbestedingsprocedure past binnen het denken over marktwerking. Uitgaande van deze constatering, treft u in deze notitie een aantal praktische aanbevelingen voor de wijze van omgang met de aanbestedingsprocedure. Door uit te gaan van de eigen kracht en door een positieve, op het belang van uw cliënten gerichte benadering. Een zakelijke, maar goede verstandhouding met het zorgkantoor speelt daarbij een belangrijke rol. Het inkoopproces tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder dient ten slotte maar één doel, de zorg voor cliënten.

### **1.3 Een nieuw speelveld, nieuwe spelregels**

Belangrijke vraag voor de zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg is nu: hoe realiseren wij, gegeven de huidige ontwikkelingen en gegeven het feit dat zorgkantoren aanbestedingsprocedures voor extramurale zorg hanteren, goede productie- en budgetafspraken met het zorgkantoor?

#### *1. Contracteren doe je het hele jaar door*

Als zorgaanbieder heeft u in veel opzichten een positionele- en informatievoorsprong op de zorgkantoren. U als zorgaanbieder kent in beginsel uw zorgvragers persoonlijk en weet wat zij nodig hebben. U kent uw bedrijfsvoering en de kostenstructuur (kostprijzen). U kent de geschiedenis van uw organisatie en die van uw cliënten. Aangetoonde cliëntentevredenheid ondersteunt uw onderhandelingspositie, evenals wachtlijstgegevens. Maak hier in de reguliere overleggen en contacten die u heeft met het zorgkantoor gebruik van. Verstrek hen informatie over uw plannen, ambities, nieuwe initiatieven, et cetera. Probeer vooral op zorginhoudelijke onderwerpen met het zorgkantoor in gesprek te komen en te blijven. Stel de zorgvragers altijd centraal in uw keuzes en handelen. Want zorgkantoren willen naast doelmatig inkopen (een goede prijs/kwaliteitverhouding) net als u, de zorgvrager centraal stellen. Organiseer regelmatig contactmomenten, ook als u niet direct zaken wilt doen. Investeer in de persoonlijke relatie met de medewerkers van het zorgkantoor. Zorgcontracteren is mensenwerk, contracten moeten gegund worden.

Tip:  
Organiseer regelmatig informele contactmomenten en investeer in persoonlijke relaties.

Hierin moet u elkaar kunnen vinden. Hierin ligt ook een belangrijke basis voor een gelijkwaardige en langdurige relatie tussen u en uw zorgkantoor. U heeft elkaar nodig in het belang van de zorgvragers. Partnership en gelijkwaardigheid in de onderlinge relatie is daarvoor belangrijk. Dat is altijd al de kracht van de sector geweest. De 'eenzijdige' overgang naar een andere manier van inkopen mag een dergelijke, over jaren ontstane situatie, niet zomaar beschadigen. Daar is geen van de partijen mee gediend.

## 2. Het gaat om de zorgvrager

Zorgkantoren geven in beleidsnotities vaak aan dat zij de ambitie hebben om die zorg te contracteren, die hun verzekerden nodig hebben en die geboden wordt door hun voorkeurszorgaanbieder. Dit uitgangspunt is lastig te verenigen met de criteria die worden gehanteerd bij de beoordeling van offertes in aanbestedingsprocedures. Tot nu toe woog namelijk met name het aspect prijs zeer zwaar bij de beoordeling van offertes. Hoe dat voor de zorgcontractering van 2007 zal zijn, is nu nog niet bekend. Maar dat het aspect prijs zwaar zal blijven wegen, is zeer aannemelijk.

In de gehandicaptenzorg is er bijna altijd sprake van een langdurige, zo niet levenslange ondersteuningsbehoefte. Zorgvragers die tevreden zijn over hun zorg, willen continuïteit. Zorgvragers in de gehandicaptenzorg zijn vaak ook zeer trouw

Tip:

Stel de zorgvrager centraal.

aan hun zorgverleners. U kent als geen ander de zorgvragers, u weet welke zorgvragen zij hebben én welk zorgaanbod daarvoor vereist is. Wordt de relatie met het zorgkantoor moeizaam, dreigt een patstelling of gaat het in de zorgcontractering naar uw gevoel (mening) helemaal niet meer om het belang van de zorgvragers, dan zou u kunnen overwegen om uw cliëntenraad in te schakelen. De gebruikers van de zorg krijgen dan een gezicht.

De cliëntenraad vertegenwoordigt de zorgvragers die gebruik maken van uw zorg, maar zij zijn ook de verzekerden waarvoor het zorgkantoor moet contracteren!

Zorgaanbieders hebben door hun relatie met de zorgvragers de mogelijkheid om de individuele zorgvragers te wijzen op zijn claimmogelijkheden tegenover het zorgkantoor (verstrekkingengeschil). Als een zorgkantoor tekortschiet in haar zorgplicht en er ontstaan wachtlijsten, kan de zorgvrager daar zijn recht op zorg claimen. Het zorgkantoor heeft op grond van de AWBZ zorgplicht jegens verzekerden.

## 3. Ondernemers maken het verschil

Productieafspraken die betrekking hebben op nieuw op te starten projecten of zorginitiatieven, geven het zorgkantoor veel beslisruimte. Zorgaanbieders in de AWBZ wachten bijna altijd tot de productie- en budgetafspraken in kunnen en kruiken zijn, voordat er daadwerkelijk wordt gestart met de zorgverlening. Dat is tamelijk risicoloos en niet ondernemend. Omdat er nog geen verplichtingen zijn aangegaan, kan het zorgkantoor tamelijk eenvoudig beslissen uw initiatief niet te honoreren. Maar is de zorg eenmaal gestart, zijn die zorgvragers er wel, wordt er goede zorg geboden, dan wordt het al een stuk lastiger om een initiatief af te wijzen.

Tip:

Laat ondernemerschap zien, handel snel en benut kansen die zich voordoen.



Om met zorgverlening te starten, terwijl de bekostiging daarvan nog niet is afgeregeld, dat vergt ondernemerschap.

Er zijn verschillende voorbeelden van zorgaanbieders die op deze wijze nieuwe initiatieven van de grond hebben getild, soms tegen de wil van de financiers in. Maar is eenmaal het initiatief gerealiseerd en zijn de resultaten goed (tevreden zorgvragers, goede kwaliteit van zorg, reductie van overlast, et cetera), dan is het bestaansrecht aangetoond en is de (financiële) continuïteit min of meer gewaarborgd.

Dergelijk gedrag is binnen de AWBZ van oudsher niet sterk ontwikkeld, maar past zeer wel binnen het kader van de gereguleerde marktwerking. Het doet een groot appél op ondernemende zorgaanbieders, die kansen grijpen en daarbij rekening houden met bepaalde risico's.

Enkele voorbeelden:

- Op instigatie van de politiek, de media, de maatschappij of het zorgkantoor, worden met enige regelmaat problemen gesignaleerd die om een snelle oplossing vragen. Bijvoorbeeld de civielrechtelijk geplaatsen in justitiële jeugdinrichtingen. Dat is bijvoorbeeld een moment waarop snel zaken gedaan konden worden met het zorgkantoor en het ministerie. Een aantal zorgaanbieders in de LVG is daar snel op ingesprongen.
- Nadat er problemen ontstonden in de jeugdzorg, hebben een aantal thuiszorginstellingen en het Leger des Heils zich gemeld en zijn in dat gat gesprongen.
- Een organisatie voor maatschappelijke opvang (AWBZ-gefinancierd) heeft in weerwil van het zorgkantoor een nieuwe vestiging geopend (dus geen gegarandeerde financiering). Zij is succesvol en nu wordt door het zorgkantoor de benodigde financiële ruimte alsnog gezocht en gevonden.

Organisaties die zich ondernemend opstellen, initiatiefrijk zijn en waar zorgkantoren op kunnen rekenen, profileren zich en hebben ontegenzeggelijk een streepje voor.

#### 4. De krant bij de hand

Publiciteit is voor uw organisatie vaak nuttig. Het kan bijvoorbeeld aantonen dat er maatschappelijk draagvlak is voor wat u doet. Dergelijke publiciteit levert ook vaak steun/reacties op van andere maatschappelijke zorgaanbieders en goed voorbeeld doet goed volgen. Veel positieve publiciteit rond uw zorginstelling of de projecten waarvoor u verantwoordelijk bent, worden natuurlijk ook gezien door het zorgkantoor. Een artikel in een krant wordt al sneller en beter gelezen dan gedegen beleidsnota's. De kans is groot dat het zorgkantoor bij het opstellen van het bestek rekening gaat houden met uw organisatie of de zorg die u biedt.

Tip:  
Benut publiciteit, maar kies wel de juiste momenten en stem die af met de brancheorganisatie.

Negatieve publiciteit is natuurlijk een stuk lastiger. Het is belangrijk in geval van negatieve publiciteit het zorgkantoor snel en goed te informeren over de achtergronden van de publiciteit. In dat soort situaties is het belangrijk het initiatief te houden en als er serieuze problemen zijn, met een gedegen plan van aanpak te komen.

Het is verstandig als u in de publiciteit komt of deze zelf opzoekt, om hierover te overleggen met uw brancheorganisatie. Het komt nogal eens voor dat de politiek naar aanleiding van berichten in de media het onderwerp gaat oppakken. In het overleg tussen u en het de brancheorganisatie kan dan bezien worden of en op welke wijze gezamenlijk kan worden opgetrokken.

#### *5. Speel het hard, maar met een glimlach*

Het contracteerbeleid van de zorgkantoren wordt door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gecoördineerd. De zorgkantoren stellen zelf hun eigen beleid vast. Daarbij bestaat de indruk dat de zorgcontractering in toenemende mate door de hoofdkantoren van de zorgkantoren/zorgverzekeraars wordt aangestuurd. De medewerkers van het zorgkantoor voeren dat beleid uit, maar hebben (gegeven ook de aanbestedingsprocedures) steeds minder ruimte om te handelen en te beslissen. Zij zijn het met name, die in het kader van de aanbesteding aanlopen tegen niet bij de praktijk passende bestekken. Het is belangrijk met deze medewerkers een goede relatie te onderhouden. De ervaring leert dat deze medewerkers vaak veel affiniteit en ambitie hebben met de zorgverlening en de doelgroep waar ook u voor staat. Door de toepassing van aanbestedingsprocedures wordt de zorgcontractering zakelijker. Daarbij kan het samen zoeken naar de marges in wet- en regelgeving van wezenlijke betekenis zijn.

Tip:  
Stel grenzen aan de informatie die u wilt verstrekken, maar zorg dat u een goede relatie behoudt.

#### *6. Zonder bluf is alles duf*

In aanbestedingsprocedures worden geschiktheidseisen en uitsluitingsgronden opgenomen. Het is van belang deze vragen met 'ja' te beantwoorden. Bijvoorbeeld: bent u bereid tot het accepteren van tarieven onder het maximumtarief? Het is verstandig deze vraag met 'ja' te beantwoorden. Doet u dit niet, dan schakelt u zichzelf uit, dan wel zet u zichzelf op een onnodige achterstand ten opzichte van andere mededingers.

Enkel het feit dat u wilt onderhandelen met het zorgkantoor, zegt nog niets over de inhoud of het resultaat van die onderhandelingen. Met andere woorden, u geeft nog niets weg, maar bent wel aan het contracteren.

#### *7. Regionale samenwerking in een concurrerende markt*

Als het gaat om zorgcontractering en de wijze waarop de afspraken tot stand komen, hebben de zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg gezamenlijk een belang. Het kan zinvol zijn om als gehandicaptenzorgorganisaties of AWBZ-zorgaanbieders op dit punt ook regionaal gezamenlijk op te trekken. Het kan bijvoorbeeld helpen om met het zorgkantoor goede afspraken te maken over de wijze van contracteren (onderhandelen of aanbesteden) en daarbij te volgen procedures.

Tip:  
Accepteer niet zonder meer de procedures van het zorgkantoor, treedt gezamenlijk op.

Als zorgaanbieder heeft u namelijk het zorgkantoor écht veel te bieden dat de moeite waard is. Daar moet zorgvuldig mee worden omgesprongen in het belang van de zorgvragers. Alle partijen zijn gebaat bij ordentelijke en inzichtelijke procedures.

Een gezamenlijke optreden mag alleen als doel hebben tot afspraken te komen over de procedures en randvoorwaarden met betrekking tot de zorgcontractering. Het kan niet de bedoeling zijn om in dat overleg afspraken te maken die in strijd zijn met de Mededingingswet.

#### *8. Ken de ander als uzelf: whealen en dealen*

Als het gaat om de nieuwe manier van onderhandelen, dient u zich te realiseren dat niet alleen het zorgkantoor, maar ook u op een andere manier aan de onderhandelingstafel plaats kunt nemen. Analyseer wat het zorgkantoor wil bereiken en betrek dit in uw onderhandelingsstrategie. Maar stel ook vast welke afspraken u in elk geval wenst te maken, wat is voor u de ondergrens, waar zit uw onderhandelingsruimte, hoe kunt u het zorgkantoor helpen in het realiseren van haar doelen, zijn er afspraken die u zou willen maken voor de volgende onderhandelingsronde of voor de volgende jaren? Als zorgaanbieder kunt u het zorgkantoor verzoeken, voorafgaand aan de aanbestedingsprocedure, een bijeenkomst te organiseren waarin de procedures, eisen en gunningscriteria worden toegelicht. Mocht u desalniettemin geconfronteerd worden met disproportionele eisen van uw zorgkantoor, dan is het raadzaam uw opvatting schriftelijk kenbaar te maken bij uw zorgkantoor en tegelijkertijd daarover contact op te nemen met uw brancheorganisatie. Bezien kan dan worden of dit onderwerp op landelijk niveau aangekaart kan worden.

Tip:  
Verdiep u in uw tegenstander, zoek wederzijdse belangen én ga onderhandelen.

Wees niet te bang om te onderhandelen. Heb de moed om de onderhandelingen te vertragen of om met onverwachte eisen op tafel te komen. Zo kunt u als regionale zorgaanbieder voorstellen dat u voor aanvang van de aanbestedingsprocedure verantwoording en toelichting wilt ontvangen van het zorgkantoor in uw regio over de door hen gekozen aanpak. Stel u daarbij niet te lijdzaam op, maar geef in een vroeg stadium duidelijk te kennen wat uw ideeën zijn bij de aanpak door het zorgkantoor. In essentie raakt u hier de kern van het onderhandelen: zet altijd hoger in dan het einddoel dat u voor ogen hebt! Kennis van en inzicht in uw eigen organisatie is daarbij cruciaal. Het zorgkantoor kan nooit de kennis over uw eigen organisatie hebben, zoals u die zelf voor handen heeft.

Daar ligt uw kracht, net als in uw kennis van de zorgvragers. Gebruik voldoende 'cijfermatige' onderbouwing als u uw argumenten op tafel legt, maar wees terughoudend in het verstrekken van cijfers (spreadsheets). Zorg dat u, voordat u het gesprek aangaat, voldoende inzicht heeft in de ontwikkeling van de zorgvraag.

## Hoofdstuk 2

### *Aanbesteden het juridisch kader*<sup>1</sup>

#### 2.1 **Waarom Europees aanbesteden?**

Het doel van de Europese aanbestedingsrichtlijnen is het binnen de Europese Unie stimuleren van de totstandkoming van een interne markt door middel van vrije, eerlijke concurrentie. Hierdoor komt een betere allocatie van personen, goederen en financiën tot stand. Een goede toepassing van de richtlijnen kan bijdragen aan een professioneler inkoopproces. Het uitgangspunt daarbij is het verkrijgen van het beste product tegen de voordeligste prijs. Centraal staat dus het bereiken van besparingen én efficiëntie.

In de praktijk betekent toepassing van de richtlijnen, dat voordat (decentrale) overheden contracten sluiten voor de uitvoering van werken, leveringen of dienstverlening moet worden bekeken of de desbetreffende opdracht volgens een Europese procedure aanbesteed dient te worden.

Kenmerkend voor de richtlijnen is dat ze een drempelbedrag kennen; pas wanneer de aanbestedende dienst een opdracht wil plaatsen die boven dit drempelbedrag uitkomt, zal men conform de richtlijnen moeten aanbesteden. Voorts speelt het beginsel van gelijke behandeling van alle inschrijvers bij de toepassing van de richtlijnen een belangrijke rol. Het beginsel heeft tot doel dat alle inschrijvers gedurende de aanbestedingsprocedure gelijke kansen hebben op het verkrijgen van de opdracht.

Overigens zij hierbij opgemerkt dat de jurisprudentie tendeert in de richting van Europees aanbesteden ook onder de drempelbedragen. Dit gebeurt met verwijzing naar het Europees Verdrag waarin staat dat de algemene beginselen altijd van toepassing zijn, dus ook onder de drempelbedragen.

#### 2.2 **Recente ontwikkelingen**

Per 1 december 2005 zijn de drie afzonderlijke richtlijnen voor werken, leveringen en diensten vervangen door de nieuwe geïntegreerde Europese aanbestedingsrichtlijn 2004/18/EC. In Nederland is deze richtlijn geïmplementeerd door middel van het Besluit Aanbestedingsregels voor Overheidsopdrachten (BAO).

---

1 Dit hoofdstuk bevat een aanvulling op de VGN Handreiking Aanbesteden mei 2005 met een korte samenvatting daarvan voor de leesbaarheid. Voor de begrippen die hier gebruikt worden kunt u die Handreiking raadplegen.

Beknopt overzicht van de voor u relevante kenmerken van de nieuwe geïntegreerde Europese richtlijn:

#### Drempelbedragen

Zoals hiervoor gemeld, bestaat de aanbestedingsplicht in gevallen dat bepaalde drempelbedragen worden overschreden. De voor u meest relevante drempelbedragen onder de nieuwe richtlijn zijn als volgt:

	<b>CENTRALE OVERHEID</b>	<b>DECENTRALE OVERHEID</b>
<i>WERKEN</i>	€ 5 278 000	€ 5 278 000
<i>LEVERINGEN</i>	€ 137 000	€ 211 000
<i>DIENSTEN</i>	€ 137 000	€ 211 000

Het drempelbedrag voor diensten van decentrale overheden gaat op voor bijlage ii a en ii b diensten

#### Onderscheid IIA en IIB diensten

In de nieuwe geïntegreerde richtlijn is een onderscheid gemaakt tussen diensten waarop het volledige regime van toepassing is en diensten waarop slechts een beperkt aantal vereisten van de richtlijn van toepassing is. Deze zogenaamde IIA en IIB diensten zijn opgenomen in een bijlage bij de richtlijn. Het verschil in regime tussen de beide soorten diensten is relevant voor de door u aangeboden diensten.

In essentie is het verschil dat bij II B diensten, in afzondering van de volledige vereisten van bijlage II A, geen discriminatoire bepalingen in de specificaties van de offerteaanvraag worden vermeld en de gunning van de opdracht aan het Publicatieblad van de EG moet worden gezonden. Ook moet de algemene beginselen van het verdrag in acht worden genomen. Het II B regime wordt ook wel het beperkte regime genoemd. Feitelijk houdt dit in dat de aanbestedende dienst vrij is om zelf een procedure van aanbesteding vast te stellen en slechts gehouden is het gunningsresultaat te publiceren op de door de richtlijn voorgeschreven wijze. De door de aanbestedende dienst zelf vastgestelde procedure moet wel zoveel mogelijk voldoen aan de algemene beginselen van het verdrag, kortweg:

- Non-discriminatoire.
- Transparant.
- Doelmatig proportioneel.
- Zorgvuldig.

De procedures die zorgkantoren hanteren voor de aanbesteding moeten dus aan deze eisen voldoen.

Gezondheids- en sociale diensten vallen onder bijlage II B. Het collectief vervoer en het schoonmaken van gebouwen zijn bijlage II A diensten. Bij opdrachten die bestaan uit zowel een A als een B component moet worden gekeken naar welk deel de grootste waarde vertegenwoordigt. Het regime van de overheersende dienst is dan van toepassing. Als diensten van bijlage II B domineren is derhalve niet het volledige regime van de aanbestedingsrichtlijn van toepassing (zie bijlage 1).

---

Het BAO onderscheidt twee soorten procedures: normale procedures en uitzonderingsprocedures. Tot de normale procedures behoren de openbare procedure en de niet-openbare procedure. Tot de uitzonderingsprocedures behoren de concurrentiegerichte dialoog en de procedure van gunning door onderhandelingen met of zonder mededeling van de aankondiging van de opdracht. Ook is er nog de mogelijkheid van gunning aan de hand van een zogenaamde prijsvraag, in het geval van ontwerp en uitvoering van een werk.

### **2.3 Aanbestedingsprocedures zorgkantoren**

Zorgkantoren zijn vrij om zelf een procedure van aanbesteding vast te stellen. Zorgkantoren kunnen bij de aanbesteding van extramurale zorg kiezen tussen verschillende soorten procedures:

- De openbare procedure.
- De niet-openbare procedure.
- De procedure van gunning door onderhandelingen.

#### *De openbare procedure*

In het geval van openbare procedures kan elke belangstellende dienstverlener door middel van een offerte inschrijven op de publicatie van de opdracht door het zorgkantoor. Op de openbare procedure wordt later in deze notitie uitgebreid teruggekomen.

#### *De niet-openbare procedure*

In het geval van een niet-openbare procedure kunnen belangstellende dienstverleners zich als gegadigden melden. Op grond van vooraf bekend gemaakte selectiecriteria selecteert het zorgkantoor vervolgens een vooraf bekend gemaakt aantal dienstverleners gelijktijdig langs schriftelijke weg om offerte in te dienen.

Het gebruik van de methode komt doorgaans voor bij grote en complexe opdrachten. Het uitwerken en beoordelen van offertes voor dergelijke opdrachten kost namelijk veel tijd. Door het maken van een voorselectie kan een aanzienlijke tijdsbesparing worden bereikt. Met name bij de aanbesteding van werken maakt men in de praktijk gebruik van de niet-openbare procedure. Ook bij het opnemen van vertrouwelijke informatie in het bestek kiest men vaak voor de niet-openbare procedure.

De zorgkantoren die vorig jaar bij de zorginkoop gebruik hebben gemaakt van het aanbestedingstraject, hebben destijds gekozen voor openbare aanbesteding, zij het dat die niet openbaar is afgekondigd conform de geldende Europese wet- en regelgeving.

Als eerder gesteld is, is de procedure van IIB diensten vormvrij. Het BAO schrijft voor dat de regels van een openbare procedure van toepassing zijn met uitzondering van weer zoveel bepalingen dat feitelijk alleen het publiceren van het gunningsbesluit overblijft. Dit laat onverlet de verplichting om binnen de algemene beginselen van het verdrag te blijven.

Nieuw in het BAO is de methode waarbij de aanbestedende dienst (het zorgkantoor) met gekozen dienstverleners overleg pleegt en door onderhandelingen met een of meer van hen de contractuele voorwaarden stelt (zie onderstaande tekst).

*De procedure van gunning via onderhandelingen met of zonder voorafgaande bekendmaking*

In het BAO (artikel 28, lid 3) is de mogelijkheid gecreëerd om onderhandelingen onderdeel uit te laten maken van de aanbestedingsprocedure. In het geval van procedures van gunning door onderhandelingen raadpleegt het zorgkantoor de door hem gekozen dienstverleners en stelt door onderhandelingen met de gegadigden de voorwaarden van de opdracht vast.

Van de procedure van gunning door onderhandelingen met bekendmaking van een aankondiging moet in de volgende gevallen gebruik worden gemaakt:

- Indien in het kader van een andere procedure onregelmatige inschrijvingen zijn ingediend, op voorwaarde dat de oorspronkelijke voorwaarden van de opdracht niet wezenlijk door de nieuwe procedure worden gewijzigd.
- In buitengewone gevallen, wanneer het leveringen, diensten of werken betreft waarbij door de aard en onzekere omstandigheden van de opdracht de totale prijs niet vooraf kan worden vastgesteld.
- In het geval van diensten voor werkzaamheden van intellectuele aard waarvoor zich de openbare of niet-openbare procedure niet leent.
- In het geval van werken die enkel en alleen onderzoek en proefnemingen tot doel hebben.

Onderhandelingsprocedures zijn slechts toepasbaar in uitzonderingsgevallen. De gevallen waarin deze procedures toegepast mogen worden, staan limitatief opgesomd in artikel 30 en 31 van het BAO.

Er kan gekozen worden voor een onderhandelingsprocedure na een openbare aanbesteding, als blijkt dat de markt niet goed werkt. Er zijn bijvoorbeeld onvoldoende offertes binnengekomen. Achteraf wordt getoetst of aan de algemene beginselen van het verdrag is voldaan.

Van de procedure van gunning door onderhandelingen *zonder* bekendmaking van een aankondiging moet in de volgende gevallen gebruik worden gemaakt:

- In het geval van overheidsopdrachten voor werken, leveringen of diensten: indien in het kader van een openbare of niet-openbare procedure geen enkele inschrijving is ontvangen, de opdracht om technische of artistieke redenen of ter bescherming van alleenrechten slechts aan een bepaalde ondernemer kan worden toevertrouwd, of door onverwachte gebeurtenissen dringende spoed geboden is.

- In het geval van opdrachten voor leveringen: indien het om producten gaat die uitsluitend voor onderzoek- en ontwikkelingsdoeleinden zijn vervaardigd, voor aanvullende leveringen over een periode van maximaal drie jaar van leverancier moet worden veranderd en dit tot aanschaf van materieel met andere technische eigenschappen zou leiden, op een grondstoffenmarkt genoteerde goederen worden aangekocht, of het om gelegenhedaankopen of aanschaffingen tegen bijzonder voordelige voorwaarden bij een leverancier gaat die zijn handelsactiviteiten staakt of failliet is gegaan.
- In het geval van overheidsopdrachten voor diensten: indien de opdracht wordt gegund aan de winnaar van een prijsvraag.
- In het geval van overheidsopdrachten voor werken en diensten: indien aanvullende werken of diensten die niet in het oorspronkelijke ontwerp waren opgenomen door onvoorziene omstandigheden noodzakelijk zijn geworden en het totale bedrag van deze aanvullende werken of diensten niet hoger is dan 50% van de oorspronkelijke opdracht, of indien het om nieuwe werken of diensten gaat waarbij dezelfde ondernemer als bij de oorspronkelijke opdracht gedurende maximaal drie jaar soortgelijke werken of diensten opnieuw ten uitvoer moet brengen.

In het geval van procedures van gunning door onderhandelingen met bekendmaking van een aankondiging bedraagt de minimumtermijn voor de aanvragen tot offertes 37 dagen. De termijn gaat lopen op de dag waarop de aankondiging bekend wordt gemaakt. In spoedgevallen mag het zorgkantoor een minimumtermijn van vijftien dagen hanteren en tien dagen indien de aankondiging langs elektronische weg is verzonden.

Het zorgkantoor nodigt de uitgekozen dienstverleners (minimaal 3) vervolgens allemaal gelijktijdig langs schriftelijke weg uit om te onderhandelen. De uitnodiging dient alle aanbestedingstukken te omvatten en de uiterste indieningstermijn, het adres voor de indiening van de inschrijving plus de taal/talen aan te geven waarin de inschrijving moet worden opgesteld. Ook moet de coëfficiënt worden vermeld waarmee de gunningscriteria worden gewogen.

Naarmate het zorgkantoor bij de uitvoering van aanbestedingsprocedures dichter blijft bij de geldende Europese procedures, is het risico dat zij achteraf gecorrigeerd wordt kleiner. De procedures zoals die door de zorgkantoren worden gehanteerd worden getoetst aan de algemene beginselen van het verdrag (non-discriminatoire, transparant, doelmatig, proportioneel en zorgvuldig). Dit betekent dat iedere mededinging in een procedure op dezelfde wijze behandeld moet worden.



## Samenvatting in schema

	<b>Openbare procedure</b>	<b>Niet-openbare procedure</b>	<b>Onderhandelingen met bekendmaking</b>	<b>Onderhandelingen zonder bekendmaking</b>
Inschrijving	Samen met offerte	Selectie beste inschrijvers	Inschrijvers worden geselecteerd.	Geen inschrijver. Aanbestedende dienst benadert zelf gegadigden.
Offerte	Samen met inschrijving	Gunning beste offerte(n)	Gunning na onderhandeling op basis offerte	Gunning na onderhandeling op basis offerte
Voorwaarden	Beperkt in selectie	Zelf selecteren	Stringent	Zeer stringent
Doorlooptijd	Kort	Lang	Kort	Zeer kort

**2.4 De selectie- en gunningscriteria***Selectiecriteria*

Het zorgkantoor kan een aantal kwalitatieve eisen stellen. Het gaat daarbij om objectieve selectiecriteria die ook voor alle geïnteresseerde aanbieders gelijk moeten zijn en gelijk worden toegepast.

Er zijn vier soorten selectiecriteria:

- Uitsluitingscriteria: ernstige beroepsfouten, in staat van faillissement verkeren, et cetera.
- Criteria ten aanzien van de beroepsbekwaamheid.
- Financieel-economische criteria: draagkracht van de dienstverlener.
- Technische criteria: gekwalificeerd personeel, bezit van systeem van kwaliteitszorg et cetera.

In de voorgaande aanbestedingsprocedure is leden van de VGN gevraagd of zij in het bezit zijn van een HKZ-certificering. Het zorgkantoor kan van u overlegging van dergelijke documenten verlangen.

*Gunningscriteria*

Voor de gunning van de opdracht door het zorgkantoor moeten de volgende criteria worden gehanteerd:

- Enkel en alleen de laagste prijs.
- Indien de opdracht aan de inschrijver met de economisch voordeligste inschrijving wordt gegund, verschillende criteria die verband houden met het voorwerp van de opdracht.

Voorbeelden van dergelijke criteria zijn: kwaliteit, levertijd, esthetische en functionele kenmerken, aftersales service, gebruikskosten, rentabiliteit, klantenservice, plan van aanpak, et cetera. Gunningscriteria zien enkel op de offerte. Selectiecriteria zien enkel op de inschrijver. Bij de niet-openbare procedure is dit onderscheid het duidelijkst: fase 1 is de selectie, fase 2 is de gunning. Het is verboden om in fase 2 criteria aan te leggen die in fase 1 thuishoren. Als je kwaliteit wilt beoordelen, moet je dus vooraf bepalen welke kwaliteit je wilt beoordelen: die van de inschrijver of die van de dienstverlening. Beide mag ook.

## Hoofdstuk 3

### ***Het tien-stappenplan voor succesvol doorlopen van de aanbesteding extramurale zorg***

Zorgkantoren zullen tot een aanbestedingsystematiek willen komen, die aansluit bij de Europese richtlijnen. Uitgangspunt is dat de procedure transparant en objectief is en uitgaat van gelijke behandeling van de inschrijvers. Zorg valt onder de zogenaamde II B diensten, hier gelden minder zware regels voor, waarbij de procedure voor iedere potentiële gegadigde openbaar en toegankelijk is en de markt voor mededinging open wordt (mits de instelling beschikt over een toelating voor de AWBZ). Zorgkantoren kunnen kiezen voor de openbare procedure of de procedure van onderhandeling met voorafgaande bekendmaking. Na de informatie uitgebreid gelezen te hebben, is het belangrijk om te bepalen of, en waar u uw offerte op gaat richten.

#### **Aanbesteding**

In een aanbestedingsprocedure dient de zorgaanbieder schriftelijk de benodigde documenten en de uiteindelijke offerte inclusief prijsopgave in te dienen. Er is geen mogelijkheid tot overleg. De geschreven offerte dient voor zichzelf te spreken. Bedenk dat bijlagen niet altijd worden gelezen. Achteraf reclameren dat de offerte anders bedoeld was, is niet mogelijk.

Volg de formulieren en formats van het zorgkantoor. Vraag in de vragenronde hoe u duidelijk kan maken dat bijvoorbeeld de gemiddelde prijs voor een prestatie hoger is, omdat het voor een deel het instant houden is van onrendabele zorg. De hogere prijs zal leiden tot een mindere ranking. Of dat bijvoorbeeld een afspraak van een groter volume tot een lagere prijs kan leiden en hoe kan dit duidelijk gemaakt worden.

#### **Onderhandeling**

Deze variant lijkt wat makkelijker, maar vraagt wel onderhandelingsvaardigheid en het goed beseffen van de onderhandelingsruimte en onderhandelingsmandaat. Het zorgkantoor moet in de procedure aangeven waar de onderhandeling over mag gaan. Ook bij onderhandelingsprocedures is het gelijkheidsbeginsel van groot belang: alle mededingers moeten bijvoorbeeld beschikken over dezelfde informatie en dezelfde kansen krijgen hun offerte op dezelfde wijze toe te lichten. Weet goed wat de ruimte is, waar binnen onderhandeld mag worden. Weet ook wie mag beslissen dat het onderhandelingsresultaat akkoord is voor u als zorgaanbieder. Bedenk van tevoren wat het minimale resultaat is, dat moet worden behaald. Laat het resultaat schriftelijk bevestigen door het zorgkantoor of draag daar zelf zorg voor.

Van de offerte kan al een prikkel uitgaan om verder te onderhandelen, bijvoorbeeld de bereidheid tot het bieden van onrendabele zorg of de bereidheid verder te praten over de prijsopgave als dit genoemd wordt als onderhandelingsonderwerp. Onderhandelen kan altijd, maar dit wil niet zeggen dat u van uw vooraf gestelde (minimum) eisen of voorwaarden afstapt. Zeg zowel mondeling als schriftelijk geen dingen toe onder het minimumresultaat.

### 3.1 Het tien-stappenplan

Het meedoen in een aanbesteding vraagt een gestructureerde aanpak, waarbij onderwerpen niet over het hoofd gezien mogen worden. De in te leveren offerte moet helder en volledig zijn en dient voor de gestelde sluitingsdatum, 1 december 2006, ingeleverd te zijn. Het tijdpad tussen bekendmaking van de aanbesteding en het inleveren van de offerte is kort. Het betekent niet dat alles in die korte tijd moet gebeuren. Meerdere onderwerpen kunnen al vooraf uitgezocht en geregeld worden. In het tien-stappenplan proberen wij u een structuur, een aantal tips en ideeën aan de hand te doen om succesvol een aanbestedingsprocedure te doorlopen. De structuur en opbouw die wij u bieden kan mogelijk afwijken van de gewenste structuur van uw zorgkantoor. De genoemde onderwerpen zijn echter veelal terug te vinden in aanbestedingsprocedures. Elk zorgkantoor mag haar eigen opzet gebruiken en kiezen voor bijvoorbeeld eigen formats in de offerte. Lees daarom de offerte goed door en pas het gegeven tien-stappenplan erop aan.

Samengevat ziet het stappenplan er als volgt uit:

#### **Tien-stappenplan contractering extramurale zorg 2007**

1. Aankondiging van de opdracht.
2. Aanvragen en eerste beoordeling bestek.
3. Voortgangsplanning offerte.
4. Voorbereiden offerte.
5. Schrijven offerte.
6. Vormgeven, printen, tekenen, afleveren offerte.
7. Nabellen.
8. Ondersteunend: bijhouden digitale offertes bibliotheek.
9. Ondersteunend: bijhouden papieren bibliotheek.
10. Planning en besluitvorming.

*Lees- of gebruikswijzer tien-stappenplan*

In het stappenplan wordt systematisch de aanbestedingsprocedure doorlopen. Het spreekt voor zich, dat het ontwikkelen van een goede offerte in het kader van een aanbesteding valt of staat met een gedegen voorbereiding. De eerste vier stappen van dit plan gaan daarover. Maar uiteindelijk gaat het er natuurlijk ook om dat er een offerte ligt, die precies is toegesneden op hetgeen in het bestek is vastgelegd. De inhoud van uw aanbieding is daarbij van groot belang, maar zeker ook de vormgeving. Volg daarom altijd de vormvereisten die in het bestek beschreven zijn. Anders dan bij de gebruikelijke contractering met het zorgkantoor, zijn procedures en formaliteiten in deze procedures zeer van belang. Het zwaartepunt in dit tien-stappenplan ligt dus nadrukkelijk bij de vijfde stap: het schrijven van de offerte. Neem hier voldoende tijd voor en wees zeer kritisch op hetgeen u voorstelt. Het verdient aanbeveling om uw aanbieding door een kritische buitenstaander te laten beoordelen, voordat u deze indient bij het zorgkantoor.

**1. Aankondiging van de opdracht**

Uiterlijk voor 9 oktober 2006 zullen de zorgkantoren hun aankondiging van de opdracht doen en het inkoopbeleid 2007 bekendmaken. Informatie hierover verschijnt op de website van het zorgkantoor en per brief worden zorgaanbieders uitgenodigd een offerte uit te brengen. De aankondiging verschijnt niet in het Publicatieblad Eg of de TED. Elk zorgkantoor heeft haar eigen afspraken, maar in ZN-verband wordt gestreefd naar afstemming van de data en toelatingeisen, gunningscriteria en uitsluitingcriteria.

Het kan zijn dat het zorgkantoor een informatiebijeenkomst organiseert om de aankondiging te presenteren en toe te lichten. Informeer bij uw eigen zorgkantoor of dit in de procedure is meegenomen. U kunt altijd een verzoek indienen dat het zorgkantoor een informatiebijeenkomst organiseert, als deze niet in de procedure is opgenomen.

*Regionale, bovenregionale en landelijke aanbieders*

Voor zorgaanbieders gevestigd en werkend in een regio is er een aanbesteding en zij moeten dus letten op de brief/website en dergelijke van het eigen zorgkantoor, het zorgkantoor van de regio waarin ze gevestigd zijn.

De bovenregionale aanbieders, die in aaneengesloten regio's werkzaam zijn, hebben met één zorgkantoor te maken en wel het zorgkantoor van de regio waarin zij gevestigd zijn. Door de zorgkantoren zijn hierover onderling afspraken gemaakt. De aangrenzende zorgkantoren dienen onderling informatie uit te wisselen en samen te komen tot afstemming van de zorginkoop waarvoor het eigen zorgkantoor de regie neemt. Zorgaanbieders kunnen niet gedwongen worden overal een toelating aan te vragen. De 'buur-'zorgkantoorregio's' kunnen het budget overhevelen naar de regio van het zorgkantoor waar de zorgaanbieder is toegelaten. Landelijk werkende zorgaanbieders met meerdere toelatingen maken per zorgkantoorregio afspraken.

Stap	Omschrijving	Door	Check
1	<b>Aankondiging van de opdracht</b>		
	Vindplaats: zorgkantoor Frequentie: driemaal per jaar		

Het kan dus zijn dat landelijk werkende zorgaanbieders op diverse aankondigingen van meerdere zorgkantoren moeten letten. Overleg als landelijk werkende zorgaanbieder in de gehandicaptenzorg met het eigen zorgkantoor over deze situatie.

## 2. Aanvragen en eerste beoordeling bestek

Het is belangrijk te checken of alle stukken aanwezig zijn. In de aankondiging wordt de procedure uitgelegd en worden de geschiktheidseisen (basisvoorwaarden om in aanmerking te kunnen komen voor een zorgcontract) en gunningscriteria (wegingsfactoren belangrijk voor de ranking van de zorgaanbieder ten opzichte van andere zorgaanbieders) genoemd. Bekijk ook de uitsluitingscriteria betreffende de eisen die aan de verzekering worden gesteld. Er mogen geen vonnissen of veroordelingen op grond van een aantal wetsartikelen uit het wetboek van Strafrecht tegen de zorgaanbieder zijn uitgesproken. Verder wordt u uitgesloten als er een faillissement dreigt, de beroepsgedragsregels zijn overtreden en er in de beroepsuitoefening een fout is begaan. Tenslotte moeten aan de verplichtingen richting de sociale zekerheidsbijdragen en belastingdienst voldaan zijn. Zorgaanbieders worden uitgesloten bij het verstrekken van valse verklaringen of het leveren van onjuiste informatie die voor de aanbesteding van belang zijn. Vaak worden verklaringen verlangd om te bevestigen dat de zorgaanbieder aan allerlei criteria voldoet.

Het is belangrijk om te bekijken of u kunt voldoen aan de gestelde criteria en of de uitsluitingscriteria van toepassing zijn. Het niet kunnen voldoen aan een aantal eisen leidt tot het niet toelaten tot de aanbesteding, onder andere de toelating tot levering van AWBZ-zorg. Bepaal uw strategie op basis van de door het zorgkantoor gekozen aanbestedingstraject: aanbesteden of onderhandelen.

### *Groei en knelpunten in de zorg*

Het zorgkantoor geeft aan waar zij denkt dat groei nodig is en waar meer concurrentie nodig is. Bekijk of u opereert in de gestelde marktsegmenten en bedenk wat het voor u betekent als er op bijvoorbeeld uw marktsegment meer concurrentie wordt verlangd. Het zal in een dergelijke ontwikkeling een lastige aanbesteding worden. Dit hangt mede af van de mogelijkheid iets te bieden in de segmenten waar groei gewenst is of in een deel van de markt waar onrendabele zorg plaatsvindt.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>2</b>	<b>Aanvragen en eerste beoordeling bestek</b>		
	Aanvragen bestek voor 9 oktober 2006, overige periodes zijn nog niet bekend Uiterlijke inleverdata budgetformulier CTG/ZAio: 1 maart, 15 juli, 1 oktober		
	Laten toezenden naar vast e-mail en postadres. Bij voorkeur herkenbaar, bijvoorbeeld <a href="mailto:tenderbureau@zorggroep.nl">tenderbureau@zorggroep.nl</a>		
	Controleren op ontvangst		
	Eerste beoordeling offerte		
	Go/no go beslissing	Directie	

### 3. Voortgangsplanning offerte

Als u besloten heeft om één van de partijen te worden in de aanbesteding, dan is het belangrijk om de deadlines van de aanbestedingsprocedure van het zorgkantoor goed vast te leggen. Vanuit de deadlines moet teruggerekend worden om te bepalen welke onderdelen wanneer klaar moeten zijn. Het kan zijn dat er verschillende onderdelen of documenten eerder ingezonden moeten worden.

Besteed genoeg tijd aan de eindfase zodat alles voor verzending goed gecontroleerd wordt en de directie/bestuurder de tijd heeft het stuk te bestuderen en te accorderen voor het stuk de deur uitgaat. Eenmaal ingezonden is het stuk niet meer te beïnvloeden en nazenden van aanvullingen heeft meestal geen zin.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>3</b>	<b>Voortgangsplanning offerte</b>		
	Datum stellen van vragen		
	Datum antwoord retour		
	Datum prebid meeting (+ opgave)		
	Datum inhoudelijke planning		
	Datum platte teksten gereed		
	Datum prijsberekening gereed		
	Datum bijlagen gereed		
	Datum vormgeving gereed		
	Datum tekenen		
	Inleverdatum tijd en plaats Maart ronde 2007 uiterlijk 1 december 2006		
	Datum opening enveloppen (+ opgave)		
	Geplande datum gunning		

### 4. Voorbereiden offerte

Een goede voorbereiding is meer dan het halve werk.

#### 4.1 Altijd indienen van vragen

In de eerste fase van de aanbestedingsprocedure is altijd gelegenheid om vragen te stellen aan het zorgkantoor. Bijvoorbeeld om opheldering over de procedure of aanvullende informatie te krijgen als iets niet duidelijk is of als u meer specifieke informatie nodig heeft. Zoals opgemerkt in stap 1 zijn er zorgkantoorregio's die een informatiebijeenkomst inlassen waar de potentiële zorgaanbieders naar toe kunnen en eventueel vragen kunnen stellen. Vraag een bijeenkomst aan als deze niet wordt georganiseerd. Meestal wordt in de aankondiging aangegeven wat daarin de afspraken zijn.

Vaak worden in aanbestedingsprocedures de antwoorden op de gestelde vragen teruggekoppeld naar alle mededingers in een nota van inlichtingen. Bedenk dan ook dat u als u niets hoort, u altijd kan vragen of er zorgaanbieders waren die vragen hebben gesteld en wat het zorgkantoor daarop heeft geantwoord. De antwoorden zijn aanvullend op het bestek.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>4</b>	<b>Vorbereiden offerte</b>		
4.1	<i>Altijd indienen van vragen</i>		
	Standaardvragen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afleveradres en procedure</li> <li>• Huidige aanbieder(s)</li> <li>• Beoordelingscriteria</li> <li>• Wegingsfactoren</li> <li>• Zorgkantoor beleidsnota's/zorginkoop/jaarplan</li> <li>• Toezending <i>alle</i> vragen</li> </ul>		
	Specifieke vragen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op basis van analyse bestek</li> </ul>		

#### 4.2 Verzamelen van achtergrondinformatie

In de aankondiging staat vermeld wat het uitgangspunt is van het zorgkantoor, dit is over het algemeen beknopt. Het is belangrijk om je als zorgaanbieder verder te oriënteren op wat het zorgkantoor, maar ook bijvoorbeeld ZN en het ministerie van VWS, op de langere termijn willen. De offerte moet geschreven worden in de lijn die uitgezet wordt door de opdrachtgever c.q. het zorgkantoor en/of de overheid. Bekijk ook de beleidsregels, prestatiebeschrijvingen extramurale zorg van het CTG/ZAio. Probeer de taal en termen van de zorgkantoor te begrijpen. Er zijn tal van wetten waaraan zorgaanbieders moeten voldoen, wees hiervan op de hoogte. Gebruik die stukken die weer passen in de offerte. Een aantal wetten en regels zijn belangrijk voor de geschiktheidseisen en gunningsvoorwaarden Zorg dat u als zorgaanbieder hiervan de kennis hebt en gebruik de eisen en voorwaarden.

Het CIZ heeft ook bruikbare informatie die u in de offerte kunt gebruiken om uw uitgangspunten van uw offerte te kunnen onderschrijven (de vraag naar zorg, wachtlijsten, trends in de zorgvraag, et cetera).

Zorgkantoren willen zeker bij nieuwe vormen van zorg dat het (wetenschappelijk) bewezen is, dat de nieuwe zorgvorm resultaat oplevert. Zoek de benodigde informatie hiervoor op of laat de eigen ervaringen door deskundigen analyseren.

Er zijn sectoren die al langer met aanbestedingen bezig zijn, bijvoorbeeld de re-integratiebedrijven, misschien is het mogelijk eens van hen een offerte of offerteschema te bekijken.

Vat in een paar kernwoorden of begrippen samen wat het zorgkantoor nu echt wil. Probeer deze woorden en begrippen te verwerken in uw offerte.



Stap	Omschrijving	Door	Check
4	<b>Vorbereiden offerte</b>		
4.2	<i>Verzamelen achtergrondinformatie</i>		
	Op internet is veel informatie te vinden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Google (<a href="http://www.google.nl">www.google.nl</a>)</li> <li>• De websites van zorgkantoren</li> <li>• De website van Zorgverzekeraars Nederland (<a href="http://www.zn.nl">www.zn.nl</a>)</li> <li>• De website van VWS (<a href="http://www.minvws.nl">www.minvws.nl</a>), van College voor Zorgverzekeringen (<a href="http://www.cvz.nl">www.cvz.nl</a>), het CTG/ZAio (<a href="http://www.ctg-zaio.nl">www.ctg-zaio.nl</a>)</li> </ul>		
	Zorgkantoor beleidsinformatie, onder meer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beleidsnota(s)</li> <li>• Jaarplan (vooral strategische en tactische doelen matchen met eigen strategische en tactische doelen)</li> <li>• Inventariseren concurrenten (site zorgkantoor)</li> <li>• Conferenties</li> <li>• Lokale/regionale media</li> <li>• Wie kent wie?</li> <li>• Check</li> </ul>		
	Selecteren voorbeeld offerte(s)		
	Bellen/gesprek met zorgkantoor		
	Samenvatten informatie in maximaal vijf Buzz-words <b>Buzzwords:</b> waar gaat het zorgkantoor ECHT voor?		
	Belangrijke stukken en wetten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• De wettekst van de AWBZ</li> <li>• Prestatiebeschrijving extramurale zorg CTG/ZAio</li> <li>• Documenten in het kader van 'Toetsingskader gehandicaptenzorg' voor zover gereed (o.a. visiedocument)</li> <li>• Kwaliteitswet zorginstellingen</li> <li>• WTG</li> <li>• Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector</li> <li>• Wet BIG</li> <li>• WGBO</li> <li>• Wet medezeggenschap cliënten zorgsector</li> <li>• Mededingingswet</li> <li>• Regeling jaarverslagleggingen zorginstellingen</li> <li>• Kaderregeling AO/IC</li> </ul>		

#### 4.3 Beoordelen geschiktheidseisen/gunningscriteria/uitsluitingscriteria

Bekijk de geschiktheidseisen en gunningsvoorwaarden en concludeer of u eraan voldoet. Waar zitten uw sterke punten en accentueer deze. Wat zijn uw echt zwakke plekken en hoe camoufleer ik deze?

Op basis van de geschiktheidseisen en gunningscriteria worden punten toebedeeld en gekeken naar de zorgaanbieder met de hoogste score. Hoe hoger de score, hoe groter de kans op een gunning. Doe uw voordeel en besef dat punten worden toebedeeld op informatie die u zelf aanlevert. Geef juiste informatie, maar het is verstandig om uw informatie daar waar nodig positiever te kleuren. Bedenk ook hoe hard de gevraagde voorwaarden zijn.

Als er verklaringen verlangd worden van derden, bijvoorbeeld het UWV of een accountant, doe dat dan direct, zodat de verklaringen op tijd binnen zijn om meegezonden kunnen worden.

Stap	Omschrijving	Door	Check
4	<b>Vorbereiden offerte</b>		
4.3	<i>Beoordelen toelatingseisen/gunningscriteria</i>		
	Beoordelen toelatingseisen/gunningscriteria Hoe hard kunnen deze eisen worden getoetst door het zorgkantoor? Hoe kunnen wij sterkte accentueren en zwakte camoufleren? Hoe word ik nummer 1 in de gunning?		

#### 4.4 Analyse cliënten

Nu het belangrijkste gedeelte van de voorbereiding, de redenen waarom de aanbesteding wordt aangegaan: de cliënteninformatie.

De kracht van de zorgaanbieder zit in het feit dat hij de cliënt persoonlijk kent en als het goed is, weet wat deze cliënt wenst. Inhoudelijk op de hoogte zijn van uw doelgroep is essentieel.

Uitgangspunt is dat bestaande zorg wordt gecontinueerd. Het is dus belangrijk te weten welke cliënten er nu worden geholpen en om alle cliëntgegevens inzichtelijk te hebben (bijvoorbeeld leeftijd, het aantal cliënten, de duur van de zorgverlening tot nu toe, de indicatie, de zorgvraag). Vergeet niet de sociale kant te benoemen, zoals de eenzaamheid en de afhankelijkheid van ondersteunende begeleiding en dagbesteding.

Maar ook het verhaal en gezicht achter de cijfers is erg belangrijk. Cliënten kiezen in eerste instantie voor goede zorg en een veilige omgeving met een goede achtervang (opvang). Onderbouw dit met de zorgduur: hoe lang zijn cliënten al bij u, hoe ziet de doorstroom eruit? Ken het volume van de benodigde zorg, maar weet waar zorg moet groeien, bijvoorbeeld door vergrijzing of progressiviteit van de beperking. Is het mogelijk langer in de huidige woning of voorziening te wonen en een plaats in een zorgintensieve voorziening te voorkomen? Weet waar wensen liggen, intra- en extramuraal en weet door welke van de door u geleverde zorg de zelfredzaamheid van uw cliënten zal groeien. Weet wat nodig is in de doorstroming binnen intramurale voorzieningen, meer kleinere woonvoorzieningen of meer extramurale voorzieningen. Benoem de nieuwe doelgroepen en de veranderende zorgvraag.

Benoem de 'witte' vlekken (zorgvragen die nog niet voorzien zijn van een passend zorgaanbod) en bied het zorgkantoor aan mee te willen denken aan de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen om aan die cliëntgroepen een passend zorgaanbod te leveren. Zoek onderbouwingen voor uw bevindingen en ideeën met behulp van bijvoorbeeld een cliëntonderzoek, een bevolkingsonderzoek of een wetenschappelijke publicatie. Let wel, het moeten wel onderbouwingen zijn. Een foute aanvulling kan veel teniet doen.

Laat een goede doelgroepanalyse maken van uw eigen cliënten en besef dat het makkelijker is een klant te verliezen, dan een klant te maken.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>4</b>	<b>Vorbereiden offerte</b>		
4.4	<i>Analyse cliënten</i>		
	Gegevens verzamelen Leeftijd, waar wonen, et cetera. Verloop en zorg duur van de huidige cliënten, continuering zorg! Verwachte toename zorg bij huidige populatie Verwachte en gewenste doorstroom naar andere zorg Nieuwe doelgroepen/zorgvragen Bandbreedte in indicatie berekenen, uitgaan van maximum!		

#### 4.5 Ken de kostprijs van de te leveren producten

In de aanbesteding gaat het naast de volumes ook over de prijs die u offreert. Mocht het zorgkantoor besluiten tot onderhandelen, dan is het uitermate belangrijk te weten hoeveel ruimte u heeft om te onderhandelen. In een aanbestedingsprocedure met veel concurrentie is de prijs mogelijk doorslaggevend. Weet wat de marge is en mocht u verlies draaien op een prestatie, weet dan of er een prestatie tegenover staat die dit compenseert (zowel intra- als extramuraal). Kortom weet de prijs per verrichting (zorgproduct). Als de prijs per verrichting nog niet bekend is, probeer dan bij benadering de prijs te bepalen. Het komt niet aan op een paar eurocent. Weet ook dat er een Break Even Point is, hierbij zijn de kosten gelijk aan de opbrengsten. Onder dit punt levert het zorgproduct een verlies op en daar boven winst. Het is hierbij van belang dat u het minimale volume kent om kostendekkend te opereren. De vaste en variabele kosten moeten inzichtelijk zijn. Als zorgaanbieder heeft u hier een speelruimte.

Informatie over de maximaal beschikbare capaciteit is belangrijk om te weten. Als er groei gerealiseerd kan worden, weet dan met hoeveel volume de capaciteit uw organisatie moet groeien om weer kostendekkend te zijn.

Wat zich bij de vorige onderhandelingsronde (begin 2006) ook al aftekende, is dat zorgkantoren niet meer dan 60 tot 65% van de bandbreedte in de indicatie, in productie willen afspreken.

Dit betekent dat alle uren, van alle indicaties van alle cliënten per prestatie worden opgeteld en 60 tot 65% meetelt voor de productieafspraken. Het zorgkantoor heeft waarschijnlijk het idee dat zorgaanbieders het maximaal aantal uren inzetten vanwege bedrijfmatige overwegingen, terwijl dat in de praktijk niet is bewezen.

Het CIZ doet de indicatie en stelt de omvang van het recht op zorg vast. De zorgaanbieder levert conform en binnen de geldende indicatie de benodigde zorg. In de aanbesteding is het van belang te weten wat de bandbreedte is in de totaal geïndiceerde zorg en wat u hiervan nu benut. Herindiceer op tijd de cliënten die meer zorg nodig hebben dan de indicatie toelaat.

Het zorgkantoor kan sturen op de productmix van de zorgaanbieder, zoals het inkopen van een groot deel goedkope zorgprestaties en een klein deel zwaardere zorgprestaties. De zorg is geïndiceerd door het CIZ. De zorgaanbieder en het zorgkantoor hebben geen invloed op de indicatie en kunnen hieraan geen sturing geven. Soms wordt tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder hierover wel onderhandeld. Het hoeft niet verkeerd te zijn om dit te accepteren, als het volume in euro's maar *gelijk* blijft. In de volgende ronde kan door middel van de realisatiecijfers blijken dat er geschoven dient te worden in de productiemix.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>4</b>	<b>Vorbereiden offerte</b>		
4.5	<i>Ken de kostprijs van de te leveren producten</i>		
	Weet wat het Break Even Point is waarop zorg niet meer renderend is bij minder productie, maar verdient bij extra productie Bij grote volume is een lagere prijs per verrichting mogelijk		

#### *4.6 Ken de concurrent en weet hoeveel concurrentie er op de diverse prestaties zal zijn*

Het zorgkantoor en de overheid willen de cliënt meer keuzevrijheid geven in de zorg die de cliënt ontvangt. Meer zorgaanbidders maakt dat de concurrentie kan toenemen, wat maakt dat er meer marktconforme prijzen zullen ontstaan. Het is een gegeven dat dit mee zal tellen in de gunning. Belangrijk is dus om vooraf te bekijken wie de spelers in de markt zijn. Misschien is overleg mogelijk met belangrijke spelers over de toekomst en de te verwachte verschuivingen in de zorg. Let wel, prijsafspraken en marktverdeling mag niet vanuit het oogpunt van mededinging. Het delen van ervaringen in aanbestedingsprocedures is wel toegestaan. Weet over welke prestaties harder en scherper onderhandeld of geoffreerd dient te worden.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>4</b>	<b>Vorbereiden offerte</b>		
4.6	<i>Ken de concurrent en weet hoeveel concurrentie er op de diverse prestaties zal zijn</i>		

#### *4.7 Matchen van informatie van de opdrachtgever (zorgkantoor en overheid) met onze informatie en productiewensen*

In de voorgaande alinea's is informatie verschaft over een aantal onderwerpen ten behoeve van het opstellen van een goede offerte.

Sommige zaken kunnen voorafgaand aan het aanbestedingstraject onderzocht worden, maar het is voor de interne bedrijfsvoering handig om bepaalde informatie het hele jaar door in een managementinformatiesysteem beschikbaar te hebben.

Bij het opstellen van een goede offerte is het van belang de ideeën en informatie van het zorgkantoor over de aanbesteding en uw eigen informatie te betrekken: wat zijn raakvlakken, welke inhoudelijk informatie en gewenste productieafspraken van ons onderschrijven de doelen van het zorgkantoor, de overheid.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>4</b>	<b>Vorbereiden offerte</b>		
4.7	<i>Matchen van informatie van de opdrachtgever (zorgkantoor en overheid) met onze informatie en productiewensen</i>		

## 5. Schrijven offerte

Het schrijven van de offerte vergt wel wat kunde. Het moet redelijk compact, maar wel vlot te lezen zijn. Verwijzingen naar bijlagen worden vaak slecht gelezen, dus vat de essentie samen en neem de belangrijkste informatie op in het verslag. Belangrijk is ook om te realiseren, dat u in een aanbestedingsprocedure slechts eenmaal de kans krijgt een offerte in te dienen. Die moet dus goed in elkaar zitten.

### 5.1 Inhoudelijke planning offerte

Het zorgkantoor moet zich kunnen vinden in de informatie die u geeft. Maak daarom gebruik van het begrippenkader van het zorgkantoor en verplaats u in de rol van de inkoper van het zorgkantoor. Het is in deze notitie eerder gememoreerd, maar het kan niet genoeg worden benadrukt dat u weet waarmee punten gescoord worden in de beoordeling en neem die onderwerpen zeker en duidelijk op. Weet wat geschiktheidseisen en gunningsvoorwaarden zijn en laat deze terugkomen in de offerte. Weet waarom u als zorgaanbieder kan worden uitgesloten en benoem in de offerte dat dit niet voor u van toepassing is.

Weet de Buzzwords, oftewel weet waar het zorgkantoor echt voor gaat.

Het is belangrijk om de volgorde aan te houden die het zorgkantoor aangeeft in haar aankondiging, zodat de lezer niet hoeft te bladeren of misschien informatie mist, omdat het op een andere plek genoemd wordt. Het kan zijn dat een bestek wordt meegestuurd en dat deze gevolgd moet worden. Het kan ook zijn dat er invulformulieren worden meegestuurd met diverse vragen die de geschiktheid, gunning of uitsluiting checken. In het schema worden diverse onderwerpen benoemd die in het bestek meegenomen en/of gevraagd kunnen worden, maar volg wel het bestek.

Maak een indeling van de offerte, volg het bestek, benoem de kopjes. Per kopje schrijft u de onderwerpen op die vanuit het bestek daar moeten worden beschreven. Check of alle onderwerpen een plek hebben. Bedenk nu waar u uw extra informatie wilt plaatsen. Wat maakt uw offerte sterker en onderschrijft dat u de zorgaanbieder bent waar het zorgkantoor zaken mee moet doen. Check of alles een plek heeft. Check de bijlage en zet ze in volgorde van het bestek. Maak een tijdsplanning van welk gedeelte wanneer klaar moet zijn, wie wat schrijft, wie de eindredactie heeft en wie verantwoordelijk is voor de bewaking van de deadlines.

Leg de indeling en planning voor aan de directie/bestuurder. Na deze tweede go ligt de indeling en inhoud van de offerte vast, hier wordt niet meer van afgeweken.

Na akkoord van de planning begint het schrijven.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>5</b>	<b>Schrijven offerte</b>		
5.1	<i>Inhoudelijke planning offerte</i>		
	Altijd terugkoppelen op bestek: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschiktheidseisen</li> <li>• Gunningscriteria</li> <li>• Aanvullende criteria</li> <li>• Verdeling in percelen</li> <li>• Buzzwords</li> </ul>		
	Indeling in de volgorde van het bestek (bladeren kost punten!). De indeling vastzetten, anders kun je het werk niet efficiënt verdelen.		
	Omschrijving per hoofdstuk/paragraaf. Wat moet er in volgens het bestek, wat voegen wij daar nog aan toe?		
	Check en dubbel check op aandachtspunten zorgkantoor		
	Check en dubbel check op geschiktheidseisen en gunningcriteria.		
	Check en dubbel check op lijst met bijlagen		
	Check en dubbel check op prijs- en risico-elementen.		
	Check en dubbel check op format		
	Check en dubbel check op Buzzwords		
	Confrontatie bestek/huidige producten van uw organisatie. Kunnen wij inderdaad leveren wat het zorgkantoor wil?		
	Tweede go-no go op basis inhoudelijke planning	Directie	
	Accordering inhoudelijke planning	Directie	
	N.b. Na accordering mag nooit meer worden afgeweken!		
	<i>Geen start werkzaamheden zonder planning en akkoord.</i>		

### 5.2 Inhoudelijk schrijven offerte

In het tien-stappenplan worden, van een aantal onderwerpen, items genoemd waar u aan kunt denken en die u op kan nemen in de offerte. Belangrijk: volg altijd de volgorde van het bestek!

Benoem nadrukkelijk waar u voldoet aan de gestelde eisen. Wees diplomatiek en beknopt als een punt nog niet in orde is. Als een punt binnenkort gerealiseerd wordt of realisatie is te verwachten, benoemt u dit in de offerte en noem de termijn waarbinnen het wordt gerealiseerd.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>5</b>	<b>Schrijven offerte</b>		
5.2	<i>Inhoudelijk schrijven offerte (vaak voorkomende onderdelen, maar niet uitputtend)</i>		
	Altijd maatwerk op basis van het bestek!		
	Colofon met juiste contactgegevens van uw organisatie en het zorgkantoor.		
	Inhoudopgave		
	Bedrijfsbeschrijving		
	Bedrijfsfilosofie		
	Visie op Zorg		
	Visie op kwaliteit en verantwoorde zorg en (verwachte) realisatie kwaliteitssysteem (uiterlijk werkend in de loop van 2007)		
	Visie op en bereidheid tot samenwerking in de (nieuwe) zorgketen		
	Analyse huidige cliëntgroep wat van belang is voor de gunning (continuering, groei in zorg vraag) Nieuwe doelgroepen of uitbreiding doelgroepen Doorstroom intramuraal door versterking of groei intramuraal Nieuwe intramurale initiatieven die leiden tot toename van extramuraal (doorstroming)		
	Wijze van communicatie met de doelgroep, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bejegening van de zorgvrager</li> <li>• Bevorderen van de zelfredzaamheid</li> <li>• Respecteren keuzevrijheid zorgvrager</li> <li>• Cliëntparticipatie</li> <li>• Cliëntenraadpleging</li> <li>• Informatie en voorlichting</li> <li>• Nakomen individuele afspraken</li> <li>• Informatie(-map) voor de cliënt</li> <li>• 0900-nummer voor cliënten</li> </ul>		
	Visie op uw dienstverlening, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bijdrage aan zorgvernieuwing</li> <li>• Innovatie</li> <li>• Vraag/klantgestuurd werken</li> <li>• Specifieke cliëntgroepen</li> <li>• Bijdrage aan knelpunten in de zorg</li> <li>• Bijdrage aan oplossen zorg aan moeilijke doelgroepen</li> <li>• Bijdrage aan nieuwe zorgvragen</li> <li>• Bereidheid tot samenwerking in de (zorg)keten</li> </ul>		

	Protocollen voor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wachtlijsten</li> <li>• Weigering en beëindiging zorg</li> <li>• Plaatsing</li> <li>• Verzuim en vervanging</li> </ul>		
	Visie op specifieke prestaties. Welke functies? Zoals: AB, OB, OB, DAG, HV (gaat over naar Wmo), VP en PV		
	Kwaliteitsbewaking en cliëntparticipatie		
	Kwaliteitsbewaking werkprocessen, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteitssysteem (HKZ of gelijkwaardig)</li> <li>• Kaderregeling AO/IC AWBZ</li> <li>• Cliëntvolgsystemen (al dan niet geautomatiseerd)</li> <li>• Erkenningen</li> <li>• Certificaten</li> <li>• Organisatie die de certificering verzorgt</li> <li>• Kwaliteitswet Zorginstellingen</li> <li>• Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen</li> <li>• Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector</li> <li>• Wet Bescherming Persoonsgegevens</li> </ul>		
	Kwaliteit personeel, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantallen</li> <li>• In- en uitstroom per jaar</li> <li>• Ziekteverzuim</li> <li>• Verdeling in management, staf en uitvoering</li> <li>• Opleidingen</li> <li>• Certificaten</li> <li>• Bij- en omscholing</li> <li>• BIG-registratie/voorbehouden handelingen, bijscholing, borging kwaliteit, samenwerking eerste of tweedelij</li> <li>• Begeleiding</li> <li>• Toepasselijke CAO</li> <li>• Sociale en communicatieve vaardigheden</li> <li>• Beheersing Nederlands in woord en geschrift</li> <li>• Kennis en beheersing buitenlandse talen en culturen</li> </ul>		
	Lokale kennis, ervaring, netwerken		
	Plaats van uitvoering werkzaamheden		
	Lokale samenwerkingspartners		
	Referentieprojecten Voorbeelden van eerder uitgevoerde opdrachten Denk eraan dat er inderdaad navraag kan worden gedaan naar de opdrachten.		



	<p>Inrichting en organisatie projectadministratie Op welke wijze garanderen wij het zorgkantoor echt van goede rapportages en beperking van de administratieve last. Laat dus zien dat u goed op de hoogte bent van de administratieve kant van het monitoren en registreren van AWBZ-zorg.</p>		
	<p>Continuïteit van de zorg, waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorkomen van uitval en ziekteverzuim van het eigen personeel</li> <li>• Uren waarop de zorg kan worden geleverd</li> <li>• Zorg die meerdere malen per dag moet worden geleverd</li> <li>• Maatregelen om bij uitval snel te zorgen voor vervanging</li> <li>• ‘Vaste verzorger’ voor de cliënt</li> <li>• Inzet zorg binnen x dagen na aanmelding</li> </ul>		
	<p>Bereidheid om kosteloos mee te werken aan een cliënttevredenheidsonderzoek.</p>		
	<p>Bereidheid om personeel over te nemen van de bestaande aanbieder (inspanningsverplichting).</p>		
	<p>Bereidheid samenwerking en samenspraak met het zorgkantoor, waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereidheid mee te praten en denken over witte vlekken (leemtes) in de zorg</li> <li>• Telefonisch bereikbaar tijdens kantooruren</li> <li>• Communicatie per e-mail mogelijk (of beter)</li> <li>• Vaste en bevoegde contactpersoon voor het zorgkantoor</li> <li>• Planning/roostering van de werkzaamheden</li> <li>• Tijdige start van de werkzaamheden garanderen</li> <li>• Maandelijks, kwartaal en jaarrapportage (inclusief tijdige aanlevering)</li> <li>• Genereren en aanleveren gegevens voor vaststelling eigen bijdrageregeling</li> <li>• Mogelijk maken van controle op declaraties (ook in het softwaresysteem van de aanbieder).</li> <li>• Bereidheid om deel te nemen aan periodiek regionaal zorgoverleg.</li> </ul>		
	<p>‘Extra verklaringen’, waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verklaring juistheid en volledigheid van de verstrekte informatie</li> <li>• Verklaring geheimhouding en vertrouwelijkheid</li> <li>• Verklaring publiciteit over het project</li> </ul>		

### 5.3 Prijsopgave

De prijsopgave moet in bijgeleverde format aangeleverd worden. Mocht er ruimte zijn voor toelichting op het formulier, dan kunt u daar, indien nodig, gebruik van maken.

Per prestatie wordt een vaste prijs voor het hele jaar afgesproken.

Wees bewust dat het soms helpt om specificaties te maken van de opbouw van de prijs. Mocht er bijvoorbeeld binnen één prestatie onrendabele zorg geleverd worden, dan gaat de prijs gemiddeld omhoog. Zet de verklaring voor dergelijke verschillen in de offerte en in een voorblad of toelichting op de prijsopgave. Maak deze extra kosten inzichtelijk.

Bijvoorbeeld

Volume G normale zorg x prijs V

Volume H onrendabele zorg x prijs Y

$(\text{volume G} \times \text{prijs V} + \text{volume H} \times \text{prijs Y}) / (\text{volume G} + \text{H}) = \text{gemiddelde prijs Z}$

Op deze wijze kunt u verschillende prijzen incalculeren voor de verschillende doelgroepen of gedifferentieerde zorg binnen dezelfde prestatie.

Het is ook mogelijk om een voorstel te doen om met een bepaald minimumvolume een korting te geven op de prijs per verrichting. Let wel op, dat dit laatste een onderhandelingsvoorstel is en dat u op de prijsopgave wel de prijs noteert die u wilt afspreken als het volume niet wordt toegekend.

Mocht u duurdere zorg leveren binnen een prestatie, verklaar dan ook waarom u afwijkt van het (landelijk) gemiddelde. Onderbouwing van uw argumentatie met cijfers kan helpen om uw verklaring kracht bij te zetten, maar is tegelijkertijd ook riskant, want deze cijfers kunnen tegen u gebruikt worden.

Als er meerdere diensten in een project geleverd worden, dan kan ook aangegeven worden wat de kosten zijn per verrichting/per project en dit in zijn geheel per prestatie te middelen en inzichtelijk te maken.

De prijs die u in de offerte op de prijsopgave zet, hoeft niet de werkelijke prijs te zijn. Dat hoeft niemand te weten, als u zelf maar wel inzicht heeft in de juiste prijs.

Bereken in totaal, intramuraal en extramuraal, of de geoffreerde prijzen en volume in balans zijn. Bedenk de risico's die u loopt bij minder of geen gunning en kijk of de prijsopgave dan als nog in balans is. Weet ook het minimum dat in volume nodig is om zorg te continueren en financieel niet in de problemen te komen.

De prijsopgave dient voor akkoord getekend te worden door de directie/bestuurder. Mochten er specificaties of projectberekeningen zijn, dan dient de directie/bestuur ook hier een akkoord aan te geven.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>5</b>	<b>Schrijven offerte</b>		
5.3	Prijsopgave (prijsopgave conform opzet zorgkantoor, met mogelijke onderdelen)		
	Integrale prijs		
	Prijs per verrichting		
	Maximumprijs per uur		
	Niet boven CTG/ZAio tarief		

Bonus/malus, bijvoorbeeld bij:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onvoldoende kwaliteit.</li> <li>• Te late levering.</li> <li>• Teveel uitval.</li> <li>• Niet tijdige rapportage.</li> </ul>		
Volume korting		
Overige kosten		
Verborgten kosten		
Toepasselijkheid BTW		
Prijsindexering		
Bijkomende kosten		
Ken de onrendabele zorg en maak de extra kosten inzichtelijk		
Minimale en maximale capaciteit		
Voor welke percelen wordt ingeschreven		
N.B. altijd zelf interne kostprijs/project-berekeningen maken in Excel; deze zijn per definitie niet gelijk aan de tarieven die u in de offerte noemt.		
Aparte goedkeuring kostprijs/projectberekening	Directie	
N.b. Prijsopgave altijd apart laten ondertekenen!	Directie	

#### 5.4 Bijlagen: alleen toevoegen wat wordt gevraagd

Zoals reeds eerder genoemd in deze notitie is het van belang de bijlagen in volgorde van het bestek aan te leveren en te checken of alles erbij zit. In het tien-stappenplan wordt een aantal mogelijke bijlagen genoemd. Een aantal is reeds in het bezit van het zorgkantoor, als u al langer een contract met hen heeft. Bekijk het bestek en check of u werkelijk alles heeft bijgevoegd wat nodig en vereist is. Bij twijfel is het mogelijk het zorgkantoor te consulteren of bepaalde informatie nodig is en laat dit schriftelijk bevestigen.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>5</b>	<b>Schrijven offerte</b>		
5.4	<i>Bijlagen</i> (alleen toevoegen wat wordt gevraagd, bij aanbestedingen in het algemeen komen onderstaande onderdelen veel voor. Altijd maatwerk op basis van het bestek. Bij twijfel altijd <b>wel</b> bijvoegen. 'Later toezenden' is niet mogelijk!)		
	Organisatiegegevens: achtergrond, organisatiefilosofie, organigram		
	Eigen verklaring faillissement. Zorgkantoor voegt misschien eigen format bij; dit altijd strikt volgen		
	Conformiteit algemene inkoopvoorwaarden zorgkantoor. Eigen voorwaarden moeten vaak worden uitgesloten. In de regel gaan aanbieders hiermee akkoord.		

Conformiteit voorbeeld/standaard contract zorgkantoor. In de regel gaan alle aanbieders hiermee akkoord.		
Referentieprojecten, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgkantoor</li> <li>• Andere opdrachten</li> </ul>		
Algemeen overzicht activiteiten instelling		
Overzicht personeelsbezetting, onder meer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal jaren werkervaring</li> <li>• Niveau opleiding</li> <li>• Woonplaats binnen/buiten regio</li> </ul>		
Curricula vitae medewerkers (vaak op basis van format)		
Financiële basisgegevens laatste drie jaren. Vaak zowel voor de holding als de werkmaatschappij, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Balanstotaal (a)</li> <li>• Totaal Eigen Vermogen (b)</li> <li>• Totaal debiteuren (c)</li> <li>• Totaal liquide middelen (d)</li> <li>• Totaal Activa</li> <li>• Totaal Kort Vreemd Vermogen (e)</li> <li>• Totaal Vreemd Vermogen</li> <li>• Bedrijfsresultaat voor belasting (f)</li> <li>• Quick Ratio: (c+d)/e</li> <li>• Rentabiliteit: f/a</li> <li>• Totale omzet</li> <li>• Relevante omzet voor aanbesteding</li> </ul> N.b. Soms met accountantsverklaring		
Soms ook: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volledige jaarstukken</li> <li>• Volledige accountantsverklaring</li> <li>• Of het Jaardocument zorg.</li> </ul>		
Verklaring van uw bank inzake voldoende middelen om de opdrachten uit te kunnen voeren		
Verklaring van uw belastingdienst inzake afdracht belastingen.		
Verklaring van het UWV inzake afdracht premies.		
Sociaal/maatschappelijke betrokkenheid, blijkende uit onder meer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantelzorgers ondersteunen</li> <li>• Vrijwilligerswerk faciliteren</li> <li>• Stage- en leerwerkplekken bieden</li> <li>• Ondersteuning (oudere) migranten</li> <li>• Samenwerking met re-integratiebedrijf</li> </ul>		

	'Interne verslagen', zoals: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteitsverslag</li> <li>• Arboverslag</li> <li>• Sociaal Jaarverslag</li> <li>• Verkort financieel Jaarverslag</li> <li>• Medezeggenschapsverslag</li> <li>• Recent klanttevredenheidsonderzoek</li> </ul>		
	Verklaring volledigheid en juistheid offerte		
	Verklaring wel/geen onderaannemer, inclusief: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschrijving verdeling werkzaamheden</li> <li>• Verklaring aansprakelijkheid hoofdaannemer</li> <li>• Verklaring hoofdelijke aansprakelijkheid bij combinatie</li> </ul> N.b. Meestal maar één mogelijkheid van deelname (one bidder, one bid)		
	Klachtenreglement, met onder meer: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klachtenregistratie</li> <li>• Rapportage aan Zorgkantoor over klachten en afhandeling</li> <li>• Op schrift stellen van mondelinge klachten</li> <li>• Afhandeling klachten binnen x werkdagen</li> </ul>		
	Privacyreglement, onder meer: Conformiteit aan Wet Bescherming Persoonsgegevens		
	Sjabloon prijsopbouw		
	Verklaring aansprakelijkheid Holding		
	Polis aansprakelijkheidsverzekering		
	Polis beroepsrisicoverzekering		

### 5.5 Aanbiedingsbrief

In de aanbiedingsbrief kunt u aangeven binnen welke termijn de offerte geldig is, dat u bereid bent om te overleggen, nadere informatie te verstrekken en te onderhandelen over de door u ingediende offerte. Hiermee zegt u niet dat u bereid bent de offerte te wijzigen of de prijzen te veranderen. Geef duidelijk aan wie aanspreekpunt is binnen uw organisatie over deze offerte. De aanbiedingsbrief dient getekend te worden door de directie of de persoon binnen uw organisatie die geregistreerd staat bij de Kamer van Koophandel.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>5</b>	<b>Schrijven offerte</b>		
5.5	<i>Aanbiedingsbrief (Standaardelementen)</i>		
	<i>N.b. Altijd maatwerk op basis van het bestek</i>		
	Gestanddoeningstermijn offerte (geldigheidsduur). Meestal minimaal zes maanden		
	Bereidheid tot nadere informatie en overleg		
	Gegevens contactpersoon		
	Bevoegde ondertekening Dus door persoon die staat vermeld in het register van de Kamer van de Koophandel		

### 5.6 Inhoudelijke eindredactie en controle

De eindredactie maakt van alle losse bestanddelen een geheel. Zorg ervoor dat de stijl gelijk is en dat het verhaal makkelijk leesbaar is. Check of alle onderwerpen en items beschreven zijn zoals afgesproken in de geaccordeerde indeling. Let op spel en taalfouten, laat meerdere mensen het verhaal lezen. Check de opgegeven inhoud met de inhoudsopgave en controleer de prijsopgave op typefouten. Reken de prijsopgave nogmaals door aan de hand van de zelfgeprinte prijsopgave en controleer zorgvuldig op eventuele fouten.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>5</b>	<b>Schrijven offerte</b>		
5.6	<i>Inhoudelijke eindredactie en controle</i>		
	Check met inhoudelijk planningsdocument		
	Spel, taal en stijlfouten!		
	Check inhoudsopgave/inhoud		
	Dubbelcheck <i>geprinte</i> prijsopgave (narekenen!)		

### 5.7 Format

Gebruik het aangeleverde format. Draag zorg voor een keurige lay-out, waaronder gebruik van kopjes, duidelijk lettertype, et cetera.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>5</b>	<b>Schrijven offerte</b>		
5.7	<i>Format (Standaardelementen)</i>		
	<i>N.b. Altijd maatwerk op basis van het bestek</i>		
	Brief		
	Adressering		
	Controlelijst		
	Vormgeving envelop <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedrijfsnaam wel/niet</li> <li>• Niet openen tot XX tekst</li> <li>• Offertenaam/nummer</li> <li>• Speciale envelop gemeente</li> </ul>		
	Vormgeving offerte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantal</li> <li>• Ingebonden/losbladig</li> <li>• Ook per e-mail</li> <li>• Ook op CD-Rom</li> <li>• Vast/in ordners</li> <li>• Kop/voettekst</li> <li>• Paginanummering</li> <li>• Origineel/kopieën</li> <li>• Leesbestendigheid</li> </ul>		

**6. Vormgeven, printen, tekenen, afleveren offerte**

Het geheel moet vormgegeven en geprint worden. Bedenk in de planning vooraf dat dit veel tijd kost. Laat zaken opvallen. Maak bijvoorbeeld gebruik van gekleurd papier om accenten te leggen of geef door middel van kleur aan over welke prijzen verdere informatie wordt verstrekt in de offerte.

Laat de offerte tekenen door de persoon die binnen uw organisatie bevoegd is en zorg dat de offerte op tijd bij de opdrachtgever ligt. Lever deze zelf af (niet opsturen!). Vraag om een ontvangstbevestiging, omdat dat de reactietermijn van de opdrachtgever bepaalt. Deze reactie moet goed bewaard worden.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>6</b>	<b>Vormgeven, printen, tekenen, afleveren offerte</b>		
	Vormgeven met standaard opmaak Kost véél meer tijd dan je denkt!		
	Printen op kleurenprinter		
	Tekenen door bevoegd persoon		
	Op tijd afleveren bij opdrachtgever		
	Verkrijgen bericht van ontvangst		
	Bewaren bericht van ontvangst		
	Bij openbare opening: achterhalen concurrentie		

**7. Nabellen**

Bewaak de termijn waarop het zorgkantoor met een reactie zal komen. Als de termijn is verstreken en reactie van het zorgkantoor uitblijft, neem dan zelf het initiatief en contact op met het zorgkantoor. Als de betreffende persoon bij het zorgkantoor afwezig is, behoud dan zelf het initiatief om opnieuw contact te leggen met het zorgkantoor. Laat je niet terugbellen, bel zelf!

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>7</b>	<b>Nabellen</b>		
	Bewaken reactie termijn opdrachtgever		
	Bellen bij te late reactie opdrachtgever		
	Nabellen bij afwijzing		
	Start gesprek bij gunning		

**8. Ondersteunend: bijhouden digitale offertes bibliotheek**

Het is aan te raden om een heel duidelijk en strikte vorm van archiveren te hanteren van al uw digitale documenten, zoals uw ingediende offerte, bijlagen, sjablonen en Excel-bestanden voor de prijs. Bij vragen kunt u dan gemakkelijk op de gearchiveerde documenten terugvallen en voor de toekomst bespaart u dit veel tijd.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>8</b>	<b>Ondersteunend: bijhouden digitale offertes bibliotheek</b>		
	Digitale versies van alle uitgebrachte eindversies		
	Digitale versies van alle planningsdocumenten		
	Digitale versie van alle standaard tekstgedeelten		
	Digitale versies van Excel-prijsberekeningen		
	Digitale versies van bijlagen		
	Digitale versie standaard aanbiedingsbrief		
	Digitale versie standaard opmaak sjabloon		

### 9. Ondersteunend: bijhouden papieren bibliotheek

Hiervoor geldt hetzelfde als voor punt 8.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>9</b>	<b>Ondersteunend: bijhouden papieren bibliotheek</b>		
9.1	<i>Documentatie</i>		
	Inschrijving KvK/per drie maanden		
	Verklaring belasting/per drie maanden		
	Verklaring UWV/per drie maanden		
	Verzekeringspolis/per jaar		

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>9</b>	<b>Ondersteunend: bijhouden papieren bibliotheek</b>		
9.2	<i>Offertemap (per offerte)</i>		
	Advertentie		
	Bestek		
	Nota(s) van inlichtingen		
	Offerte		
	Aanbiedingsbrief		
	Prints e-mail met gemeente		
	Gespreksverslagen		
	Gunning/afwijzing		

### 10. Planning en besluitvorming

Voor u als zorgaanbieder is het belangrijk om de gevraagde stukken op tijd af te hebben en op tijd aan het zorgkantoor aan te leveren. Het is ook belangrijk dat de inhoud van uw offerte klopt met de door u uitgedachte strategie en doelen, dat bijvoorbeeld de volumes en prijsopgaven kloppen.

Om het aanbestedingstraject goed te doorlopen is het voor u belangrijk om te weten wie waar verantwoordelijk voor is, spreek dit vooraf duidelijk af. Helderheid vooraf scheelt problemen later. De vraag wie binnen uw organisatie eindverantwoordelijk is voor het aanbestedingstraject moet ook vooraf afgesproken worden. Het belang van de aanbesteding voor de inkomsten en voortbestaan voor uw organisatie hoeft niet nader uitgelegd, maar maakt wel dat er transparante en heldere afspraken worden gemaakt over het aanbestedingstraject.



Wie beslist dat de gekozen weg, inhoud en prijs akkoord is? In het stappenplan worden een aantal 'go' of 'not go' of beslismomenten gevraagd, weet wie van u de knoop moet doorhakken.

Naast bevoegdheden en verantwoordelijkheid dient u ook af te spreken wie het gehele proces bewaakt en wie met welke rol meewerkt in het traject.

Wie zorgt er voor dat deadlines ook als deadlines worden ervaren en voor de gestelde tijd de taken af zijn. Stel een procesmanager aan en spreek met hem af wat zijn bevoegdheden zijn en welke terugkoppeling u verwacht naar de leidinggevende, directie of raad van bestuur. Aanbesteden is een proces dat een beroep doet op meerdere afdelingen en mensen van uw organisatie, een procesmanager moet de bevoegdheid hebben om de verantwoordelijke mensen en afdelingen aan te spreken, te leiden en indien nodig te corrigeren om de aanbesteding te laten slagen. U dient met de projectleider duidelijk af te spreken wie waarvoor ingezet mag worden en deel uitmaakt van het 'offerteteam'. Wees helder naar alle leden van dit team wat van hun verwacht wordt en dat een gestelde datum ook echt een datum is. Mocht iemand het niet redden of bang zijn het niet te redden, roep dan ruim op tijd hulp in. Wees alert op uitval en vertrek van personeel en regel een back up voor de meest essentiële onderdelen van de aanbesteding. Spreek, ruim voor de einddatum, data af waarop concepten klaar dienen te zijn. Misschien moeten er wel meer conceptronden worden ingelast.

Laat de projectleider voortdurend een vinger aan de pols houden bij alle leden. Spreek regelmatig overleg af om de voortgang te bewaken en ontwikkelingen te volgen. Laat vastleggen op welke momenten er contacten zijn geweest (individueel en als team) en wat daarvan de bevindingen zijn.

Is uw offerte de deur uit, dan is de aanbesteding nog niet rond. Mocht er een onderhandeling volgen, bereid dit dan goed voor. Laat iemand de reactietermijnen van het zorgkantoor goed bijhouden. Spreek vanuit uw organisatie één contactpersoon af die met het zorgkantoor over de aanbesteding overlegt. De contactpersoon is verantwoordelijk voor bijvoorbeeld het voorbereiden en geven van een reactie als het zorgkantoor zou vragen om aanvullende informatie. Spreek ook hier de verantwoordelijkheid en bevoegdheden af, bijvoorbeeld wie van u geeft toestemming en controleert de reactie.

Aanbesteden van zorg is een gegeven. Probeer met alle betrokkenen direct na afloop van iemands taak te evalueren wat ervaringen en aandachtspunten zijn voor de toekomst. Wat ging goed en was goed te onderbouwen? Welke informatie of gegevens waren moeilijk te verkrijgen? Documenteer al u ervaringen van dit aanbestedingstraject en maak vanuit uw bevindingen beleid voor de volgende aanbesteding.

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>10</b>	<b>Planning en besluitvorming</b>		
10.1	<i>Bevoegdheden</i>		
	Instellen offerteteam		
	Bevoegdheid go/no go		
	Bevoegdheid tekenen		
	Bevoegdheid vaststellen inhoud		
	Bevoegdheid vaststellen prijs		

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>10</b>	<b>Planning en besluitvorming</b>		
10.2	<i>Voortgangsbewaking</i>		
	Bewaking aangevraagde/ontvangen bestekken		
	Bewaking voortgangsplanning offerte		
	Bewaking reactie op offerte		

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>10</b>	<b>Planning en besluitvorming</b>		
10.3	<i>Offerteteam</i>		
	Eindverantwoordelijkheid offerteproces		
	Voortgangsbewaking offerteproces		
	Kwaliteitsbewaking offerteproces		
	Deelnemers offerteteam		
	Taakverdeling offerteteam		

Stap	Omschrijving	Door	Check
<b>10</b>	<b>Planning en besluitvorming</b>		
10.4	<i>Overleg en evaluatie</i>		
	Evaluatie individuele offertes		
	Periodiek offerte overleg		
	Evaluatie/bijstellen proces		
	Inbedding en borging in de organisatie		

### 3.2 Tips en trucs

1. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende zorg. Hier heeft het zorgkantoor de zorgaanbieders bij nodig. Zorgaanbieders hebben als geen ander zicht op de ontwikkeling van de zorgvraag en kunnen hiervoor slimme voorstellen ontwikkelen voor het zorgkantoor, nog voordat er schrijnende situaties of wachtlijsten ontstaan.
2. Bestaande zorg is gegarandeerd. Groei in bestaande zorg kan niet worden geweigerd. De onderhandelingen zullen dus alleen maar over de prijs voor bestaande zorg en gunning van groei (nieuwe cliënten) gaan. U staat sterk in de onderhandeling als u kunt aantonen wat u al heeft gedaan om vraag naar zorg te beperken (doorstromen) en de kosten te beheersen.
3. Ken de kostprijs, de onrendabele zorg en de extra kosten hiervan en weet wat de marge van onderhandelen is. Het zorgkantoor weet de gemiddeld afgesproken prijs per prestatie landelijk en van de eigen regio. Deze gemiddeld afgesproken prijs zegt echter niets over de daadwerkelijk prijs. Niemand buiten uw organisatie hoeft de werkelijke kostprijs te weten. Vertel niet welke producten worden afgesproken boven of onder de kostprijs, maar vereffen deze intern. Er kan natuurlijk ook een verrekening plaatsvinden tussen intramurale en extramurale opbrengsten.
4. Bekijk op termijn waar sturing op de kosten mogelijk is.
5. Ken de bandbreedte van de indicatie. Binnen de indicatie mag verantwoorde en benodigde zorg worden gegeven conform de prestatiebeschrijvingen. Het kan zijn dat het zorgkantoor wil sturen op maximaal 60 tot 65% van de bandbreedte van het totale volume.

- In feite gaan ze hiermee op de stoel van het CIZ en op de stoel van de zorgaanbieder zitten en wordt ervan uitgegaan dat zorgaanbieders onnodig meer leveren uit bedrijfsbelang. Het wordt steeds belangrijker dat cliënten bij verzwaren van de zorgvraag over een passende indicatie blijven beschikken.
6. De zorgaanbieder kent de cliënt en diens zorgvraag. Het zorgkantoor is voor informatie over de markt van zorgvraag goeddeels afhankelijk van de zorgaanbieders. AZR geeft maar een beperkt beeld van de cliënt en diens hulpvraag. Wees hiervan bewust en bereid het verhaal rondom de zorgvraag inhoudelijk goed voor. Ken de feiten en de voorbeelden die de feiten onderstrepen, zonder in een slachtofferrol te vervallen.
  7. Weet de wens en zorgvraag van de eigen cliëntenpopulatie in de toekomst en denk bij het maken van productieafspraken vooruit. Nodig het zorgkantoor uit voor werkbezoeken en betrek daar (enthousiaste) cliënten of uw cliëntenraad bij. Laat hen uw ambassadeur zijn!  
Neem het onderwerp ook mee bij een cliëntenraadpleging. Besef op welke momenten het zorgkantoor de marktanalyse maakt (dat is voor 2007 al in juli en augustus gebeurd) en lever gevraagd en ongevraagd informatie over de eigen doelgroep. Verken de markt voordat het zorgkantoor de markt verkent.
  8. De zorgvraag wordt bepaald door de indicatie, niet door de zorgaanbieder. De zorgaanbieder volgt in productmix de indicaties.
  9. Sturen op lichtere zorgzwaarte (en dus goedkopere zorg) bij CIZ geïndiceerde zorg is niet mogelijk omdat u daar als zorgaanbieder geen invloed op heeft. Toch wordt dit soms geprobeerd. Spreek af in gelijk volume in euro's en herschik later in juli of oktober naar de juiste verhouding in geleverde prestaties.
  10. Kwaliteit zit niet vast op het hebben van een kwaliteitssysteem en certificaat. Het is echter wel een eis. Probeer hier zo snel mogelijk aan te voldoen. Wees nu niet te ambitieus en probeer het systeem niet in één keer goed neer te zetten. Een opstapcertificaat is een stap in de goede richting, laat het kwaliteitssysteem vervolgens groeien. De eis is een werkend kwaliteitssysteem of een aantoonbare realisatie van een werkend kwaliteitssysteem in 2007.
  11. De AO/IC regelt de rechtmatigheid en verantwoording van de geleverde zorg. Registratie van geleverde zorg en het kunnen werken in en met AZR is een voorwaarde tot toelating. Een juiste indicatie, een zorgovereenkomst en een zorgplan zijn redelijk goed te realiseren of al gerealiseerd. Bij een opstapcertificaat wordt het zorgplan ook vereist.  
In feite is dan goeddeels voldaan aan de AO en laat de Interne Controle zich hierop volgen. Wees pragmatisch en probeer niet alles in één keer te realiseren.
  12. Realiseer nieuwe projecten en bedenk of die gerealiseerd kunnen worden op de grens van extramuraal, maar die toch intramuraal zijn. Dat voorkomt aanbesteding in het regiobudget op dit moment. Weet wel dat het later alsnog in de aanbesteding intramuraal mee zal doen.
  13. Maak bij nieuwe aanvragen en initiatieven duidelijk welke cliënten met welke zorgvraag ermee worden geholpen. Waar komen ze vandaan, waar zitten ze nu, welke ruimte biedt het voor anderen, wat moet erop volgen om het een succes te laten worden, onder welke prestaties valt het, et cetera. Hoe preciezer de gegevens, hoe groter de kans dat het wordt toegelaten.

## Hoofdstuk 4

### **Contractering zorg met verblijf/intramurale zorg**

De contractering van verblijfszorg verandert in 2007 niet wezenlijk ten opzichte van 2006. Vanwege de contracteerverplichting is een aanbestedingsprocedure hier niet aan de orde. De ruimte om te onderhandelen is relatief beperkt. Het gaat dan met name over de toeslagen. De capaciteit is een gegeven op basis van de toelating. In dit hoofdstuk gaan wij in op vier belangrijke onderwerpen met betrekking tot contractering van de verblijfszorg:

- Zorgzwaartepakketten.
- De toeslagen voor bijzondere zorg.
- Uitbreiding van capaciteit.
- Zorg-op-maat regeling

#### **4.1 Zorgzwaartepakketten**

Op 1 januari 2007 wordt de zorgzwaartebekostiging AWBZ voor de zorg met verblijf formeel ingevoerd. 2007 is een overgangsjaar, u zult daarom volgend jaar nog geen financiële gevolgen ervaren van de invoering van dit nieuwe bekostigingssysteem.

Voor uw productie- en budgetafspraken 2007 zult u nog op basis van de huidige beleidsregels afspraken maken met uw zorgkantoor. Daarnaast is het de bedoeling om parallel hieraan ook uw productie op basis van de ZZP's vast te leggen. De resultaten van de ZZP-score dient u gelijktijdig in te dienen met uw budgetformulier bij het CTG/ZAio dan wel bij haar rechtsopvolger: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Voor het scoren van de ZZP's is een landelijk instrument ontwikkeld. In oktober en november 2006 worden overal in het land instructiebijeenkomsten georganiseerd om de toepassing van dit instrument uit te leggen. Op de website [www.zorgzwaartebekostiging.nl](http://www.zorgzwaartebekostiging.nl) vindt u hierover nadere informatie.

Het is belangrijk dat u bij de zorgcontractering 2007 het 'scoren' in ZZP's nauwgezet doet. De resultaten van deze inventarisatie worden in het voorjaar van 2007 gevalideerd door het CIZ, hetgeen kan leiden tot bijstelling van uw scores. De zodoende vastgestelde score zal de basis gaan vormen voor het te starten herallocatietraject.

Het zorgkantoor zal in 2007 met u een mix van ZZP's moeten afspreken die correspondeert met de geïndiceerde zorg van uw cliënten. Is het afgesproken productievolume onvoldoende, dan zult u niet in staat zijn de cliënten de zorg te verlenen waarop zij jegens het zorgkantoor recht hebben op grond van hun AWBZ-indicatie. U kunt dan in de problemen komen, want u kunt uw afspraken, vastgelegd in de zorgovereenkomst, jegens uw cliënt niet nakomen. Het is daarom belangrijk dat u de afspraken met de cliënt over de te bieden zorg reëel inschat en vaststelt. Datzelfde geldt overigens ook als de zorgzwaarte van uw cliënten (indicaties) lopende het jaar gemiddeld zwaarder wordt. In de zorgcontractering met het zorgkantoor zal hier vermoedelijk geen rekening mee gehouden worden. U wordt aangeraden om voortdurend de ontwikkeling van de zorgzwaarte (indicaties) te bewaken en dit te betrekken in uw productievoorstel.

U moet zich bedenken dat u als zorgaanbieder in feite twee contractrelaties heeft: met de cliënt in de vorm van het zorgplan/de zorgovereenkomst, met het zorgkantoor een contractuele overeenkomst om AWBZ-verzekerde zorg te leveren. De indicatie vormt daarbij in feite de bovengrens.

Cliënten zijn verantwoordelijk voor het hebben van een 'juiste' indicatie. Het is voor u van belang dat u de indicaties van uw cliënten goed in beeld en op orde heeft. De indicaties moeten in overeenstemming zijn met de geboden zorg en de zorg die voor de cliënt vereist is. Nieuwe cliënten (en herindicaties) zullen met ingang van 2007 geïndiceerd worden op basis van de ZZP-systematiek. U moet overwegen of u de bestaande cliënten nog onder de oude systematiek (tot eind 2006) laat herindiceren door het CIZ of dat u dit in 2007 laat doen op basis van de ZZP-systematiek.

In het najaar van 2006 worden door u met behulp van een landelijk ontwikkeld instrument uw cliënten gescoord op basis van de ZZP-systematiek. Als u beschikt over actuele en accurate indicaties kunt u goed beargumenteren waarom een bepaalde cliënt 'zwaarder' scoort dan een andere. U moet zorgvuldig in beeld brengen wat die indicaties (in ZZP's) voor uw organisatie betekenen als het gaat om de door u af te spreken volumes (Q). Over de prijs (P) zal niet onderhandeld worden, hier gelden de maximumtarieven zoals die zijn vastgelegd in de beleidsregels van het CTG/ZAio.

#### *Verantwoorde inzet van mensen*

Het is voor uw organisatie zeer van belang dat u in uw bedrijfsvoering de verbinding legt tussen de gecontracteerde zorgvolumes en de daadwerkelijke inzet van medewerkers. In de nieuwe bekostigingssystematiek wordt u min of meer gedwongen de inzet van uw medewerkers af te stemmen op de mogelijkheden die het bekostigingssysteem biedt om productie te maken (en betaald te krijgen). Alleen de zorg die geïndiceerd is door het CIZ en die past binnen de overeengekomen volumes, kan met u afgerekend worden.

Naar de cliënt toe moet u kunnen verantwoorden dat de cliënt de zorg inhoudelijk heeft gekregen die met hem of haar in de zorgovereenkomst of in het zorgplan is overeengekomen (passend binnen de indicatie). Hierbij moet puur gekeken worden naar de kwaliteit en inhoud van de geleverde zorg, niet naar de financiële verantwoording richting de cliënt.

## **4.2 Toeslagen**

Met het zorgkantoor kunt u onderhandelen over de toepassing van toeslagen (bijvoorbeeld NAH- en SGLVG-toeslagen). Tot op heden wordt hier verschillend mee omgegaan door zorgkantoren, omdat een eenduidig toetsingskader ontbreekt. U kunt er gevoelig van uit gaan dat, met het oog op de budgettaire ruimte en de voorbereiding op de ZZP's, de zorgkantoren restrictief zullen zijn in de toekenning van deze toeslagen. Als u wilt dat de toeslagen worden toegekend door het zorgkantoor, zult u dit gemotiveerd moeten aanvragen/voorstellen tijdens de onderhandelingen. Onderbouwing van de noodzaak van toeslagen, bijvoorbeeld door middel van 'zware' indicaties of rapportages van (onafhankelijke) deskundigen, maken uw onderhandelingspositie sterker. Maar zijn, zo leert de ervaring, nog geen garantie voor een goed onderhandelingsresultaat.

Mogelijk dat u een ingang kunt vinden door een verbinding te leggen tussen de toekenning van toeslagen en het oplossen van regionale knelpunten in het zorgaanbod. In veel regio's zijn er onvoldoende crisisplaatsen beschikbaar, die snel ingezet kunnen worden. Het zorgkantoor is, rechtstreeks afgeleid van haar zorgplicht jegens de verzekerden, belast met het vinden van een adequate voorziening in bijvoorbeeld crisissituaties. Zorgkantoren zullen hiervoor een (structurele) oplossing willen realiseren. U kunt overwegen of u, in combinatie met de toekenning van meer toeslagen, het zorgkantoor een aanbod kunt doen om crisisplaatsen te realiseren.

#### **4.3 Uitbreiding van capaciteit**

Met betrekking tot de uitbreiding van de capaciteit met verblijf blijft er voorsnog veel ruimte voor zorgkantoren en zorgaanbieders om bilateraal afspraken te maken. De uitbreiding van capaciteit komt immers bovenop het regionaal budgettair kader. Het is verstandig de ontwikkeling van nieuwe capaciteit zorgvuldig en tijdig voor te bereiden. Het levert tijdwinst op als u al in de initiatieffase, de fase u nog geen specifieke locatie op het oog hebt, de uitbereiding van capaciteit alvast te agenderen in het overleg met het zorgkantoor. U kunt hen dan meenemen in uw voornemen en uw afwegingen en vervolgens een inschatting maken van de bereidheid van het zorgkantoor om mee te werken aan de gewenste uitbreiding. Analyse van de (regionale) zorgvraag en specificatie van het benodigde zorgaanbod vormen daarvoor vanzelfsprekend de basis. Het zal in de meeste situaties de nodige tijd vergen om met het zorgkantoor om de capaciteitsuitbreiding (aanvragen vergunningen of de regeling kleinschalig wonen) te realiseren.

#### **4.4 Zorg-op-maatregeling**

Zoals het er nu uitziet, is 2007 het laatste jaar waarin de zorg-op-maatregeling van kracht is. Deze beleidsregel is bedoeld voor zorg die niet op een passende wijze bekostigd kan worden door de andere beleidsregels. Het is ook bedoeld voor de meerzorg ten behoeve van zeer zorgbehoevenden.

In de nieuwe bekostigingssystematiek zal voor situaties waarin sprake is van een extreme zorgbehoefte en de reguliere bekostigingssystematiek (de ZZP's) daarin niet in voldoende mate voorziet, een vangnetregeling ontwikkeld worden.

## Bijlage 1

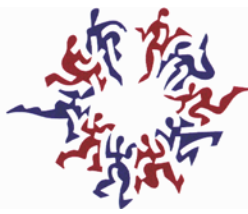
### Overzicht II A en II B diensten

IIA-diensten waarop de volledige procedure van toepassing is	IIB-diensten waarop de beperkte procedure van toepassing is
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onderhouds- en reparatiediensten</li> <li>• Diensten voor vervoer over land, met inbegrip van diensten voor vervoer per pantserwagens en koeriersdiensten, postvervoer uitgezonderd</li> <li>• Diensten voor luchtvervoer van passagiers en vracht, met uitzondering van postvervoer</li> <li>• Postvervoer over land en door de lucht</li> <li>• Telecommunicatiediensten</li> <li>• Financiële diensten:</li> <li>• Verzekeringdiensten</li> <li>• Bankverzekeringen en diensten in verband met beleggingen</li> <li>• Computer- en aanverwante diensten</li> <li>• &amp; O-diensten</li> <li>• Diensten van accountancy, controle en boekhouding</li> <li>• Diensten voor marktonderzoek en peiling van de openbare mening</li> <li>• Diensten voor bedrijfsadviesing en aanverwante diensten</li> <li>• Bouwkundige diensten: technische en geïntegreerde technische diensten; diensten van stedenbouw en landschapsarchitectuur; diensten voor aanverwante technische en wetenschappelijke adviesing; diensten voor het uitvoeren van technische proeven en analyses</li> <li>• Advertentie- en reclamediensten</li> <li>• Diensten voor het schoonmaken van gebouwen en het beheer van onroerende goederen</li> <li>• Uitgeverij- en drukkerijdiensten, in regie of op contractbasis</li> <li>• Riolering en vuilophaaldiensten; afvalverwerking en aanverwante diensten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hotel- en restauratiediensten</li> <li>• Spoorwegdiensten</li> <li>• Vervoersdiensten over het water</li> <li>• Diensten voor ondersteunend en hulpvervoer</li> <li>• Diensten van juridische aard</li> <li>• Plaatsing van personeel en personeelsverschaffing</li> <li>• Opsporings- en bewakingsdiensten, uitgezonderd vervoer per pantserwagens</li> <li>• Diensten voor het onderwijs en beroepsonderwijs</li> <li>• Gezondheids- en sociale diensten</li> <li>• Diensten voor recreatie, cultuur en sport</li> <li>• Andere diensten</li> </ul>

## **Bijlage 2**

***Notitie contracteer- en inkoopbeleid,  
gezamenlijk referentiekader voor zorgkantoren  
(Zorgverzekeraars Nederland, augustus 2006)***





**Contracteer- en inkoopbeleid 2007**

Gezamenlijk referentiekader zorgkantoren

## Inleiding

Vanuit de opdracht tot vraaggerichte en doelmatige uitvoering van de AWBZ hebben de zorgkantoren een gezamenlijk kader voor *contractering & inkoop 2007* vastgesteld. De uitgangspunten zijn als volgt:

- transparante werkwijze  
(de principes van transparantie, objectiviteit en non-discriminatoire werkwijzen);
- opdrachtgerichte aanpak  
(de opdrachten van voldoende zorg, kwalitatief passende zorg, doelmatige zorg),
- regionale verbijzondering  
(de ruimte voor regionaal maatwerk binnen een gezamenlijk referentiekader).

De hoofdlijnen van het contracteer- en inkoopbeleid zijn neergelegd in 7 onderdelen:

1. het inkoopbeleid start met een geobjectiveerd beeld van de benodigde zorg;
2. alle zorgkantoren volgen een transparant proces van contractering, dat ook naar de relevante processtappen identiek is;
3. de gecontracteerde aanbieders moeten voldoen aan vereisten die strekken tot continue en kwalitatief verantwoorde zorg, en tot zorgvuldige bedrijfsvoering;
4. de zorgkantoren preciseren hun inkoopbeleid vanuit drie opdrachten (voldoende zorg, kwalitatief passende zorg, doelmatige zorg);
5. bij inkoop van extramurale zorg – waar geen contracteerplicht van toepassing is – hanteren de zorgkantoren de spelregels van aanbesteding;
6. bij inkoop van intramurale zorg bevorderen de zorgkantoren een ontwikkeling naar prestatiesturing en ondersteunen daartoe de invoering van zorgzwaartebekostiging;
7. bij productieafspraken met bovenregionaal werkende instellingen werken de zorgkantoren met gezamenlijke spelregels voor coördinatie.

Deze 7 onderdelen zijn hieronder in opeenvolgende paragrafen uitgewerkt. In enkele bijlagen staat een overzicht van gezamenlijke criteria bij contractering en inkoop van AWBZ-zorg.

Een voorbehoud betreft de genezingsgerichte GGZ. De minister van VWS wil eind augustus 2006 een besluit nemen over het tempo van de voorgenomen overheveling naar de Zorgverzekeringswet. Afhankelijk van dat besluit is een nadere precisering nodig van het contracteer- en inkoopbeleid voor de curatieve GGZ (gericht op geneeskundige behandeling) en de chronische GGZ (gericht op “care”).

## **1. Inkoopbeleid: zorgkantoren maken een beeld van de benodigde zorg (“inkoospecificaties”)**

### *1.1. Zicht op benodigde zorg*

Een kerntaak van het zorgkantoor is: het bewerkstelligen van voldoende zorg, kwalitatief passende en doelmatige zorg.<sup>1</sup> Het contracteer- en inkoopbeleid start daarom met een beeld van de benodigde zorg.

Het zorgkantoor verheldert de benodigde zorg met behulp van informatie over de omvang en inhoud van zorgvragen, de indicaties, het feitelijke zorggebruik. Voorzover beschikbaar wordt ook gebruik gemaakt van behoefteramingen, onderzoek naar effectiviteit van zorgprestaties en kennis over lonende vernieuwingen van het zorgaanbod.

### *1.2. Samenspraak in de regio*

Het beeld van de benodigde zorg wordt uiterlijk begin oktober 2006 vastgesteld; het leidt tot een document met “inkoospecificaties”. Dit document is beschikbaar voorafgaande aan het proces van contractering (= publicatie van het contracteerbeleid, en uitnodiging tot het indienen van offertes).

Het beeld van de benodigde zorg – en het ermee samenhangende inkoopbeleid – komt tot stand in samenspraak met vertegenwoordigers van “de vraagkant” (regionaal actieve cliëntenorganisaties). Het zorgkantoor organiseert die samenspraak. Tevens berust dat beeld op tijdige samenspraak met de “aanbodkant” (deskundigen uit diverse zorginstellingen).

### *1.3. Kwaliteitskader zorginkoop*

Het zorgkantoor baseert de zorginkoop op (1) de verzekerde aanspraken in de AWBZ en (2) de zorgvragen van mensen die op de AWBZ zijn aangewezen. Primair in relatie tot de geïndiceerde zorgvraag bevordert het zorgkantoor een voldoende en passend aanbod.

Het zorgkantoor hanteert bij dit inkoopproces een kwaliteitskader dat twee pijlers heeft (1) een systematische planning- en controlecyclus; (2) een perspectief op vraaggestuurde en (kosten)-effectieve zorg. Een dergelijk kader is reeds ontwikkeld door het CVZ met het oog op de uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren; zie schema 1.

---

<sup>1</sup> De drie punten zijn als volgt omschreven.

- Voldoende: het volume van zorg, verbijzonderd naar doelgroepen, is voldoende om te voorzien in de totale zorgvraag en maakt tijdige zorglevering mogelijk (geen onaanvaardbaar wachttijd).
- Doelmatigheid: de gecontracteerde zorg is de “goedkoopst adequate oplossing bij de vraag van (kwalitatief toereikende zorg bij zo laag mogelijke kosten).
- Kwaliteit: de zorg is een effectieve remedie voor de stoornissen en beperkingen die cliënten ondervinden, en sluit aan bij voorkeuren van cliënten t.a.v. de wijze(n) van zorglevering.

*Kader 1: Kwaliteitskader zorginkoop (CVZ 2004)*

(1) Proces

het inkoopbeleid berust op een planning- en control-cyclus:

- oriëntatie op wat nodig is voor verzekerde personen,
- selecteren wie daarin kan voorzien,
- contracteren (afspraken maken),
- monitoren en evalueren.

(2) Resultaat

vanuit "vraaggestuurde zorg" is het inkoopbeleid gericht op:

- toegankelijkheid (gelijke toegang tot zorg ongeacht persoonskenmerken als inkomen),
- tijdigheid (vermijden van onnodige en schadelijke wachttijden),
- effectiviteit (aansluiten op noden van cliënten, "state of the art" van zorgverlening),
- efficiency (zuinige aanwending van hulpbronnen),
- cliëntgerichtheid (recht doen aan individuele voorkeuren en waarden van de patiënt).

## **2. Proces van contractering & inkoop: zorgkantoren volgen een identieke en transparante werkwijze**

Alle zorgkantoren hanteren dezelfde uitlijning van het proces van contractering. Hierbij horen ook enkele gemeenschappelijke data:

- bekendmaking van het inkoop beleid (uiterlijk 9 oktober 2006),
- einddatum indiening offertes (uiterlijk 1 december 2006),
- indiening productie-afspraken bij het CTG (1<sup>e</sup> ronde uiterlijk 1 maart 2007).

### Stap 1: Voorbereiding

Het zorgkantoor maakt uiterlijk 9 oktober 2006 het contracteerbeleid voor 2007 bekend; het verheldert daarbij hoe de publieke opdracht tot “voldoende, kwalitatief passende en doelmatige zorg” wordt ingevuld.

Het zorgkantoor geeft tevens een schets van de benodigde zorg, en van de vereisten waaraan gecontracteerde aanbieders moeten voldoen (zie paragraaf 3). Ook geeft het zorgkantoor aan, hoe de procedure tot aanbesteding van extramurale zorg is ingericht. Het overzicht van het benodigde zorgaanbod – of van noodzakelijke aanpassingen van het huidige aanbod – is verankerd aan informatie over de geïndiceerde zorgvraag. Over de vormgeving (soorten zorgproducten) en de kwaliteit van dat zorgaanbod zijn aparte specificaties mogelijk. Ze worden vastgesteld in samenspraak met cliëntenorganisaties, zodat vertegenwoordigers van AWBZ-cliënten een inbreng hebben bij het inkoopbeleid.

### Stap 2: informatietraject

Het zorgkantoor brengt in beeld welke zorginstellingen – met toelating in de AWBZ – in de regio statutair zijn gevestigd. Het zorgkantoor informeert deze instellingen per brief over het proces van contractering en inkoop. Ook organiseert het zorgkantoor per regio minimaal één informatiebijeenkomst.

De relevante documentatie over het contracteer- en inkoopbeleid is bovendien voor alle belangstellende organisaties beschikbaar via de website van het zorgkantoor of van de concessiehouder.

De informatie zal de volgende onderwerpen bevatten:

1. een algemene schets van de zorgprestaties die volgens het zorgkantoor nodig zijn om in de totale geïndiceerde zorgvraag te voorzien;
2. een overzicht van het te volgen “contractering- en inkoopproces” met de relevante stappen en ermee verbonden termijnen;
3. een uitnodiging tot het indienen van een offerte, met vermelding van de periode waarin de zorginstelling die offerte aan het zorgkantoor kan uitbrengen;
4. een aanduiding van de algemene geschiktheidseisen waaraan een instelling moet voldoen als voorwaarde voor het aangaan van een contract;
5. een aanduiding van de algemene (gunning)-voorwaarden die het zorgkantoor in de overeenkomst wil regelen;
6. een schets van criteria die het zorgkantoor hanteert bij toekenning van productie-ruimte per instelling in de extramurale zorg (klantvoorkeuren; kwaliteit / prijs);
7. de wijze waarop het zorgkantoor de opeenvolgende rondes van CTG-productie-afspraken wenst te benutten (beleidsregel contracteerruimte).

### Stap 3: Contract en overeenkomst

Voor onderdelen van de AWBZ waarbij geen sprake is van een contracteerplicht zal het zorgkantoor nagaan in hoeverre de instelling voldoet aan algemeen geldende criteria; de zogenoemde geschiktheideisen (zie bijlage 1). Hieruit volgt óf vanuit het zorgkantoor een contract wordt gesloten

Voor alle gecontracteerde instellingen – zowel de extramuraal als intramuraal werkende aanbieders – werkt het zorgkantoor met algemene gunningvereisten zijn. Dit zijn eisen waaraan elke aanbieder moet voldoen met het oog op de continuïteit van dienstverlening, kwalitatief verantwoorde zorg, transparante bedrijfsvoering (zie bijlage 2).

### Stap 4: beoordelingsproces

Voor alle AWBZ-zorg maakt het zorgkantoor met de gecontracteerde instelling afspraken over het volume en de prijs van zorgprestaties.

Voor de intramurale zorg is 2007, net als in 2006, een contracteerplicht van toepassing; het afgesproken volume is afhankelijk van de toegelaten plaatsen en het feitelijke zorggebruik (“realisatie”).<sup>2</sup>

Voor de extramurale zorg is de contracteerplicht opgeheven. Het zorgkantoor beoordeelt de offertes, met accent op de “kwaliteit / prijs” van de aangeboden zorg. Reële verschillen hierin zullen meewegen bij de selectieve toekenning van een (productie)-aandeel binnen de regionale contracteerruimte.

### Stap 5: productie-afspraken

Het zorgkantoor zal – binnen de regels voor contracteerruimte – de beoogde productieafspraken bij het CTG indienen. Dat kan zijn:

- in overeenstemming met aanbieder (= tweezijdig verzoek), of
- zonder overeenstemming (= eenzijdige basis, omdat aanbieder en zorgkantoor tot uiteenlopende voorstellen komen over volume en/of prijs van zorgprestaties).

### Kader 2: kritische data

Het contracteer- en inkoopproces kent drie data die voor alle zorgkantoren uniform zijn:

- uiterste datum waarop het contracteer- en inkoopbeleid 2007 wordt gepubliceerd is 9 oktober 2006;
- de landelijk gehanteerde sluitingsdatum waarop de offertes van aanbieders binnen dienen te zijn is 1 december 2006;
- de landelijke datum voor indienen van de productieafspraken is 1 maart 2007 (= eerste rond productieafspraken).

---

<sup>2</sup> Bij de afspraken over intramurale zorg betreft het zorgkantoor ook de nieuwe systematiek van zorgzwaartepakketten die vanaf 01-01-2007 geleidelijk wordt ingevoerd (zie paragraaf 6).

### 3. Algemene vereisten voor zorginstellingen: zorgkantoren kiezen geschikte aanbieders (“geschiktheid- en gunningeisen”)

#### 3.1. Selectie van aanbieders

Voor de levering van benodigde AWBZ-zorg contracteert het zorgkantoor de aanbieders die voldoen aan algemene geschiktheideisen. Hiertoe behoort onder meer het vereiste dat de instelling “een werkend kwaliteitssysteem” heeft.

De geschiktheideisen bepalen óf een contract wordt aangegaan; ze zijn van toepassing op de extramurale zorg. In bijlage 1 staat een overzicht. De materiële inhoud ervan is ook van toepassing op de intramurale zorg waarvoor in 2007 nog een contracteerplicht geldt. (zie bijlage 2: algemene gunningvoorwaarden zoals neergelegd in de overeenkomst).

#### 3.2. Twee typen vereisten

Bij contractering hanteert het zorgkantoor een onderscheid in:

- *algemene geschiktheideisen* die betrekking hebben op de zorginstelling (aanbieder);
- *algemene gunningvoorwaarden* die betrekking hebben op de dienstverlening die de zorginstelling biedt, waar onder vereisten ten aanzien van
  - afspraken inzake tijdige zorgverlening
  - afspraken m.b.t. kwaliteitsborging (bijv. toepassing normen verantwoorde zorg)
  - regels inzake productieregistratie en verantwoording (bijv. AO/IC-regeling)
  - wettelijk verplichte rapportages van aanbieder aan zorgkantoor.

Zoals gezegd: de algemene gunningvereisten zijn onderwerp van de overeenkomst die zorgkantoor en instelling sluiten.

#### 3.3. Keuzemogelijkheid van cliënten

Het zorgkantoor stelt de verzekerde persoon in staat om een eigen keuze te maken uit het gecontracteerde aanbod. Het uitgangspunt is dat “klanten kunnen kiezen”.

De contractering en inkoop van AWBZ-zorg zijn daarom gebaseerd op twee principes:

- het zorgkantoor bevordert binnen zijn mogelijkheden een pluriform aanbod zodat de cliënt keuzemogelijkheden heeft (= de zorgafhankelijke cliënt moet kunnen kiezen uit meerdere aanbieders);
- het zorgkantoor streeft naar passende volumes van productie per aanbieder zodat de cliënten terecht kunnen bij de “aanbieder van voorkeur” (= de productieruimte van een aanbieder is mede afgestemd op keuzes die cliënten maken).<sup>3</sup>

Dit inkoopbeleid is verweven met twee andere taken van het zorgkantoor:

- publieksinformatie aan AWBZ-verzekerden over het gecontracteerde zorgaanbod;
- begeleiding van de individuele verzekerden die niet zélf – of via hun aanbieder van voorkeur – een passend aanbod kunnen vinden (= zorgtoewijzing en bemiddeling).

---

<sup>3</sup> Bij extramurale zorg let het zorgkantoor ook op de kwaliteit / prijs van de aangeboden zorg, zoals neergelegd in de offerte van de aanbieder. Dit leidt tot selectieve toedeling van productieruimte. De cliënten zonder expliciete voorkeur voor een aanbieder kan het zorgkantoor toeleiden naar de aanbieders met een betere “kwaliteit / prijs”.

#### **4. De inkoop van AWBZ-zorg: de zorgkantoren geven invulling aan drie opdrachten**

Het zorgkantoor heeft een wettelijk geregelde opdracht tot vraaggerichte en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Er zijn drie aspecten:

- een voldoende aanbod in het licht van de (geïndiceerde) zorgvraag
- een kwalitatief toereikend aanbod
- een doelmatig geheel van zorgprestaties.

Deze aandachtspunten krijgen altijd een plaats in het contracteer- en inkoopbeleid. Het zijn de kernopdrachten voor elk zorgkantoor. Bij de invulling ervan zal het zorgkantoor rekening houden met regionale omstandigheden; er is ruimte voor regionaal maatwerk.

##### *4.1. Voldoende zorg*

Het zorgkantoor streeft naar een voldoende en passende zorgaanbod in het licht van de totale zorgvraag, c.q. de geïndiceerde zorgvraag.

De ruimte van het zorgkantoor is begrensd. Zoals in eerdere jaren, geldt ook in 2007 de systematiek van begrensde contracteerruimte. Er kan dus spanning zijn tussen de ruimte aan de ene kant en de ontwikkeling van de zorgvraag en indicaties aan de andere kant (het aantal indicaties per 1000 in de bevolking of de gemiddelde zwaarte per indicatie).

In het licht van de algemene zorgplicht kunnen zorgkantoren hun opdracht slechts dan vervullen wanneer het macrokader meebeweegt met de geïndiceerde zorgvraag. Dit is een verantwoordelijkheid van de bewindspersonen van VWS. Vanuit deze invalshoek is aan de staatssecretaris van VWS gevraagd om de groeiruimte-2007 (zoals opgenomen in de rijksbegroting) geheel beschikbaar te stellen voor volume-uitbreidingen.

Voor de GGZ zal een nader te bepalen kader worden vastgesteld, afhankelijk van de besluiten over "overheveling" die de minister van VWS eind augustus 2006 wil nemen.

##### *4.2. Kwaliteit*

Bij contractering geldt het algemene vereiste dat de instelling beschikt over een werkend kwaliteitssysteem of dat aantoonbaar realiseert in 2007. Met een dergelijk systeem volgt en verbetert de instelling de interne werkprocessen met het oog op goede resultaten voor de cliënten. Hierbij werkt de aanbieder met – voor cliënten – belangrijke resultaten zoals die gedefinieerd zijn in landelijke referentiekaders voor "verantwoorde zorg".

Het vereiste van een "werkend kwaliteitssysteem" volgt uit de Kwaliteitswet; en ligt in het verlengde van het beleid dat de staatssecretaris van VWS in recente jaren uitdroeg. De zorgkantoren zijn opgeroepen om actief aan dat beleid mee te werken.

Als leidraad geldt dat de zorginstelling zelf een passend kwaliteitssysteem kiest (want de aanbieder is primair verantwoordelijk voor kwaliteit van zorg). Dit systeem moet landelijk erkend zijn en gepaard gaan met een externe audit (leidend tot een certificaat). Het moet bovendien ruimte bieden voor landelijk benoemde aandachtsvelden "verantwoorde zorg" en ermee verbonden prestatie-indicatoren; die velden moeten een centrale plaats krijgen. Tenslotte moeten de prestaties mede verhelderd worden met klantervaringsonderzoek.



### *Kader 3: gebieden van verantwoorde zorg*

Aandachtsgebieden in de intramurale V&V-sector \*

- individueel zorgplan
- communicatie
- woon- en leefomgeving
- veiligheid
- passende verzorging
- gezondheidsbescherming
- maaltijdvoorziening
- participatie, dagstructurering
- mentaal welbevinden (ondersteuning bij .....

\* Voor de langdurige thuiszorg is een verwante indeling ontwikkeld door het gehele werkveld.

\*\* Voor de gehandicaptenzorg en de chronische GGZ is een referentiekader in ontwikkeling.

Kwaliteitsborging is primair een verantwoordelijkheid van de aanbieder. Het zorgkantoor stuurt op (a) de toepassing van een kwaliteitssysteem, (b) de uitvoering van verbetertrajecten die de instelling in afstemming met cliëntenraden ter hand neemt.

Met betrekking tot de extramurale instellingen is kwaliteitsborging een onderdeel van de geschiktheideisen; dus een voorwaarde voor het aangaan van een contract.

Bij alle instellingen – ook de aanbieders van intramurale zorg – is het vereiste van een “werkend kwaliteitssysteem” ook opgenomen in de algemene gunningvereisten; dus de eisen waaraan een gecontracteerde aanbieder moet voldoen.

Het zorgkantoor heeft hierbij primair een procesrol. De sturing op kwaliteitsborging betreft drie punten:

- De instelling volgt en verantwoordt kwaliteit, in relatie tot velden “verantwoorde zorg” die in landelijke referentiekaders zijn vastgesteld.
- De instelling werkt hierbij tevens met een cliëntmonitor (steekproefsgewijze peiling, minimaal één keer per twee jaar), op grond van een landelijk instrument voor klant-ervaringsonderzoek, uitgevoerd door een onafhankelijk bureau.
- In het verlengde van bevindingen over kwaliteit ontwikkelt de instelling de relevante verbetertrajecten. Ze berusten mede op samenspraak met vertegenwoordigers van cliënten. Het zorgkantoor stimuleert –waar nodig– de totstandkoming ervan en legt de afspraken vast in een bijlage bij de overeenkomst.

#### *4.3. Doelmatigheid*

De opdracht tot doelmatigheid kan langs meerdere wegen gestalte krijgen. Per sector verduidelijkt het zorgkantoor welke aanpak wordt voorgestaan. Hieronder staan drie benaderingen vermeld; ze kunnen in combinatie toepasbaar zijn.

##### *(1) Sturing op de “mix van zorgproducten”*

- Doelmatigheid kan worden bereikt door gerichte sturing op de productenmix; de verhouding van goedkopere versus duurdere zorgprestaties waarmee adequaat wordt voorzien in de zorgvragen. De CTG-beleidsregels bevatten bijvoorbeeld onderscheid in een basisvorm verpleging en een speciale vorm met hogere prijs.
- Zorgkantoren kunnen mede aan de hand van landelijke referentiecijfers over de mix van dergelijke zorgproducten hun inkoopbeleid uitlijnen – als een indicatieve leidraad waarmee aanbieders bij hun offertes rekening moeten houden.

### *(2) Prijsonderhandeling*

- Doelmatigheidswinst via prijsonderhandeling is mede afhankelijk van de markt van aanbieders.
- Door de inzet van zorgkantoren zijn de prijzen van extramurale zorgprestaties veelal al onder de maximum CTG-beleidsregelwaarden afgesproken. In sommige zorgmarkten bestaat ruimte voor verdere prijsonderhandeling; in andere markten is die aanpak zeer beperkt mogelijk.

### *(3) Afspraken over "functie/klasse"*

- Een derde weg naar doelmatigheid betreft het aantal uren zorg dat een aanbieder binnen de bandbreedte van de geïndiceerde functie/klasse kan declareren. Aldus wordt een grens gesteld aan de mogelijke tendentie om het aantal uren per functieklasse maximaal in te vullen vanuit bedrijfskundige overwegingen.
- Het zorgkantoor laat de aanbieder de ruimte om per klant te komen tot de passende invulling van een zorgplan binnen de geïndiceerde functie/klasse. Tegelijk geeft het zorgkantoor gestalte aan zijn opdracht tot "doelmatige uitvoering van de AWBZ" via een afspraak over de zorgtijd die in de *gehele* populatie van cliënten als declarabel is aangemerkt.
- In plaats van het statistisch gemiddelde van de functie/klasse (= 50%) kan hierbij de norm van maximaal 60% of 65% van de klasse-breedte als leidraad dienen. Dit is een getal voor de totaal geleverde zorg (uren, dagdelen). Het is geen norm voor de zorg per cliënt, want binnen de geïndiceerde zorg zal de aanbieder per cliënt tot maatwerk komen (individueel zorgplan).

Kort samengevat: het zorgkantoor kan langs een mix van de genoemde benaderingen tot een doelmatig zorgaanbod komen. Per sector wordt die mix gepreciseerd. De gekozen aanpak wordt voorafgaande aan fase van offertes vastgelegd in de "inkoopspecificaties".

## 5. Inkoopbeleid extramurale zorg: alle zorgkantoren hanteren de spelregels van “aanbesteding”

Voor het gebied van de extramurale zorg moeten de zorgkantoren de spelregels van aanbesteding toepassen.

Voor de intramurale zorg is in 2007 nog een contracteerplicht van toepassing; onlangs heeft de staatssecretaris aangekondigd dat die plicht op 01-01-2009 wordt opgeheven.

### 5.1. *Uitgangspunten*

1. Het contracteer- en inkoopbeleid is gebaseerd op de principes van transparantie, objectiviteit en non-discriminatoire werkwijzen.
2. Het contracteerbeleid voor extramurale zorg volgt de regels van aanbesteding. Hoewel voor de onderhavige zorg geen specifieke aanbestedingsprocedure vereist is, kiest het zorgkantoor uit (1) een openbare procedure of (2) een onderhandelingsprocedure met voorafgaande bekendmaking. Het zorgkantoor maakt duidelijk welke benadering wordt gevolgd; eventueel met specificatie per zorgsector.
3. Alle zorgkantoren hanteren dezelfde geschiktheidseisen om te beoordelen of een aanbieder in aanmerking komt voor een contract.
4. In de overeenkomst wordt vastgelegd aan welke algemene gunningvereisten de gecontracteerde instelling moet voldoen. Het betreft algemene eisen ten aanzien van de producten en diensten die de instelling gaat leveren.
5. Bij de toedeling van ruimte tot zorgverlening aan instellingen (productie-afspraken) hanteert het zorgkantoor het gezichtspunt van “economisch voordelige aanbesteding”. Dit is opgevat als weging van de “kwaliteit en prijs” van zorgproducten en diensten (weging op basis van de offertes van instellingen).

### *Kader 4: twee modellen van aanbesteding*

Bij contractering worden de principes van aanbesteding gevolgd. Ze berusten op de fundamentele regels van het EG-verdrag, te weten transparantie, objectiviteit en gelijke behandeling. De relevante (gezondheidszorg)diensten vallen onder de zogenaamde B-diensten. Hiervoor gelden slechts beperkte voorschriften. Er moet een passende mate van openbaarheid aan iedere potentiële gegadigde worden gegarandeerd, zodat de markt voor mededinging wordt geopend. Er bestaat echter geen verplichting een (zwarte) Europese aanbestedingsprocedure te volgen.

De zorgkantoren kiezen ervoor, aan te sluiten bij een tweetal mogelijke procedures van aanbesteding: (1) de openbare procedure, en (2) de procedure van onderhandeling met voorafgaande bekendmaking. Met deze procedures kan een effectieve contractering plaatsvinden, die de juridische toets kan doorstaan. Een grondige analyse van vraag en aanbod gaan vooraf aan de keuze per zorgkantoor voor een van beide procedures.

Deze keuze brengt een balans aan tussen de volgende aspecten:

- zoveel mogelijk benutten van de vrijheden van procedure;
- conformiteit aan wet- en regelgeving;
- de gewenste uniformiteit van de procedure tussen de zorgkantoren;
- aansluiting bij de bestaande (tot heden in de praktijk gehanteerde) procedures, om een trendbreuk te vermijden.

Terzijde: het niet volgen van de fundamentele regels van het EG-verdrag, terwijl dit wel vereist is, brengt risico's met zich mee. Zo kan het niet-volgen worden aangemerkt als een onrechtmatige daad jegens gepasseerde inschrijvers c.q. aanbieders van zorg (artikel 6:162 Burgerlijk Wetboek).

Belangrijk in dit verband is een uitspraak van de Hoge Raad; een overeenkomst gesloten in strijd met Europese aanbestedingsvoorschriften leidt niet per sé tot nietigheid van de overeenkomst. Er is slechts plaats voor een schadevergoeding waarbij de benadeelde partij de omvang van de schade dient te bewijzen.

Niettemin kan een benadeelde partij in een kort geding toelating tot de procedure vragen, of heraanbesteding, of verbod tot gunning aan een bepaalde opdrachtnemer.

## 5.2. Werkwijze

Bij de contractering & inkoop van extramurale zorg werkt het zorgkantoor met een onderscheid in drie stappen:

- (1) selectie van instellingen (= geschiktheideisen) <sup>4</sup>
- (2) voorwaarden binnen de overeenkomst (algemene gunningvoorwaarden)
- (3) toedeling van ruimte tot zorgverlening (= wegingcriteria bij de gunning).

Het derde punt betreft de toekenning van productiecapaciteit aan gecontracteerde zorginstellingen. Die berust op een zakelijke beoordeling van ingediende offertes, met accent op de "kwaliteit / prijs" van de aangeboden zorgprestaties en de bredere dienstverlening (bijvoorbeeld tijdig regelen van zorg vanaf de indicatie).

	wel / geen contract	afspraken in de overeenkomst	toedeling van productieruimte
	↓↓	↓↓	↓↓
1	1. selectie van instellingen	2. algemene eisen aan de te leveren AWBZ-zorg	
2	↓↓	↓↓	
	<i>geschiktheideisen m.b.t. de aanbieder</i>	<i>gunningvoorwaarden m.b.t. het aanbod</i>	
3			3. beoordeling van offertes met het oog op de gunning van een deel van de productieruimte
			↓↓
			<i>wegingcriteria bij gunning o.b.v.. kwaliteit / prijs van producten en dienstverlening</i>

<sup>4</sup> Een extra juridisch aandachtspunt: de leden van een combinatie verklaren zich door inschrijving bereid om vanaf gunning een rechtsvorm aan te nemen volgens welke de combinanten hoofdelijk aansprakelijk zijn voor de volledige en correcte nakoming van de overeenkomst. Een combinatie kan slechts voor gunning in aanmerking komen, als ieder van de combinanten aantoonbaar voldoet aan de gestelde selectie-eisen.

### 5.3. Twee vormen van aanbesteding

Bij de inkoop van extramurale zorg maakt het zorgkantoor een keuze uit twee modellen:<sup>5</sup> (1) "openbare aanbesteding", of (2) model van "onderhandeling".

Ad 1: Bij openbare aanbesteding worden de ingediende offertes beoordeeld op basis van de wegingcriteria bij gunning (kwaliteit / prijs). Dit gebeurt volgens het vooraf vastgelegde beoordelingssysteem waarbij ook is vermeld:

- (a) welk percentage van de beschikbare middelen voor selectieve gunning is bestemd;
- (b) welk percentage vanuit de optiek van continuïteit van zorgverlening aan bestaande aanbieders wordt toegekend, op grond van realisatiecijfers in het eerdere jaar;
- (c) over hoeveel aanbieders het "vrije deel" van de middelen wordt verdeeld.

Na beoordeling van de offertes neemt het zorgkantoor beslissingen genomen over de productiecapaciteit van elke instelling die een offerte heeft ingediend.

Ad 2: In de wetgeving die vanaf 2006 van toepassing is – het Besluit aanbestedingsregels overheidsopdrachten – is de mogelijkheid van onderhandeling opgenomen.

Hiervoor gelden drie voorwaarden:

1. vooraf kenbaar maken
2. vooraf verduidelijken welke onderwerpen een onderwerp zijn van onderhandeling en
3. aangeven op welke wijze het resultaat van de onderhandelingen wordt vertaald in het te contracteren volume en de prijsstelling.

#### Kader 5: aanbesteding volgens EU-regels

##### *Doel van Europees aanbestedingsrecht:*

- bevorderen mededinging binnen "interne markt",
- gelijke kansen voor ondernemingen en transparante procedures voor deelnemers
- doelmatige besteding publieke middelen (geen verspilling van overheidsgeld)
- betere kwaliteit van aanbiedingen

##### *Verplichting tot aanbesteden:*

- aanbestedende diensten (overheden, publiekrechtelijke instellingen)
- met opdracht om te voorzien in behoeften van algemeen belang,
- gericht op "leveringen" of "diensten" (2A =servicemarkten; 2B = gezondheidszorg, etc.)
- drempelwaarden
  - bij opdracht door organen van centrale overheid € 137.000
  - bij opdracht door andere aanbestedende dienst € 211.000

##### *Criteria in aanbestedingsprocedure:*

- geschiktheidseisen en uitsluitingsgronden (gericht op aanbieder)
- algemene gunningvoorwaarden ("bestek"-eisen, bepalingen in overeenkomst)
- gunningcriteria (gericht op aanbieder):
  - laagste prijs
  - economisch meest voordelige inschrijving

<sup>5</sup> De aanbestedingsregels bij "B-diensten", waar gezondheidszorgdiensten in bijna alle gevallen onder vallen, geven dan aan dat transparantie en gelijke behandeling nodig zijn; en dat er openbaarheid moet zijn (publicatie in enige vorm). Tegelijk stellen ze dat de zware aanbestedingsprocedures niet hoeft te worden gevolgd. De marktomstandigheden moeten de meest geschikte procedure bepalen. Echter, om uniformiteit tussen zorgkantoren te bereiken is besloten om te kiezen uit twee mogelijke procedures, waarmee het mogelijk is- in de huidige marktsituatie - voor de verschillende markten/zorgdiensten in de AWBZ goed in te kopen. Dat zijn de genoemde twee.

#### 5.4. Ruimte voor marktwerking

Een belangrijk aandachtspunt is de ruimte voor marktwerking die het zorgkantoor creëert. Op dit moment (2006) bestaat een grote diversiteit tussen de zorgkantoren. Dat blijkt uit de verhouding tussen:

- het gedeelte van de totale ruimte voor extramurale zorg dat een instelling kan houden met het oog op continuïteit van zorgverlening (afgeleid van de realisatie vorig jaar);
- het gedeelte van die totale ruimte dat selectief wordt toegekend aan concurrerende aanbieders op basis van de kwaliteit/prijs-verhouding van zorgprestaties (offertes).

Die verhouding was bij sommige concessiehouders { 100% - 0% }; bij andere, als meest vergaande variant in 2006, was dat { 90% - 10% }. De meeste concessiehouders kozen een positie tussen deze twee varianten.

In hun "Monitor extramurale AWBZ-zorg" (juni 2006) signaleren CTG/ZAio en CTZ het volgende:

- De zorgkantoren hebben ervoor gekozen – vanuit continuïteit van zorg – een groot deel van de gerealiseerde productie van de bestaande aanbieders voort te zetten (minimaal 90% à 95%).
- Een klein deel van het inkoopbudget is bestemd voor selectieve toedeling op grond van gunningcriteria. Tussen zorgkantoren bestaan grote verschillen in gehanteerde criteria (naar aantal en inhoud).

Vanuit hun analyse over AWBZ-markten komen CTG/ZAio en CTZ tot vijf aanbevelingen:

1. Zorgkantoren moeten de groei van kleinere aanbieders stimuleren. Daarmee krijgt de klant meer keuzemogelijkheden.<sup>6</sup>
2. Zorgkantoren moeten inkopen op basis van de relatieve prestaties van aanbieders ten aanzien van prijs / kwaliteit (en daarbij kwaliteit meten aan uitkomstindicatoren). Tegelijk moet de continuïteit van zorgverlening gewaarborgd zijn.
3. De zorgkantoren moeten een beter evenwicht vinden tussen continuïteit en marktwerking door een groter deel van het inkoopbudget (de contracteerruimte) toe te kennen op basis van de relatieve prestaties van zorgaanbieders. Zoals gezegd: in 2006 was dat deel doorgaans niet meer dan 5%.
4. De weging van die prestaties (= beoordeling van offertes) zal betrekking hebben op de geleverde diensten.<sup>7</sup>
5. Zorgkantoren moeten de klant (beter) informeren over het beschikbare aanbod, over de kwaliteit ervan, de wachttijden; dus publieksinformatie die de klant ondersteunt bij de keuze van de aanbieder die het best aan zijn vraag tegemoet komt.

Zorgkantoren zullen bij hun inkoopbeleid aangeven hoe zij deze aanbevelingen invullen. Het zorgkantoor maakt een keuze ten aanzien van de verhouding tussen continuïteit en marktwerking (= een percentage van de contracteerruimte voor extramurale zorg waarin de inkoop is gebaseerd op een weging van de relatieve prestaties van aanbieders).

---

<sup>6</sup> Hierbij wordt aandacht gevraagd voor de basis van de productieafspraken. Volgens sommige nieuwe aanbieders werken zorgkantoren met het gemiddelde van het voorbije jaar, en zouden daarmee onvoldoende rekening houden met de oplopende productie in de tweede helft van het jaar. Het advies is daarom: "ga uit van "de trend".

<sup>7</sup> CTG/ZAio en CTZ signaleren dat zorgkantoren in 2006 de kwaliteit als "proces" hebben benaderd (certificatie, cliëntraadpleging) en niet als kenmerk van de geleverde diensten, terwijl prijs wél als resultaat is gedefinieerd.

### *Kader 6: marktwerking en modernisering AWBZ*

Het VWS-beleid “modernisering AWBZ” legt de nadruk op \

- (1) keuzeruimte voor de zorgafhankelijke cliënt,
- (2) ruimte voor marktwerking met het oog op een beter prijs- kwaliteit-verhouding.

Zorgkantoren willen beide accenten een plaats geven in het inkoopbeleid. Dit betekent:

- streven naar een pluriform aanbod in de regio;
- ruimte geven aan nieuwe aanbieders die geschikt zijn voor levering van AWBZ-zorg;
- de productieruimte per instelling (dus de PxQ-afspraken) verbinden met de keuzes die cliënten maken voor deze of gene “aanbieder van voorkeur”;
- de productieruimte per instelling mede afhankelijk maken van de kwaliteit/prijs van de aangeboden zorg.

Het zorgkantoor moet een positieve prikkel aanbrengen voor zorgaanbieders met een betere kwaliteit/prijs verhouding.

Cliënten die geen expliciete voorkeur hebben voor een bepaalde aanbieder zullen bij zorgtoewijzing met voorrang naar de best scorende aanbieder worden geleid.

### *Kader 7: tips bij aanbesteding*

1. Bepaal zorgvuldig wat het zorgkantoor moet inkopen
  - a. Beeld van benodigde zorg verankeren aan de zorgvraag
  - b. samenspraak met andere partijen (w.o. cliëntenorganisaties)
2. Kies de juiste procedure (“2B”), en let op het onderscheid tussen
  - a. geschiktheideisen (selectie)
  - b. algemene voorwaarden van gunning, c.q. bestek-eisen
  - c. gunningcriteria op basis van “economisch meest voordelige aanbieder”
3. Stel redelijke eisen
  - a. de eisen volgen uit algemeen beleid op het vlak van gezondheidszorg,
  - b. de eisen leiden niet op voorhand tot benadeling van bepaalde gegadigden,
  - c. de eisen zijn helder en zorgvuldig geformuleerd,
  - d. het geheel is overzichtelijk.
4. Verken welke instellingen als gegadigde gelden
  - a. instellingen die een overeenkomst hebben (lopend jaar)
  - b. instellingen die zich gemeld hebben bij het zorgkantoor
5. Bepaal of instellingen een overeenkomst krijgen voor de duur van:
  - a. het jaar waarop de inkoop betrekking heeft,
  - b. meerdere jaren op basis van raamovereenkomst (bij overheid:  $\geq 3$  leveranciers)
  - c. in geval van raamovereenkomst: opdracht gunnen op basis van offerteprocedure
6. Na selectie van instellingen: informeren over het voornemen tot gunning
  - a. belang van dossiervorming
  - b. motiveren waarom een gegadigde wordt afgewezen
7. In relatie tot gunning bepalen of er wel/geen percelen worden gehanteerd:
  - a. vermijd een gedetailleerde afbakening van percelen
  - b. houd oog voor samenhang (welke diensten horen bij elkaar)

## 6. Inkoopbeleid intramurale zorg: ontwikkeling naar prestatiesturing en zorgzwaartebekostiging

In 2007 blijft voor de intramurale zorg een contracteerplicht van toepassing in relatie tot de toegelaten capaciteit. Er komt nieuwe dynamiek door de invoering van “zorgzwaartebekostiging” – een vorm van prestatiesturing.

### 6.1. Zorgzwaartebekostiging

De verblijfszorg wordt ingedeeld naar een begrensd aantal pakketten die naar inhoud en omvang aansluiten op variërende niveaus van zorgzwaarte. De kernpunten zijn als volgt:

- De cliënt die op verblijfszorg is aangewezen krijgt een passend pakket toegekend, binnen een landelijk vastgestelde set zorgzwaartepakketten.
- Een pakket kan men zien als een cluster van “functies/klassen”, dat is uitgedrukt als een integrale hoeveelheid zorg per cliënt per week (w.o. ruimte voor dagbesteding).
- Het zorgkantoor zal met gecontracteerde aanbieders de juiste mix van pakketten afspreken. Dat gebeurt in het verlengde van de geïndiceerde zorgpakketten
- Binnen het aangewezen pakket maakt de aanbieder met de cliënt een individueel arrangement (zorgplan). Bij correcte levering volgt betaling vanuit de AWBZ.

### 6.2. Beheerste invoering

Dit systeem van prestatiebekostiging kan in 2007 niet ineens worden ingevoerd. Wél worden de eerste stappen gezet. De aanpak berust op drie uitgangspunten:

1. *Continuïteit*. De bestaande verblijfszorg kan in 2007 worden voortgezet, op basis van het aantal toegelaten plaatsen en de daarop gerealiseerde zorg (“realisatie”). Het PxQ-budget van de instelling zal daarmee in het verlengde liggen van “2006”. Er is ruimte voor correcties op grond van gewijzigde capaciteit of bezettingsgraad.
2. *Zicht op zorgzwaarte*. Voor de bestaande cliënten (situatie december 2006) moet de aanbieder per cliënt de zorgzwaarte in beeld brengen, op basis van een landelijk instrument. Uit de gemeten zorgzwaarte volgt per cliënt het passend pakket. Voor de gehele cliëntenpopulatie geeft de aanbieder een overzicht van zorgzwaartepakketten (uiterlijk 01-01-2007). Hieraan zijn dan nog geen financiële gevolgen verbonden.
3. *Beheerste invoering*. De zorgzwaartepakketten die aanbieders voorstellen worden in de periode maart – augustus 2007 kritisch bezien (landelijk proces van controle en beoordeling; regie VWS).<sup>8</sup> Dit moet ertoe leiden dat vanaf september 2007 voor alle bestaande cliënten een gevalideerde opgave van het passend pakket beschikbaar is. Aldus kan vanaf het najaar 2007 de stap naar bekostiging op basis van zorgzwaarte worden gezet. In 2008 zal de inkoop van alle AWBZ-verblijfszorg gaan berusten op geïndiceerde pakketten. Nieuwe indicaties voor verblijfszorg zijn vanaf 1 januari 2007 gesteld in termen van een zorgzwaartepakket.

---

<sup>8</sup> Dan zal ook duidelijk zijn welke instellingen ten opzichte van het budget 2006 tekort komen; en welke instellingen nog te veel geld krijgen. Wie tekort komt moet extra budget kunnen opbouwen; wie overhoudt moet inleveren. Hierover worden vanaf maart 2007 landelijk afspraken gemaakt in CTG-verband (herallocatie). Twee varianten zijn denkbaar:

- (1) centraal geleide herallocatie (CTG/ZAio bepaalt geleidelijke afbouw / opbouw),
- (2) decentrale variant (zorgkantoor heeft sturingsruimte binnen landelijke spelregels).



### 6.3. Zorginkoop 2007

Voor de inkoop van verblijfszorg in 2007 gelden drie algemene aandachtspunten. De eerste twee punten zijn altijd van toepassing; het derde punt is verbonden met de geleidelijke invoering van zorgzwaartebekostiging.

#### *(1) Beeld van benodigde zorg*

In het inkoopbeleid geeft het zorgkantoor een “beeld van benodigde verblijfszorg”. Dit is toegespitst op de benodigde capaciteit (aantal plaatsen, geografische spreiding), verbijzonderd naar doelgroepen als ouderen, gehandicapten, en chronische GGZ. Die raming van de benodigde verblijfszorg is geplaatst in een meerjarenperspectief; en staat in samenhang met de ontwikkeling van zorg thuis en van woonvoorzieningen.

#### *(2) Algemene gunningvoorwaarden*

Via algemene gunningvoorwaarden (= overeenkomst) maken instelling en zorgkantoor afspraken over de voorwaarden voor de levering van AWBZ-verblijfszorg, afgeleid van algemene wet- en regelgeving. Onder meer: een “werkend kwaliteitssysteem”.

#### *(3) Productie-afspraken*

De productieafspraken voor 2007 liggen in het verlengde van de huidige beleidsregels voor intramurale zorg. Aldus zijn werkbare “PxQ” -afspraken mogelijk.

- De “Q” wordt net als in voorgaande jaren uitgedrukt in “aantal dagen”. Die opgave van dagen zal het zorgkantoor afleiden van de verwachte realisatie (het verwachte gebruik). De toegestane uitbreiding van verblijfsplaatsen kan aldus verwerkt worden.
- De “P” per verblijfsdag wordt afgeleid van de combinaties van (a) basisprijs per plaats, (b) toeslagen voor bijzondere zorgvormen zoals aanvullende zorg in het verzorgingshuis, Sglvg-toeslag gehandicaptenzorg, zorgzwaartemodulen GGZ).
- In de huidige situatie is de toepassing van die toeslagen niet verankerd aan een landelijk uniforme systematiek van zorgzwaarte. Daarom wordt bij de productieafspraken voor 2007 een koersverlegging doorgevoerd.
  - De instelling kan rekenen op continuïteit; het PxQ-budget ligt in het verlengde van 2006.<sup>9</sup> Tegelijk wordt de bestaande toepassing van “toeslagen” voorlopig bevroren; dus het zorgkantoor onderhandelt aan het begin van 2007 niet over verhoogde toepassingen van oude toeslagen (voorrang voor nieuw systeem).<sup>10</sup>
  - Per instelling resulteert aldus een gemiddelde prijs per dag, gebaseerd op de genoemde mix van (1) plaatsen met basisprijs en (2) plaatsen of cliënten met toeslag.<sup>11</sup> Voor “extreme zorgzwaarte” blijft de huidige procedure van kracht.

---

<sup>9</sup> Op grond van de gangbare regels (CTG/ZAio, CTZ) kan het zorgkantoor materiele controles uitvoeren, en financiële gevolgen verbinden aan eventuele situaties waarin de toepassing van toeslagen niet aanvaardbaar is.

<sup>10</sup> In enkele situaties kan deze systematiek tot onaantvaardbare knelpunten leiden. Bijvoorbeeld indien een regio geen capaciteit voor bijzondere vormen van verpleeghuiszorg heeft; en reeds plannen zijn ontwikkeld om in die lacune te voorzien (denk aan een unit voor Huntington-zorg). In een dergelijke situatie moet er ruimte zijn om het aantal dagen met de relevante toeslag uit te breiden. Echter het blijft de bedoeling hiermee heel restrictief om te gaan.

<sup>11</sup> Bij deze systematiek blijft gelden dat de CTG-beleidsregels ruimte laten voor prijsafspraken beneden de maximum beleidsregelwaarden. Het zorgkantoor heeft daarmee ruimte om – in 2006 gemaakte – afspraken over doelmatigheid voort te zetten. Dit betreft veelal afspraken over prijzen beneden het maximumtarief met als doel om met hetzelfde budget “meer mensen te helpen”.

- Instellingen gaan hun cliënten in beeld brengen aan de hand van een landelijk gestandaardiseerd instrument voor zorgzwaarte; per cliënt wordt aldus een passend pakket bepaald (opgave tussen 1 december 2006 en 1 januari 2007).
- Aan die opgave in “zorgzwaartepakketten” zijn nog geen financiële gevolgen verbonden. De opgave wordt getoetst in een onafhankelijke procedure (regie: VWS) met betrokkenheid van de indicatiebureaus. Doel ervan is dat uiterlijk in september 2007 een gevalideerd beeld beschikbaar is voor alle cliënten. Ook voor de nieuwe instroom van verblijfscliënten is een “pakket”-indicatie bekend.
- De gevalideerde opgave is de basis van bekostiging; bij voorkeur vanaf najaar 2007 moet enige ruimte beschikbaar zijn om instellingen tegemoet te komen als die een tekort hebben ten opzichte van de huidige bekostiging.

#### 6.4. Beeld van zorgzwaarte

Het CTG-budgetformulier zal bestaan uit twee delen:

- deel 1 = productie in het verlengde van “oude beleidsregels”;
- deel 2 = opgave van “nieuwe zorgzwaartepakketten”.

##### Ad 1:

- Het zorgkantoor maakt met de betreffende instelling de gebruikelijke afspraken over de productie in dagen verblijfszorg. Veranderingen in capaciteit of realisatie worden hierbij verdisconteerd.
- In het verlengde van de bestaande beleidsregels voor verblijfszorg wordt het PxQ-budget voor de betreffende instelling vastgesteld. Uitgangspunt is dat de instelling bij gelijkblijvende capaciteit kan rekenen op een productieafpraak die aansluit op 2006; veranderingen in capaciteit of bezetting worden verwerkt in “aantal dagen”.

##### Ad 2:

- Op grond van een landelijk instrument voor zorgzwaarte geeft de aanbieder een overzicht van de bestaande cliënten (peildatum = november of december 2006): enerzijds hun zorgzwaarte, anderzijds het erbij passende pakket.
- Dit overzicht zal de instelling tussen 1 december 2006 en 1 januari 2007 aan het zorgkantoor geven; en het zorgkantoor heeft hierover overleg met de instelling in de periode medio januari – medio februari 2007.
- Het zorgkantoor hoeft in deze fase geen goedkeuring te verbinden aan de opgave die de instelling doet. Wél signaleert het zorgkantoor als de opgave van pakketten substantieel buiten de verwachte verdeling van pakketten ligt (regionale inzichten over de opbouw van de cliëntenpopulatie, vergelijking met landelijke referentiecijfers, samenhang van de gemelde pakketten met de personeelsformatie).
- Aan de opgave in termen van pakketten zijn aanvankelijk geen financiële gevolgen verbonden. In de periode maart – augustus 2007 is onder regie van VWS en CTG een proces van controle op de gemelde pakketten gepland. Dit proces moet leiden tot een zuiver beeld dat extern is getoetst (= validering via het CIZ).
- Daarna ontstaat de mogelijkheid dat de geïndiceerde pakketten de basis zijn van de zorginkoop; en dat vanuit de afgesproken en geleverde pakketten de bekostiging van de instelling plaatsvindt. Dat zal naar verwachting in 2008 zo kunnen zijn.
- Het is wenselijk dat VWS reeds van de najaarsronde 2007 een bescheiden extra contracteerruimte beschikbaar stelt, waarmee instellingen die “fors tekort komen” via het zorgkantoor een extra tegemoetkoming krijgen. Hierover is pas vanaf het voorjaar van 2007 duidelijkheid te verwachten.

#### 6.5. Contracteerruimte 2007

Het regime van begrensde contracteerruimte blijft in 2007 van toepassing. Dit regime is vanaf medio 2004 ingevoerd. De financiële ruimte is ontstaan als een optelsom van de instellingsbudgetten van – in de regio – gecontracteerde instellingen. Afgezien van de toedeling van groeirimte zijn géén verschuivingen in de regionale contracteerruimte voorzien. Het is wenselijk dat het zorgkantoor binnen de totale ruimte een deelruimte voor intramurale zorg vaststelt (exploitatiekosten voor de zorgverlening).

## 7. Bovenregionale werkende instellingen: zorgkantoren werken met spelregels voor coördinatie

Zorgkantoren krijgen bij de inkoop van extramurale zorg te maken met aanbieders die over de grenzen van de regio werkzaam zijn. Er is onderscheid mogelijk in drie vormen:

- 1) Landelijk werkende instellingen die exclusief zijn gericht op gespecialiseerde doelgroepen (bijvoorbeeld de categoriale zorg voor zintuiglijk gehandicapten).
- 2) Instellingen met een werkgebied in enkele aaneengesloten regio's, die met één zorgkantoor een contract hebben (regio waar de hoofdvestiging staat).
- 3) Instellingen op het vlak van thuiszorg die landelijk werkzaam willen zijn, en die alle productie met één zorgkantoor willen regelen.

Dit onderscheid is weliswaar niet waterdicht, maar het is voldoende werkbaar voor de praktijk van zorginkoop. Van belang is tegelijk de vuistregel dat instellingen die vanaf najaar 2006 fuseren vooralsnog als aparte aanbieders gelden (huidige CTG-nummers zijn ook in 2007 van toepassing, tenzij de betrokken zorgkantoren instemmen met de vorming van één gecombineerd nummer).

### 7.1. Afspraken (1)

Bij het eerste type problematiek komen de betrokken zorgkantoren tot een indicatief kader voor inkoop, waarin ook de eventuele groei van de zorgproductie is benoemd. In samenhang met dit kader bestaat de mogelijkheid dat het CTG voor de betreffende sector tot een geormerkte toekenning van (extra) contracteerruimte komt. Deze mogelijkheid wordt open gesteld voor sectoren als: forensische psychiatrie (gelet op de geplande overheveling naar "justitie"); categoriale zorg zintuiglijk gehandicapten; de SGLVG-centra in gehandicaptenzorg; de jeugd-LVG (licht verstandelijk gehandicapte jongeren met probleemgedrag).

### 7.2. Afspraken (2)

Het tweede type problematiek is kortweg aangeduid als "de burenpromatiek". In 2006 is soms bepleit dat de betreffende instelling zich opsplijt in aparte instellingen per regio; elke satelliet kan dan meedingen naar een aandeel in de regionale contracteerruimte. Een dergelijke benadering is onwenselijk; het zorgkantoor contracteert immers namens alle zorgverzekeraars. Daarom gelden de volgende afspraken:

- 1) het zorgkantoor mag niet vragen dat een bovenregionale instelling zich via één of meer satellieten opsplijt in een "instelling per regio", elk met een eigen toelating;
- 2) aangrenzende zorgkantoren komen tot onderlinge uitwisseling van informatie over het benodigde zorgaanbod (afstemming van inkoopbeleid);
- 3) in het verlengde hiervan is er ruimte voor overheveling van contracteerruimte tussen zorgkantoren (gewenste versterking van het zorgaanbod in de relevante regio's).<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Hierbij zal het zorgkantoor rekening houden met het volgende: (1) de contracteerruimte per regio is geen "echt regiobudget" maar is in CTG-beleidsregels ontstaan als een optelsom van instellingsbudgetten van gecontracteerde aanbieders; (2) de bovenregionale aanbieder in regio A heeft historisch gezien een budget dat al werd ingezet in meerdere regio's; (3) zou die aanbieder een groei van bijvoorbeeld 2% tegemoet zien, dan telt die extra productieruimte – via de ophoging van het al aanwezige PxQ-budget – niet alleen voor regio A maar ook voor de omliggende regio's.

Het zorgkantoor waarmee de bovenregionale instelling een contract heeft fungeert als de coördinator van dit proces.

Een voorwaarde voor dit proces is een voldoende groei ruimte voor extramurale zorg. In het jaar 2006 was die ruimte – door beleid van VWS – zeer klein, waardoor overheveling nagenoeg onmogelijk was. De groei ruimte die volgens het kabinetsbeleid al is vastgelegd voor 2007 moet ten goede komen aan “uitbreiding van volume”.

### 7.3. Afspraken (3)

Het derde type problematiek is vooral aanwezig bij landelijk werkende instellingen voor thuiszorg. Instellingen die in hun productie willen uitbreiden ervaren dat het zorgkantoor de aangedragen groei-ambitie niet kan inpassen in de regionale contracteerruimte. Dat gold vooral in 2006, door de specifieke omstandigheid dat elk zorgkantoor slechts een kleine ruimte voor groei van extramurale zorg had (veel concurrerende bestemmingen).

Voor de landelijk werkende thuiszorginstellingen zijn in 2007 twee routes denkbaar.

Ten eerste: de instelling kan ervoor kiezen om in een gebiedsdeel waar men uitbreiding zoekt een extra toelating aan te vragen. Dat hoeven geen 32 regionale toelatingen te zijn (= 32 zorgkantoren), maar er kan wél gekozen worden voor betere herkenbaarheid in de gebiedsdelen “noord, zuid, oost, west”.

Ten tweede: de instelling kan een beroep doen op het feit dat het regionaal zorgkantoor namens als zorgverzekeraars de AWBZ uitvoert.<sup>13</sup> Dan geldt de volgende procedure:

- a) in de regio waar de instelling zijn dienstverlening wil uitbreiden meldt de instelling aan het betreffende zorgkantoor dat men een aandeel in de groei ruimte voor extramurale zorg wenst;
- b) de instelling maakt duidelijk welke diensten men wil leveren, bovendien in welke mate geïndiceerde cliënten naar verwachting van de diensten gebruik gaan maken;
- c) afhankelijk van “kwaliteit/prijs” van de geboden diensten komt men in aanmerking voor een deel van de contracteerruimte, c.q. “kavel” (algemeen principe van economisch meest voordelige aanbidding);
- d) als dat het geval – dus als er productieruimte wordt gegund door het zorgkantoor in de betreffende regio – zal het zorgkantoor vanuit die regio budget overhevelen naar het zorgkantoor dat met de instelling een landelijk geldend contract heeft gesloten.

Kort gezegd: het zorgkantoor kan bij een bovenregionale aanbieder geen “satelliet”-constructie afdwingen. De passende benadering volgt uit de typen “bovenregionale problematiek” die hier zijn geschetst.

Daarnaast is de aanpak afhankelijk van landelijk beleid; namelijk een toereikende groei van de contracteerruimte voor extramurale zorg, zodat de geïndiceerde zorgvraag goed kan worden opgevangen.

---

<sup>13</sup> Een aanvullend juridisch gezichtspunt: het mandaat van de uitvoeringsorganen is niet erop gericht om louter voor de eigen regio voldoende zorg te contracteren, maar om passende overeenkomsten af te sluiten met in de regio gevestigde zorgaanbieders. De gehele uitvoering van de AWBZ is hierop ingericht. Zo heeft een zorgaanbieder geen beperking in zijn werkgebied en kan met iedere zorgaanbieder maar één tarief per prestatie worden afgesproken. Het zorgkantoor kan daarom niet volstaan met contractering louter voor de eigen regio, en daarbij andere aanbieders de toegang tot zorgmarkten in de eigen regio ontzeggen.

## **Bijlage 1: geschiktheideisen**

**bedoeld voor contractering van extramurale zorg (= selectie: wel/geen contract)**

### ***Algemene eisen: accent op technische en beroepsbekwaamheid***

- a) De instelling is gevestigd in de regio van het zorgkantoor waarmee de overeenkomst wordt aangegaan.
- b) De instelling beschikt over een formeel vereiste toelating voor de levering van AWBZ-zorg.
- c) De instelling verklaart te voldoen en zich te houden aan de wettelijke eisen. Met name de AWBZ, de WTG, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, Wet BIG, WGBO (indien en voor zover van toepassing), WBP, Wet medezeggenschap cliënten zorgsector, Mededingingswet. Daarnaast de Regeling jaarverslaglegging zorginstellingen en de beleidsregels AO/IC.
- d) De instelling beschikt over een werkend kwaliteitssysteem, of een traject dat aantoonbaar leidt tot een extern gecertificeerd systeem; namelijk een kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is, dat gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (leidend tot een certificaat) en dat de resultaten voor cliënten centraal stelt (conform landelijk vastgestelde velden verantwoorde zorg).
- e) De instelling beschikt over een adequate bedrijfsadministratie ten behoeve van de tijdige levering van gegevens over de gerealiseerde productie, gegevens voor de oplegging van de eigenbijdrage, gegevens voor het geldende AZR-systeem.
- f) De instelling beschikt over een vastgelegd privacybeleid.
- g) De instelling beschikt over een adequate bedrijfsadministratie waarmee:
  - o gegevens voor de oplegging van de eigenbijdrage binnen 4 weken na afloop van een maand / periode kunnen worden aangeleverd bij het CAK;
  - o productie-realisatiecijfers binnen de door het zorgkantoor gestelde termijn worden aangeleverd;
  - o in ieder geval het "bericht zorgtoewijzing" kan worden ontvangen en de berichten "melding aanvang zorg" en "bericht mutaties" kunnen worden aangeleverd bij het zorgkantoor, conform de standaarden die door het CVZ zijn vastgesteld.

### ***Algemene eisen: accent op financieel-economische aspecten***

- a) De instelling is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid.
- b) De inschrijver of gegadigde wordt uitgesloten van deelneming als er jegens deze aanbieder bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling is uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 177a, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht van deelneming.
- c) De inschrijver of gegadigde wordt uitgesloten van deelneming als:
  - 1) die in staat van faillissement of van liquidatie verkeert, wiens werkzaamheden zijn gestaakt, jegens wie een surseance van betaling of een akkoord geldt of die in een andere vergelijkbare toestand verkeert ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie;
  - 2) wiens faillissement of liquidatie is aangevraagd of tegen wie een procedure van surseance van betaling of akkoord dan wel een andere soortgelijke procedure die voorkomt in de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie, aanhangig is gemaakt;

- 3) jegens wie een rechterlijke uitspraak met kracht van gewijsde volgens de op hem van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie is gedaan, waarbij een delict is vastgesteld dat in strijd is met zijn beroepsgedragsregels;
- 4) die in de uitoefening van zijn beroep een ernstige fout heeft begaan, vastgesteld op een grond die het zorgkantoor aannemelijk kan maken;
- 5) die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van de sociale zekerheidsbijdragen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- 6) die niet aan zijn verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van zijn belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar hij is gevestigd of van Nederland;
- 7) die zich in ernstige mate schuldig heeft gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de offerte kunnen worden verlangd, of die inlichtingen niet heeft verstrekt.

**Bijlage 2: algemene gunningvoorwaarden (eis m.b.t. te leveren AWBZ-zorg) bedoeld voor extramurale en intramurale zorg (voorwaarden in overeenkomst)**

*Algemeen*

- a) De instelling beschikt over een vastgelegde klachtenregeling.
- b) De instelling meldt tevoren eventuele vormen van "onderaanneming".<sup>14</sup> Onverminderd geldt dat bij alle onder-aanneming de hoofdaannemer verantwoordelijk en aansprakelijk is voor de dienstverlening van onderaannemer.

*Tijdige zorg*

- a) De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de levering van AWBZ-zorg voor de functies waarop de overeenkomst betrekking heeft.
- b) De zorgaanbieder bevordert dat de verzekerde zo snel mogelijk vanaf de indicatie de zorg ontvangt; in beginsel binnen de normen voor aanvaardbare wachttijd (Treenormen).
- c) De zorgaanbieder realiseert zorg ter overbrugging ingeval de geïndiceerde zorg niet direct dan wel niet binnen de afgesproken termijn geleverd kan worden, zorgen voor.

*Kwaliteit van zorg*

- a) De zorgaanbieder verbindt zich jegens het zorgkantoor om kwalitatief verantwoorde zorg te leveren aan verzekerden. Hieronder wordt verstaan: zorg die cliëntgericht, doeltreffend en doelmatig wordt verleend zoals gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten en die naar redelijkheid is afgestemd op de behoefte van de cliënt.
- b) De instelling heeft een werkend kwaliteitssysteem, of een traject dat aantoonbaar leidt tot een extern gecertificeerd systeem; namelijk een kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is, dat gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing, en dat resultaten voor cliënten centraal stelt (conform landelijk vastgestelde velden verantwoorde zorg).
- c) Onderdeel van dat systeem is de steekproefsgewijze cliëntenraadpleging - minimaal 1 keer per 2 jaar - die berust op een landelijk vastgesteld instrument voor de meting van klant-ervaringen, uitgevoerd door een onafhankelijk instituut.

*Informatieverstrekking*

- a) De aanbieder verstrekt inlichtingen aan het zorgkantoor ten behoeve van de uitvoering van de wettelijke taken van het zorgkantoor. De uitvoering van de taken is vastgelegd in de AWBZ en de nadere regelgeving van de AWBZ.
- b) De aanbieder geeft het zorgkantoor de vereiste informatie op grond van de "Regeling jaar-verslaglegging zorginstellingen" en de beleidsregels AO/IC.
- c) Daarnaast verstrekt de aanbieder de gegevens aan het zorgkantoor op grond van de WTG, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector, Wet BIG, WGBO (indien van toepassing), WBP, Wet medezeggenschap cliënten zorgsector, Mededingingswet.

---

<sup>14</sup> Indien de onderaanneming een niveau heeft boven 2% van de afgesproken productie ligt kan het zorgkantoor aanvullende afspraken maken met de instelling.



### **Bijlage 3: marktwerking in de extramurale zorg aandachtspunten uit “Monitor extramurale zorg” (CTG/ZAio en CTZ)**

CTG/ZAio en CTZ hebben de recente ontwikkelingen in extramurale zorgmarkten in beeld gebracht met hun “Monitor extramurale AWBZ-zorg” (juni 2006).

Doel van de monitor is: inzicht bieden in marktwerking na afschaffing van de contracteerplicht voor extramurale zorg.

Een “markt” is omschreven als het gebied waarbinnen concurrentie tussen aanbieders van gelijkwaardige producten plaatsvindt. De monitor is gericht op de extramurale zorg zónder de ambulante GGZ die naar de Zvw overgaat; dus overwegend de extramurale V&V-zorg en gehandicaptenzorg.

#### *Bevindingen:*

1. Per regio heeft het zorgkantoor gemiddeld met 36 toegelaten aanbieders te maken; en gemiddeld 13 ervan hebben een marktaandeel van meer dan 1% in die regio.
2. Een klein aantal aanbieders levert een groot deel van de productie in een segment. Door fusies zal de marktmacht van die aanbieders toenemen. Per regio kreeg het zorgkantoor in 2005 gemiddeld 3 nieuwe aanbieders.
3. De zorgkantoren hebben ervoor gekozen – vanuit continuïteit van zorg – een groot deel van de gerealiseerde productie van de bestaande aanbieders voort te zetten (minimaal 90%).
4. Een klein deel van het inkoopbudget is bestemd voor selectieve toedeling op grond van gunningcriteria. Tussen zorgkantoren bestaan grote verschillen in gehanteerde criteria (naar aantal en inhoud).
5. Zorgaanbieders ervaren het inkoopbeleid van zorgkantoren als eenzijdig beheerst door “prijsonderhandeling” en “doelmatigheid”. In hun ervaring is er weinig ruimte voor “kwaliteit”. Dat komt mede – volgend CTG en CTZ – doordat zorgkantoren de kwaliteit als “proces” hebben benaderd (certificatie, cliëntraadpleging) en niet als kenmerk van de geleverde diensten, terwijl prijs wél als resultaat is gedefinieerd.

#### *Aanbevelingen:*

6. Zorgkantoren moeten inkopen op basis van de relatieve prestaties van aanbieders ten aanzien van prijs / kwaliteit (en daarbij kwaliteit meten aan uitkomstindicatoren). Tegelijk moet de continuïteit van zorgverlening gewaarborgd zijn.
7. Zorgkantoren moeten de groei van kleinere aanbieders stimuleren. Daarmee krijgt de klant meer keuzemogelijkheden.
8. Zorgkantoren moeten de klant (beter) informeren over het beschikbare aanbod, de kwaliteit ervan, de wachttijden: geobjectiveerde informatie die de klant ondersteunt bij de keuze van de aanbieder die het best aan zijn vraag tegemoet komt.
9. De zorgkantoren moeten een beter evenwicht vinden tussen continuïteit en marktwerking door een groter deel van het inkoopbudget (de contracteeruimte) toe te kennen op basis van de relatieve prestaties van zorgaanbieders. In 2006 was dat deel doorgaans niet meer dan 5%.
10. Het inkoopbudget van het zorgkantoor moet bij voorkeur zijn gebaseerd op een model dat vertrekt vanuit kenmerken van de regionale bevolking (determinanten van zorgvraag en zorggebruik). Op de korte termijn (2007) is dat niet haalbaar. NOOT: op de middellange termijn willen CTG en CTZ de huidige systematiek van de regionale uitvoering door zorgkantoren (“geen prikkels tot doelmatigheid”) vervangen zien door “een risicodragende uitvoeringsstructuur”.

### *“Weging van relatieve prestaties”*

CTG/ZAio en CTZ willen dat zorgkantoren de extramurale zorg inkopen op basis van de relatieve prestaties van aanbieders ten aanzien van prijs / kwaliteit; en dat daarbij tevens de continuïteit van zorgverlening geborgd moet zijn. Hoe deze balans tussen continuïteit en marktwerking eruit moet zien wordt niet gepreciseerd.

Zorgkantoren hebben de weging van prestaties overwegend gebaseerd op het principe van de economisch meest voordelige aanbieder – zo signaleert de monitor.<sup>15</sup> Offertes van aanbieders zijn beoordeeld op grond van tevoren bekend gemaakte criteria. Dit is ook het leidende model voor 2007.

### *Kader: aandachtspunten bij weging van prestaties (2006)*

- (1) Kwaliteit:
  - voortgang opbouw kwaliteitssysteem en toepassing cliëntmonitor
  - (soms) gemeten cliënttevredenheid
  - toepassing zorgplansystematiek
- (2) Productkwaliteit:
  - voldoen aan specificaties in definities van zorgprestaties (CTG-beleidsregels)
  - naleving van algemeen aanvaarde richtlijnen (voorbeeld richtlijnen GGZ)
  - ketensamenhang (uitsluitend voor zorgproducten die zijn geplaatst in ketens)
- (3) Service aan zorgvragers:
  - snel contact met cliënt leggen na indicatie
  - regelen van overbruggingszorg
  - vermogen om crisiszorg in te zetten
- (4) Administratieve eisen:
  - toepassing AZR
  - medewerking aan materiële controle
  - prestaties op het gebied van eigenbijdragen (tijdige aanlevering zorggebruik)
- (5) prijs van zorgproducten
  - uitgedrukt als % beneden maximumtarief of met intervallen (98%, 96%, etc)

\* Bron: Overzicht door Bureau Significant. Het bovenstaande overzicht is geenszins uitputtend; en zorgkantoren komen in hun inkoopbeleid tot een regionaal en sectoraal passende specificatie.

<sup>15</sup> De “monitor extramurale AWBZ-zorg” noemt drie typen zorginkoop:

- (1) Leidend is de “economisch meest voordelige aanbieder” (22 zorgkantoren). Hierbij worden voorstellen van aanbieders beoordeeld op grond van een mix van criteria die tevoren bekend zijn gemaakt zodat de zorgaanbieders weten waaraan de inkoper waarde hecht. De criteria betreffen enerzijds de kwaliteit van diensten, anderzijds de prijs (bijvoorbeeld 100%, 98%, 95% van maximum tarief).
- (2) Leidend is de kwaliteit, geen prijs criterium (3 zorgkantoren). Hierbij is geen prijs onderhandeling gevoerd. Aanbieders met een bewezen systeem van kwaliteitsborging kregen voorrang bij de toedeling van groei ruimte.
- (3) Leidend is de prijs uitgaande van aanbieders die kwaliteit bieden (6 zorgkantoren). Hierbij zijn minimum kwaliteitseisen gesteld via de *selectie* van aanbieders. Binnen de verzameling van geselecteerde aanbieders heeft het zorgkantoor onderhandeld over de prijs (streven naar optimale prijs; samenhang met doelstellingen uit convenant AWBZ: “meer doen met het geld”). Bij de eerstgenoemde benadering zijn twee werkwijzen aangetroffen. Ze betreffen de gevolgen die het zorgkantoor verbindt aan “goed scorende aanbieders”:
  - (a) directe toekenning van een aandeel in de totale productieafspraken (op basis van een tevoren afgebakend deel van het totale inkoopbudget);
  - (b) indirecte procedure waarbij aanbieders met een gunstige score zijn toegelaten tot een fase van onderhandeling (vervolgens toekenning van productieruimte, mede afhankelijk van prijs).