

Whitepaper

Goed voorbereid op de Wmo-contractering in 2016

Een samenwerking tussen



Inhoudsopgave

MANAGEMENTSAMENVATTING	3
Terugblik op de Wmo-aanbestedingen 2015	4
Gevolgen van gemeentelijke inkoop.....	6
Ontwikkelingen en risico's in de transformatie.....	7
Contracteren in 2016	9
Juridische aandachtspunten	10
Zorgverkoop borgen	11
Ondersteuning nodig?	13

MANAGEMENTSAMENVATTING

De Wmo houdt de gemoederen flink bezig. Lage tarieven, geen volumeafspraken, het ontbreken van landelijke kaders en geen duidelijkheid over de praktische uitvoering. Inmiddels is de Wmo een feit. De ontwikkelingen zijn per gemeente verschillend. Het is tijd om terug te blikken én vooruit te kijken, want de contractering 2016 staat alweer voor de deur.

Contracteren in de Wmo is een multidisciplinaire aangelegenheid

In 2016 zullen meer bezuinigingen aan de orde zijn. Wederom zullen de prijsvechters in de Wmo-markt overheersen. Ook is de verwachting dat de inzet van collectieve voorzieningen verder toeneemt en dat gemeenten gaan inzetten op preventie en ontwikkeling middels de Participatiewet. Hierdoor daalt de inzet van maatwerkvoorzieningen en daarmee dalen ook de kosten.

De contractering in de Wmo is voor zorgaanbieders een multidisciplinaire aangelegenheid. De transformatie, de groeiende lokale macht en de bezuinigingen maken dat er vanuit verschillende perspectieven naar de zorgverkoop voor 2016 gekeken moeten worden. Hierbij moet de inhoud van zorg leidend zijn in de onderhandelingen met gemeenten.

→ **Het verkoopproces moet door aanbieders strak worden gecoördineerd.**

Bijzondere aandacht nodig voor juridische aspecten

Bijzondere aandacht bij de contractering is nodig voor juridische aspecten. Veel gemeenten hebben raamovereenkomsten voor de duur van één jaar gesloten met de mogelijkheid tot verlenging. Om verder te transformeren en ervaringen te verwerken, is het echter aannemelijk dat gemeenten voor 2016 opnieuw zullen aanbesteden. De verwachting daarbij is dat voor 2016 meer gemeenten kiezen voor bestuurlijke aanbestedingen.

Dat betekent dat zorgaanbieders er goed aan doen zich actief op te stellen bij de inkoopprocedure om zoveel mogelijk van hun input verwerkt te krijgen in de uiteindelijk te verstrekken opdracht. Aanbieders dienen zich bij de zorginkoop 2016 niet te laten verleiden om de regels van het mededingingsrecht te overtreden. Door ACM worden eventuele kartels in de zorg scherp gevolgd. Verder hebben gemeenten zich te houden aan beginselen van proportionaliteit, gelijke behandeling en transparantie.

Voor zorgaanbieders is ook een gedegen contractmanagement cruciaal. De overeenkomsten met onderaannemers (en andere samenwerkingspartners) dienen kritisch onder de loep te worden genomen.

→ **Bij contractvorming en contractmanagement verdient het aanbeveling de lijnen met een juridische professional kort te houden.**

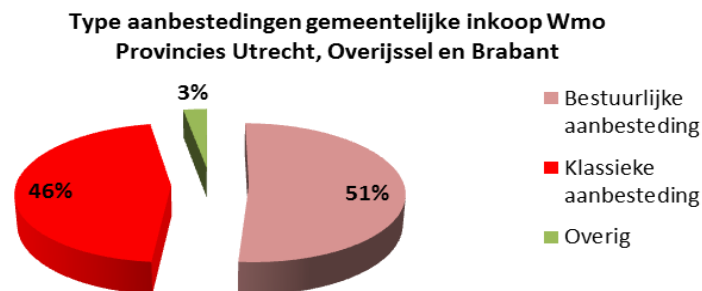
IN DEZE WHITEPAPER LEEST U MEER OVER WMO-AANBESTEDINGEN, DE GEVOLGEN VAN GEMEENTELIJKE INKOOP EN DE VERWACHTINGEN VOOR DE CONTRACTERING VOOR 2016. DAARNAAST LEEST HOE U UW ZORGVERKOOP KUNT BORGEN EN DE JUISTE AANDACHT KUNT HEBBEN VOOR JURIDISCHE ASPECTEN.

Terugblik op de Wmo-aanbestedingen 2015¹

De Wmo houdt de gemoederen flink bezig. Lage tarieven, geen volumeafspraken, het ontbreken van landelijke kaders en geen duidelijkheid over de praktische uitvoering. Inmiddels is de Wmo een feit. De ontwikkelingen zijn per gemeente verschillend. Het is tijd om terug te blikken én vooruit te kijken, want de contractering 2016 staat alweer voor de deur. Hoe is de contractvorming in verschillende gemeenten in 2015 verlopen? Welke juridische en bedrijfseconomische aandachtspunten zijn op te merken? Hoe kunnen aanbieders zich goed voorbereiden op de komende contractering in de Wmo?

Door decentralisatie zijn gemeenten sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning. Afgelopen jaar ging er een aanbestedingsgolf door Nederland. De praktijk heeft laten zien dat gemeenten kozen voor veilige opties in aanbestedingsprocedures en 'best practices' bij elkaar afkeken. Uit ons onderzoek blijkt dat in 51% van de gevallen gebruik gemaakt werd van eenzelfde procedure: de zogenaamde bestuurlijke aanbesteding. Slechts in zeer beperkte mate blijkt een op de lokale situatie toegesneden procedure te worden gehanteerd.

Door ons is onderzoek gedaan naar de wijze waarop de Wmo wordt aanbesteed in de provincies Utrecht, Noord-Brabant en Overijssel. De aanbestedingstrajecten die het meest worden gehanteerd door gemeenten, zijn over het algemeen te verdelen in drie hoofdcategorieën en deze kent de volgende procentuele verdeling in de keuzes van gemeenten per type aanbesteding.



Het veelvuldig toegepaste model van 'bestuurlijk aanbesteden' wordt gekenmerkt door flexibiliteit. Alle gegadigde zorgaanbieders ondertekenen een basisconvenant dat de spelregels bepaalt voor het overleg en de onderhandelingen die daarna plaatsvinden. Bij bestuurlijk aanbesteden worden voorwaarden en contracten voorgelegd aan fysieke of digitale overlegtafels. Alle aanbieders kunnen hieraan deelnemen en worden zodoende in de gelegenheid gesteld om input te geven om te komen tot inrichting van de contracten. Voordeel is dat aanbieders invloed kunnen uitoefenen op de voorwaarden van het contract dat zij gaan sluiten. Gemeenten kunnen bovendien kennis vanuit de markt ophalen.

Een fors aantal gemeenten (46%) besteedt de begeleiding en ondersteuning aan als elke andere dienst of levering door middel van een meervoudig onderhandse of nationale aanbesteding. Wij noemen dat hier een 'klassieke aanbesteding'. Er is sprake van een formele procedure met uitsluitingsgronden, geschiktheidseisen en een gunningscriterium.

¹ Dit hoofdstuk is eerder verschenen als tijdschrift artikel: P. Dollekamp en G.L. Weerheim, 'Terugblik op de Wmo-aanbestedingen', in: *Tender Nieuwsbrief 2015*, 2

Voor de aanbieders brengt het formele karakter van de procedure het risico met zich mee dat hun inschrijving ongeldig wordt verklaard, omdat niet volledig aan alle vereisten is voldaan. Bij deze procedure worden aanbieders geselecteerd die voldoen aan de eisen en een economisch interessante inschrijving hebben gedaan.

Slechts door sommige gemeenten is de creativiteit ten volle benut en werd een lokale inkoopmethode ontwikkeld. Ook zijn er nog enkele gemeenten die een subsidierelatie met de aanbieders zijn aangegaan.

Elementen uit het Zeeuwse model

In alle verschillende toegepaste aanbestedingsmodellen zien we vaak elementen terug van het Zeeuwse model. Het Zeeuwse model, genoemd naar het model dat de Zeeuwse gemeenten gebruikten voor de inkoop van huishoudelijke hulp, houdt in dat alle voorwaarden – ook de tarieven – op voorhand eenzijdig zijn vastgesteld door de gemeenten. Aanbieders die zich daaraan willen committeren, kunnen een contract krijgen. In de praktijk blijkt dat vaak een tussenvariant wordt toegepast. De tarieven staan dan vast, maar over de voorwaarden wordt onderhandeld.

Proportionaliteit in contracten

Op grond van de Aanbestedingswet is op meervoudig onderhandse of nationale aanbestedingsprocedures van de gemeenten ook de *Gids Proportionaliteit* van toepassing. Deze gids bevat behalve richtlijnen voor de procedure ook regels voor de evenwichtigheid van de contractuele voorwaarden. Door veel gemeenten is echter in de overeenkomst voorwaarden opgenomen die haaks staan op het proportionaliteitsbeginsel, omdat die voorwaarden eenzijdig in het voordeel zijn van die gemeenten. Te denken valt daarbij aan de eenzijdige mogelijkheid om de overeenkomst op te zeggen, de eenzijdige mogelijkheid van cessie en verrekening, de eis aan de zorgaanbieder om de gemeente volledig te vrijwaren voor alle aanspraken van derden, onmiddellijk opeisbare boetes bij onjuiste facturatie en de eis van ongelimiteerde aansprakelijkheid. Deze voorwaarden zijn in meer of mindere mate disproportioneel en vormen een bedrijfsrisico voor aanbieders die akkoord gaven.

Mededinging

Ten slotte vormde het mededingingsrecht een belangrijk juridisch aandachtspunt voor zorgaanbieders tijdens het aanbestedingsproces. Door gemeenten werd in een aantal gevallen aan de aanbieders gevraagd om gezamenlijk afspraken te maken. Dat had onder meer betrekking op de wijze waarop de zorg wordt aangeboden, op welke wijze de markt wordt verdeeld (bijvoorbeeld bij wijkindeling) of door zelfs als aanbieders gezamenlijk een consortium te vormen. Indien de aanbieders op een dergelijk verzoek van de gemeente ingaan, handelen zij in strijd met het in artikel 6 Mededingingswet neergelegde kartelverbod. Uitzonderingen bestaan daar waar de gemeenten de zorgactiviteiten hebben aangewezen als Dienst van Algemeen Economisch Belang (DAEB), waardoor mededingingsregels niet van toepassing zijn.

Top drie juridische aandachtspunten contractering met gemeenten

- De verschillende aanbestedingsprocedures vragen verschillende overwegingen van aanbieders tot inschrijving.
- Aanbieders doen er goed aan de concept contracten goed te toetsen op de proportionaliteit van de voorwaarden en zo nodig de gemeenten te verzoeken de voorwaarden aan te passen.
- Aanbieders lopen het risico ongemerkt mededingingsregels te overtreden.

Gevolgen van gemeentelijke inkoop

Onzekerheden in omzet

De maatwerkvoorzieningen zijn door gemeenten ingekocht bij zorgaanbieders. Vanaf 2015 kiest een cliënt zelf de aanbieder waarvan hij of zij zorg wil ontvangen. De cliënt heeft hierbij de keuze uit een lijst met gecontracteerde aanbieders. Aangezien cliënten zelf kiezen, maken gemeenten op voorhand in de contractering dus geen volumeafspraken met aanbieders. De te verwachten omzet voor aanbieders is hierdoor vooraf lastig te bepalen en volledig afhankelijk van de binding met (potentiele) cliënten, het netwerk en een goed marketingapparaat.

De directe prijskortingspercentages die gemeenten hebben gehanteerd voor de maatwerkvoorzieningen lopen uiteen van 7% tot 35%. Het gemiddelde kortingspercentage ten opzichte van 2014, ligt in 2015 rond de 21%. Naast korting op tarieven, zetten gemeenten in op lichtere vormen van zorg. Dit uit zich bijvoorbeeld in de frequentie, het aantal uren per week. Minder intensieve begeleiding is ook denkbaar. De effectieve korting kan daardoor oplopen tot 40%. De verwachting voor 2016 is dat dit verder kan oplopen.

Gemeentelijke financiering

Gemeenten hanteren grofweg drie typen van financiering. De methode die het meeste aansluit op de structuur in de AWBZ is die van een tarief per eenheid ($p \times q$). Een tweede vorm van financiering is de lumpsumfinanciering. Deze is sterk gericht op het te bereiken resultaat; meer zelfredzaamheid en eigen regie voor de cliënt. Afrekening vindt plaats op basis van behaalde resultaten. Trajectfinanciering is een alternatief van deze vorm. De aanbieder ontvangt een tarief per cliënt en moet daarvoor binnen een bepaalde termijn een bepaald resultaat behalen. Deze optie past beter bij de Wmo doelstellingen. 40% van de onderzochte gemeenten onderzoekt de mogelijkheid om in 2016 trajectfinanciering te introduceren. Ook populatiegebonden bekostiging, waarbij wordt gekeken naar de aard van de doelgroepen in verschillende regio's, is als bekostigingsvorm niet uit te sluiten.

Tot slot volgt een verdere uitbouw van subsidiëring van wijkgericht werken. Voor de langere termijn kijken gemeenten nu al naar het oprichten van aparte entiteiten die de plaats van de huidige wijkteams gaan innemen. Het is aannemelijk dat dit gepaard gaat met de overgang van personeel vanuit zorgaanbieders naar die entiteiten. Sommige gemeenten zullen zelfs het sociale wijkteam volledig inlijven in de eigen ambtelijke organisatie.

Bevoorschotting

40% van de gemeenten is bereid aanbieders te bevoorschotten. In 30% van de gevallen wordt hiervoor een vergoeding gevraagd van 1% à 2% van het jaarbudget. Hierdoor wordt het voor zorgaanbieders die geen liquiditeitsproblemen verwachten, minder interessant wordt. Bij facturatie achteraf lopen de gemiddelde betaaltermijnen uiteen van 30 tot 90 dagen.

Verantwoording

Hoewel de verantwoordings-eisen per gemeente verschillend zijn, is een algehele ontwikkeling dat verantwoording wordt afgelegd op inhoudelijke- en administratieve parameters. Inhoudelijke verantwoording gaat over het met de cliënt te bereiken resultaat. Hiervoor worden verschillende meetinstrumenten gehanteerd. Deze worden in 2015 gezamenlijk met zorgaanbieders doorontwikkeld. Voor de administratieve verantwoording gelden landelijke standaarden (iWmo).

Gemeenten zijn niet verplicht aan te sluiten. 20% doet dit niet (direct). De implementatie van de standaarden is een omvangrijke klus die naar verwachting het eerste half jaar van 2015 in beslag neemt. Daarnaast wordt door 80% van de gemeenten aanvullende administratieve eisen gesteld, waardoor de bureaucratie voor aanbieders toeneemt.

Algemene ontwikkelingen inkoop 2015 maatwerkvoorzieningen Wmo

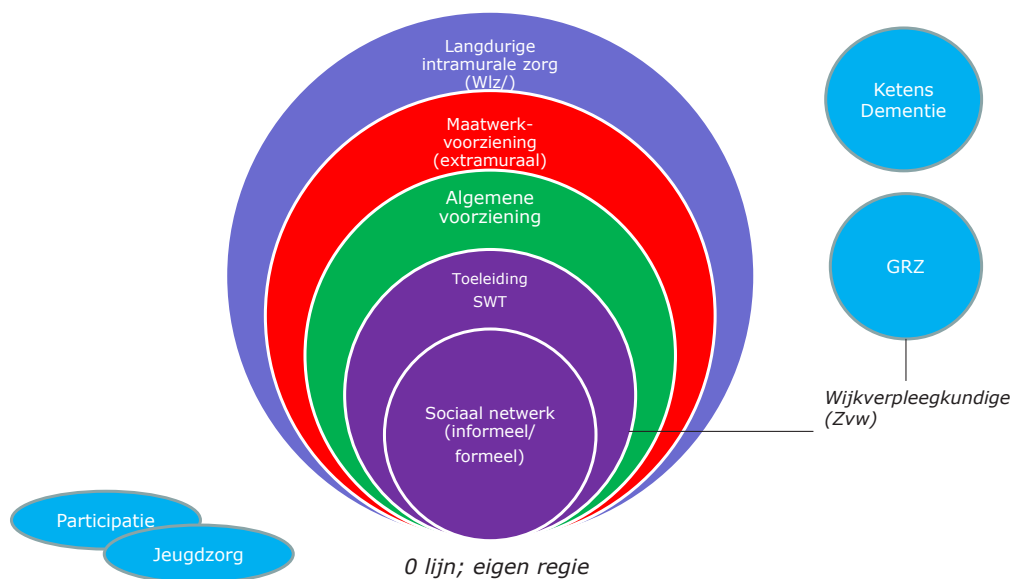
- Toename collectieve voorzieningen en verschuiving naar lichtere vormen van begeleiding.
- Geen volumeafspraken voor zorgaanbieders.
- Kortingen 2015 to.v. 2014; uiteenlopend van 7 tot 35%.
- Afrekenen op basis van inhoudelijke én administratieve parameters.
- Verschillende afrekenmethoden, waardoor de bureaucratie voor aanbieders toeneemt.

Ontwikkelingen en risico's in de transformatie

Ontwikkelingen

Van burgers wordt verwacht dat zij werken aan eigen regie en zelfredzaamheid. Waar nodig en mogelijk dient de burger een beroep te doen op het eigen netwerk. Pas als daarbinnen geen mogelijkheden zijn, kan de burger bij de gemeente aankloppen voor een voorziening.

Gemeenten en het sociale domein



Gemeenten zetten in op een toename in het gebruik van collectieve (algemene) voorzieningen. Hierdoor zou het gebruik van individuele voorzieningen afnemen, waardoor hulp en ondersteuning in de Wmo beter betaalbaar worden. Sociale wijkteams van gemeenten spelen een belangrijke rol in deze ontwikkeling en gaan steeds meer zelf oppakken. Hierdoor kan overgang van personeel vanuit aanbieders aan de orde komen of zelfs overgang van ondernemingen.

De transformatie

In 2014 is de transitie vanuit de AWBZ naar de Wmo ingezet. De transitie betrof een overheveling van de bestaande situatie. In 2015 zou de transformatie moeten plaatsvinden, waarbij wordt gewerkt aan de kanteling die moet plaatsvinden naar betere en betaalbare voorzieningen. Deze transformatie zal naar verwachting pas in 2016 vorm gaan krijgen.

Pas als gemeenten een volledig beeld hebben bij de omvang en inhoud van de transitie, zullen zij de transformatie gaan inzetten. Gemeenten zijn daarnaast nog zoekende in ontwikkeling en naar innovatieve marktoplossingen. Voor aanbieders is het daarom lastig om aansluiting te zoeken bij de ontwikkelingen. Wel kunnen aanbieders zelf de trend proberen te zetten. Gemeenten zullen bereid zijn om een platform te bieden voor initiatieven die in innovatieve zin kunnen bijdragen aan de transformatie. Het is voor aanbieders de kunst zorg anders en goedkoper te organiseren.

Top 4 ontwikkelingen in de Wmo

- Toename collectieve (algemene) voorzieningen.
- Verschuiving naar lichtere vormen van begeleiding.
- Transitie zet zich voort in 2015, transformatie volgt in 2016 of zelfs pas in 2017.
- Steeds meer ondersteuning wordt aangeboden door sociale wijkteams.

Bedrijfseconomische risico's voor aanbieders

De daadwerkelijke financiële impact van de Wmo zal in de loop van 2015 pas goed duidelijk worden. Dit maakt het voor aanbieders lastig om op dit moment financiële scenario's te maken voor 2015 en verder. Besluitvorming wordt hierdoor bemoeilijkt.

Aanbieders investeren in de Wmo om de gewenste transitie en transformatie met ketenpartijen gezamenlijk te kunnen vormgeven. Investerings in de Wmo kunnen een behoorlijke impact hebben op het eigen vermogen. Gemeenten hebben de beschikking gekregen over het maatschappelijke kapitaal en gemeenten vragen aanbieders de opgebouwde reserves aan te wenden. Hierdoor kunnen bij zorgaanbieders solvabiliteitsproblemen ontstaan.

Onzekerheid basis voor reorganisaties

Er komt minder geld beschikbaar voor de hulp in de Wmo. Het aantal mensen met een hulpvraag stijgt echter door verwachte bevolkingsgroei en vergrijzing. Reorganisaties bij zorgaanbieders lijken niet langer te vermijden. Door zorg anders vorm te geven in de Wmo, ondersteund met digitale oplossingen kan dit deels worden bereikt. Daarnaast is het streven naar een lagere FWG functiemix, om kostentechnisch uit te komen, aan de orde. De grootste uitdaging hierbij is de kwaliteit van de begeleiding op peil te houden.

Geen praktische en concrete afspraken

In de contractering zijn onvoldoende concrete afspraken gemaakt over de praktische uitvoering en verantwoording. De verschillen van wensen en eisen per gemeente maken het daarnaast voor aanbieders lastig om de kwaliteit, procedures en systemen daarop in te richten.

Bedrijfseconomische risico's

- Financiële meerjarensenario's zijn lastig te bepalen.
- Kwaliteit- en continuïteitsrisico's door het ontbreken van concrete en praktische afspraken.
- Blijvende onzekerheid over prijs en volumes.
- Administratieve chaos door verschillende vastlegging- en verantwoordingssystematieken.
- Liquiditeitsproblemen door facturering achteraf en hoge betaaltermijnen.
- Solvabiliteitsproblemen door hoge investeringen in de Wmo.

Risicobeheersing

Deskundigheidsmix, productiviteit en flexibele schil

Door druk op de tarieven, is een lagere deskundigheidsmix en verhoging van de productiviteit voor aanbieders noodzakelijk om financieel gezond te blijven. Het realiseren van een efficiënte personeelsmix staat voorop in de route naar een gezonde exploitatie. Dit vraagt om een andere kijk op het plannen van personeel. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn de flexibiliteit van inzetbaarheid van personeel in relatie tot de lokale vraag én bijbehorende kwaliteitseisen.

Overhead flexibiliseren en borgen van continuïteit

Het overheadpercentage van zorgaanbieders ligt gemiddeld op 16%. Er zijn verschillende discussies gaande om dit terug te brengen naar 10%. Sturen op het overheadpercentage is niet de belangrijkste discussie. Belangrijker is hoe de overhead kan meebewegen met de mogelijke groei óf krimp van business. De toenemende onzekerheid over opbrengsten betekent dat een zorgorganisatie flexibel moet zijn; als de omzet daalt, zal ook de overhead moeten meebewegen. Tot op zekere hoogte lukt dat door een flexibele schil te hanteren, maar op een bepaald moment is de rek eruit. Op het moment dat deze situatie zich voordoet, kan een besluit worden genomen om ondersteunende administratieve activiteiten of ICT-aangelegenheden uit te besteden. Het kan op deze wijze goedkoper en risico's van vaste kosten kunnen op deze wijze worden weerlegd. Een andere mogelijkheid, is dat aanbieders gezamenlijk een Shared Service Centrum gaan inrichten. Door schaalgrootheid kan prijsvoordeel worden behaald. Beide oplossingen bieden een uitkomst voor het borgen van continuïteit.

Contracteren in 2016

Het is duidelijk dat gemeenten meer willen bezuinigen. Gemiddeld nog zo'n 10% meer in 2016, dan in 2015 al het geval was. Naast prijskortingen, kunnen volumekortingen aan de orde zijn en kan sprake zijn van minder intensieve begeleiding. Ook is de verwachting dat de inzet van collectieve voorzieningen verder toeneemt en dat gemeenten gaan inzetten op preventie en ontwikkeling middels de Participatiewet. Wie immers via de Participatiewet aan werk komt of een zinvolle daginvulling vindt, zal minder een beroep hoeven te doen op maatwerkvoorzieningen.

90% van de onderzochte gemeenten hanteert in 2015 financiering op basis van *pxq* en wil in 2016 groeien naar een vorm van lumpsum- of trajectfinanciering.

Wederom zullen waarschijnlijk de prijsvechters in de Wmo markt overheersen, zoals in 2007 ook is gebeurd met de inkoop van huishoudelijke hulp.

Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de zorginkoop door gemeenten in 2016. In 2016 zullen de inkoopprocedures naar verwachting vergelijkbaar zijn met de procedures in 2015, omdat de transitie nog gaande is.

Verwachtingen voor zorgverkoop 2016

- Vergelijkbare inkoopprocedures als in 2015
- Extra kortingen; oplopend tot 10%. Combinatie van volume- en prijskortingen
- Versterkte nadruk op kwaliteit en kwalitatieve verantwoording om de transformatie op gang te laten komen
- Groei naar budget/populatiegebonden financiering *of* traject/resultaatfinanciering

Juridische aandachtspunten

Veel gemeenten hebben raamovereenkomsten voor de duur van één jaar gesloten met de mogelijkheid tot verlenging. Om verder te transformeren en ervaringen te verwerken, is het echter aannemelijk dat gemeenten voor 2016 opnieuw zullen aanbesteden. Zoals aangegeven, zullen gemeenten mogelijk dezelfde soort procedures hanteren als voor 2015. De verwachting daarbij is dat voor 2016 meer gemeenten kiezen voor bestuurlijke aanbestedingen.

Dat betekent dat zorgaanbieders er goed aan doen zich actief op te stellen bij de inkoopprocedure om zoveel mogelijk van hun input verwerkt te krijgen in de uiteindelijk te verstrekken opdracht. Aanbieders moeten gebruik maken van de wettelijke regels waaraan aanbesteders gebonden zijn, waaronder de eis dat contractvoorwaarden proportioneel moeten zijn. Verder hebben gemeenten zich te houden aan beginselen van gelijke behandeling en transparantie.

Contractmanagement

Voor zorgaanbieders is ook een gedegen contractmanagement cruciaal. Het is zaak nieuw te sluiten of te verlengen huurovereenkomsten steeds af te stemmen op de nieuwe werkelijkheid. Ook de overeenkomsten met onderaannemers (en andere samenwerkingspartners) dienen kritisch onder de loep te worden genomen. Voldoen deze nog wel aan de nieuwe situatie? De ervaring leert dat de in de omloop zijnde modellen veelal onvoldoende worden geactualiseerd. Ook zijn ze veelal nauwelijks afgestemd op de specifieke situatie. Niet wordt verdisconteerd dat voor de verschillende eisen per gemeente steeds maatwerk nodig is. Enkele aandachtspunten bij het actualiseren van onderaannemingsovereenkomsten:

- De overeenkomsten met onderaannemers dienen dezelfde mogelijkheden tot flexibiliteit te bevatten als de overeenkomsten die gemeenten met aanbieders zijn aangegaan.
- De overeenkomsten met onderaannemers dienen de gemeentelijke eisen (die van gemeente tot gemeente verschillen) over kwaliteit en administratie integraal door te leggen naar de onderaannemer.
- De steeds wijzigende wettelijke kaders voor kwaliteit van de zorg moeten herhaaldelijk goed worden afgesproken met onderaannemers.
- Een goede samenwerkingsovereenkomst regelt hoe verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid zijn verdeeld.
- Gezocht moet worden naar een declaratiesysteem waarbij ondanks de verschillen tussen gemeenten, een tijdige betaling van de onderaannemers plaatsvindt.

- Gemeentelijke betalingstermijnen moeten – om liquiditeitsproblemen te voorkomen – worden vertaald naar de afspraken met onderaannemers.

Mededingingsrecht

Aanbieders dienen zich bij de zorginkoop 2016 niet te laten verleiden om de regels van het mededingingsrecht te overtreden. Door ACM worden eventuele kartels in de zorg scherp gevolgd. Het maken van afspraken tussen de aanbieders onderling moet dan ook goed worden overwogen. Concurrentiegevoelige gegevens mogen niet worden uitgewisseld, ook niet op verzoek van gemeenten. Bij overschrijding van het mededingingsrechtelijke speelveld kunnen aanzienlijke boetes worden opgelegd.

Bij contractvorming en contractmanagement verdient het aanbeveling de lijnen met een juridische professional kort te houden. De risico's zijn immers groot, terwijl de juridische ontwikkelingen zich in rap temp opvolgen.

Juridische aanbevelingen bij zorginkoop 2016

- Proactieve opstelling bij de voorbereiding van gemeentelijke inkoop.
- Kritisch contractmanagement richting onderaannemers en samenwerkingspartners, waarbij overeenkomsten steeds geactualiseerd moeten worden.
- Voorzichtigheid is geboden waar het gaat om het maken van onderlinge afspraken en het uitwisselen van gegevens.

Zorgverkoop borgen

Stimuleren van een ondernemende organisatie

De overgang naar de Wmo kenmerkt zich door lokale kracht. Dit betekent dat lokaal ook verschillen kunnen bestaan, om aansluiting te vinden bij de behoefte van de lokale markt. De taak van de zorgprofessional gaat daarbij verder dan enkel het verlenen van zorg in de wijk. Het onderhouden van een lokaal netwerk, het maken van lokale afspraken met ketenpartijen en het organiseren van een wijkgericht aanbod, behoren ook tot het takenpakket. Het vraagt ondernemerschap om te komen tot vernieuwende oplossingen. Vanuit de organisatie moeten de professionals ook de ruimte krijgen om een invulling te geven aan deze uitdaging. Daar waar de bedrijfsvoering traditioneel is gericht op het sturen met kaders en richtlijnen, zal een transformatie gemaakt moeten worden naar een bedrijfsvoering gericht op advisering en ondersteuning. Zorgprofessionals krijgen daarbij de ruimte om daadwerkelijk op lokaal niveau de krachten te bundelen.

Een bedrijfsmodel gericht op ondernemerschap van professionals biedt tevens mogelijkheden voor groei in de toekomst naar bijvoorbeeld franchiseformules of een organisatievorm waarbij zzp'ers zich kunnen aansluiten. Dat kan het toekomstperspectief van de zorgaanbieder verbreden.

Werken met arrangementen

Als het te behalen resultaat op cliëntniveau leidend wordt, is het van belang dat ook de bedrijfsvoering is gericht op het behalen van deze resultaten. PxQ is hier dan minder aan de orde. Programma's per cliënt worden leidend, waarbij trajectfinanciering als uitgangspunt telt. Met als onderdelen daarvan de benodigde expertise om het resultaat te behalen. Bedrijfseconomisch biedt

trajectfinanciering flexibilisering in inzet van middelen en dus van kosten. Zorgaanbieders kunnen onderscheidend zijn door met eigen arrangementen te werken. In de bedrijfsvoering en systemen kunnen arrangementen projectmatig worden ingericht. De bewaking in overschrijding van arrangementbudgetten is daarbij essentieel.

Contractafspraken maken

De contractering in de Wmo is voor zorgaanbieders een multidisciplinaire aangelegenheid. De transformatie, de groeiende lokale macht en de bezuinigingen maken dat er vanuit verschillende perspectieven naar de zorgverkoop voor 2016 gekeken moeten worden. Hierbij moet de inhoud van zorg leidend zijn in de onderhandelingen met gemeenten. Het verkoopproces moet strak worden gecoördineerd. Dit kan met behulp van een bidmanager.



Hoe zorgverkoop borgen?

- Ondernemerschap stimuleren in het primaire proces om lokale kracht te ontwikkelen.
- Werken met arrangementen die aansluiting vinden bij zorgpaden in de keten en de ketensamenwerking in de Wmo.
- Strakke coördinatie van het verkoopproces met behulp van een BID team.
- Bijzondere aandacht voor juridische aspecten in de contractering.

Over de auteurs?

Dit whitepaper is geschreven door Gert Weerheim (BVD Advocaten) en Petra Dollekamp (AAG).

Ondersteuning

Bouwman Van Dommelen advocaten

Heeft u juridische ondersteuning nodig bij de contractering of uw contractmanagement? Neem dan contact op met Gert Weerheim, Bouwman Van Dommelen advocaten, op nummer 06-11597028 en weerheim@bvd-advocaten.nl.



Voor meer informatie zie ook www.bvd-advocaten.nl

AAG

Voor vragen over ondersteuning bij coördinatie en uitvoering van zorgverkoop, neem dan contact op met Petra Dollekamp van AAG, op nummer 06-20514912.



Voor meer informatie zie ook www.aag.nl

