

KiKs voor Niks

Ketenzorg
initiatief

Kring Midden Nederland

marktwerking versus samenwerking

Joop Raams, huisarts, voorzitter Kring

Lucas Fraza, huisarts, portefeuillehouder ketenzorg

Kring

Mareel van Diik, huisarts, onderzoeker

Onderhandelingen diabetes Ketenzorg Midden Nederland

Een evaluatie van proces en resultaat



Onderhandelingen Diabetes Ketenzorg Midden Nederland

Een evaluatie van proces en resultaat

Drs.M.P.M. van Dijk
Dr.H.J. van der Steeg
Prof. Dr. A.J.P. Schrijvers

Utrecht, november 2010

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde
Unit Zorginnovatie
UMC Utrecht
Postbus 85500
3508 GA Utrecht

Telefoon: 088-7559359

Met dank aan:

Cliënten Belang Utrecht

De huisartsen en managers van de geïnterviewde zorggroepen in Midden Nederland

De geïnterviewde medisch adviseur van de zorgverzekeraar

De LHV Kring Midden Nederland

De Unit Zorginnovatie van het Julius Centrum UMCUtrecht

Met dank aan de openhartige blik achter de schermen van alle betrokken partijen. Hierdoor is het mogelijk geworden om inzicht te krijgen in de begrenzingen van de huidige ketenzorgonderhandelingen voor zowel zorggroepen als zorgverzekeraars.

Uit contacten gedurende het proces met bijvoorbeeld de adviesgroep Ketenzorg blijkt dat deze problemen elders herkend worden. Mogelijk kan deze regionale illustratie een landelijke bijdrage vormen voor verbeteringen in de contractering van ketenzorg.

Inhoudsopgave

De in dit rapport gebruikte termen en afkortingen	7
Samenvatting	9
Hoofdstuk 1 Inleiding, aanleiding en onderzoeksopdracht	11
1.1 Inleiding	11
1.2 Aanleiding tot het onderzoek en onderzoeksopdracht	11
Hoofdstuk 2 De onderzoeksmethode	13
2.1 Kwalitatief Onderzoek	13
2.2 Onderzoekspopulatie	13
2.3 De interviews	14
2.4 Interviewers	14
2.5 Tijdsplan	15
2.6 Analyses	15
Hoofdstuk 3 Literatuuronderzoek	17
Hoofdstuk 4 Het onderhandelingsmodel volgens de Harvard Negotiation Rules	19
Hoofdstuk 5 De ervaringen en meningen van de Kring	21
5.1 Context	21
5.2 Respondenten	21
5.3 De ervaringen en meningen van de Kring	21
5.3.1 Voorbereiding	21
5.3.2 De besprekingen zelf	22
5.3.3 Na afloop: meningen, terugkoppeling en visie	23
5.4 Samenvatting	24
Hoofdstuk 6 De ervaringen en meningen van de zorggroeponderhandelaars	25
6.1 Respondenten	25
6.2 De ervaringen en meningen van de zorggroeponderhandelaars	26
6.2.1 Algemeen	26
6.2.2 De voorbereidingen	26
6.2.3 Het onderhandelingsproces zelf	27
6.2.4 Na afloop: meningen, terugkoppeling en visie	28
6.3 Samenvatting	29
Hoofdstuk 7 De ervaringen en meningen van de zorgverzekeraar en het C.B.U.	31
7.1 De ervaringen en meningen van de zorgverzekeraar	31
7.1.1 Voorbereiding	31
7.1.2 Het onderhandelingsproces zelf	31
7.1.3 Na afloop: meningen, terugkoppeling en visie	32
7.1.4 Samenvatting	33
7.2 De ervaringen en meningen van het Cliënten Belang Utrecht	33
Hoofdstuk 8 Synthese, nabeschuiving en aanbevelingen	35
8.1 Resultaten in het kort	35
8.2 Vergelijking van de resultaten met de literatuur uit hoofdstuk 3	36
8.3 Nabeschuiving	36
8.4 Aanbevelingen	40
Bijlage I Interviewvragenlijst	43
Bijlage II Het Ketenzorg Initiatief Kring ("KIK")	45

De in dit rapport gebruikte termen en afkortingen

AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Contracteringsonderhandelingen: De onderhandelingen tussen de zorggroepen en de zorgverzekeraar over het ketenzorgcontract diabetes II in de periode 2009-2010

CQ-index: Met de CQ-Index (Consumer Quality Index) wordt de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief in kaart gebracht. Het is een gestandaardiseerde systematiek voor het meten van ervaringen van patiënten en consumenten met de zorg en de zorgverzekeraar

CVZ: College voor zorgverzekeringen, belast met de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

DBC: Een diagnosebehandelingcombinatie is het totale traject vanaf de diagnose van de zorgverlener tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt

Faciliterende besprekingen: Besprekingen tussen de zorgverzekeraar en de Kring over een modelovereenkomst

Kring: LHV Kring Midden Nederland. Een regionale vereniging van de Landelijke Huisartsen Vereniging

LHV: Landelijke Huisartsen Vereniging

LVG: Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn

NHG: Nederlands Huisartsen Genootschap

NMa: Nederlandse Mededingingsautoriteit

NZa: Nederlandse Zorgautoriteit

Onderhandelingstraject: de faciliterende besprekingen tussen de Kring en de zorgverzekeraar en de contracteringsonderhandelingen tussen de zorggroepen en de zorgverzekeraar. Qua tijdsperiode hebben deze trajecten elkaar gedeeltelijk overlapt

De zorgverzekeraar: de preferente zorgverzekeraar in de regio

VHN: Vereniging Huisartsenposten Nederland

ZiZo: Zichtbare Zorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg

ZonMw: De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. Hoofdopdrachtgevers van ZonMw zijn het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO)

De Zorggroepen: De zeven geïnterviewde zorggroepen uit Midden Nederland. Als definitie van een zorggroep wordt in dit rapport de definitie van ZonMw gebruikt: Zorggroepen zijn organisaties (van overwegend eerstelijnszorgaanbieders) die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren

Zorggroepplatform: Bestuurlijk platform zorggroepen. Hieraan kunnen alle zorggroepen in Midden Nederland deelnemen

Zvw Zorgverzekeringswet

Samenvatting

Marktgerichte en multidisciplinair georganiseerde zorg, getoetst aan kwaliteitscriteria. Deze twee hoofdpunten bepalen anno 2010 het door VWS gewenste beleid op het gebied van een aantal chronische ziektes zoals Diabetes Mellitus II.

Hiertoe zijn eerstelijns zorggroepen opgericht die de als een keten op elkaar afgestemde multidisciplinaire zorg organiseren en coördineren. Zorggroepen onderhandelen met de zorgverzekeraars over inhoud en organisatie van de ketenzorg alsmede over het integrale tarief per diabetespatiënt. Zo wordt de diabetesketenzorg door de zorgverzekeraar gecontracteerd. In verband met onvrede over eerdere onderhandelingen over de diabeteszorg besloot de Kring, een regionale vereniging van de Landelijke Huisartsen Vereniging, tot een onderzoek naar de ketenzorgonderhandelingen in 2009-2010 tussen de preferente zorgverzekeraar en de zorggroepen in Midden Nederland. De Unit Zorginnovatie van het Julius Centrum van het Universitair Medisch Centrum Utrecht werd gevraagd dit onderzoek uit te voeren. Het doel was te onderzoeken welke factoren van invloed waren op het contracteerproces en het bereikte resultaat. De Kring verwachtte dat rapportage van deze factoren zou kunnen bijdragen tot een beter contracteerproces op lokaal niveau in de nabije toekomst.

Het Julius Centrum voerde een kwalitatief onderzoek uit door middel van semigestructureerde interviews. De Kring, zeven zorggroepen en de zorgverzekeraar werden gevraagd naar ervaringen en meningen ten aanzien van de diabetesketenzorgcontractering alsmede naar hun visie over de toekomst van de ketenzorgonderhandelingen. Het Cliënten Belang Utrecht werd gevraagd naar de voordelen die de patiënt van deze diabetesketenzorg zou kunnen ondervinden. Voorafgaand aan de onderhandelingen tussen zorggroepen en zorgverzekeraar vonden in het najaar 2009 zogenaamde *faciliterende besprekingen* plaats tussen Kring en zorgverzekeraar. Het gezamenlijk doel daarvan was te komen tot een modelovereenkomst waarin de standaardzorg en administratieve/organisatorische zaken opgenomen zouden worden. Gedachte hierbij was dat dit document de onderhandelingen aanzienlijk zou kunnen vergemakkelijken en bekorten zodat de aandacht van zorgverzekeraar en zorggroepen zich met name kon richten op zorggroepspecifieke factoren, de zogenaamde 'couleur locale'.

De Kring is geïnterviewd over deze besprekingen. Het was tevens de bedoeling om hierover de zorgverzekeraar te horen. Aangezien de hoofdonderhandelaar, die bij al deze gesprekken aanwezig is geweest, begin 2010 bij de zorgverzekeraar is weggegaan, is hier van afgezien. De modulaire opbouw van de overeenkomst, opgesteld door de zorgverzekeraar en de door de verzekeraar gewenste wijkgerichte zorg bleek voor de zorgaanbieders te ver weg te staan van de NDF-standaardzorg en van de dagelijkse praktijk. Kwaliteitsindicatoren werden uitgebreid besproken: men besloot procesindicatoren in plaats van uitkomstindicatoren te hanteren. Het aanvankelijke wederzijdse enthousiasme verdween echter in de loop van de besprekingen. In november presenteerde de zorgverzekeraar, los van de besprekingen, een inkoopdocument en offertetool voor de diabetesketenzorg aan de zorggroepen, waarmee de op handen zijnde contracteringen gestart konden worden. De gezamenlijke afspraken en de Kring-standpunten bleken hier echter niet in verwerkt. Uiteenlopende visies, twee parallel lopende overleglijnen bij de zorgverzekeraar, die niet op elkaar waren afgestemd, de wisselende samenstelling van de zorgverzekeraarsdelegatie en de naderende beleidsregels vanuit de NZa waren volgens de Kring factoren die de besprekingen deden mislukken. Uiteindelijk brachten zowel zorgverzekeraar als Kring begin 2010 eenzijdig opgestelde modelcontracten uit. Verschillen tussen deze modellen zaten met name in de formulering van de standaardzorg (modules verzekeraar versus rompmodel Kring), de verantwoordelijkheid voor de geboden zorg en eventuele dubbeldeclaraties, het wel of niet leveren van jaarverslagen en rekeningen en het vaststellen van het tarief.

De *contracteringsonderhandelingen* tussen de zorggroepen en de zorgverzekeraar heeft veel inzet gevraagd van beide partijen: per zorggroep werd er gemiddeld 150 uur besteed aan voorbereiding, gesprekken en terugkoppeling na afloop. Bij de zorgverzekeraar, die in haar regio met twee-en-veertig zorggroepen diende te onderhandelen, werd gemiddeld 36 uur per zorggroep aan menskracht ingezet.

In de voorbereiding maakten de zorggroepen via het zorggroepplatform in Midden Nederland gebruik van de aanwezige informatie over organisatie- en administratie-aspecten die ketenzorg met zich meebrengt. Expliciet werd in verband met de regels van de Nederlandse Mededingingsautoriteit in het hele contracteringsproces geen informatie over tarieven uitgewisseld tussen de zorggroepen. In de gesprekken zelf kwamen vooral kwaliteitsindicatoren, organisatie-aspecten, ICT en overheadkosten aan de orde. De onderdelen van - en rond de diabeteszorg, die specifiek bepaalde zorggroepen kenmerkten zijn echter weinig aan bod gekomen.

De overheersende mening binnen de zorggroepen over het totale onderhandelingsproces week af van die van de zorgverzekeraar. De zorggroepen bleken ontevreden te zijn over de wijze van onderhandelen, de inefficiëntie van het proces, het wisselende team bij de zorgverzekeraar en het opleggen van oplossingen door de verzekeraar. Redelijk tevreden was men met het uiteindelijke tarief, hoewel dit tarief veel te weinig gebaseerd was op zorggroepspecifieke factoren en de hoge kwaliteit van de geleverde diabeteszorg. Júst deze 'couleur locale', waarmee zorggroepen zich in deze door VWS gewenste zorgmarkt kunnen onderscheiden van andere 'concurrenten' werd amper gezien en navenant beloond door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar hanteerde beleidsregels en de zorgstandaard als uitgangspunt bij de onderhandelingen. Het feit dat zij zeer verschillende offertes van de zorggroepen kreeg te beoordelen, deed haar met tegenzin besluiten om een eenheidstarief vast te leggen met daarnaast de mogelijkheid om lokale extra's ook te vergoeden. Ondanks de diversiteit aan begrotingen bij zorggroepen wil de zorgverzekeraar aandacht blijven besteden aan zekere aandacht voor maatwerk, toegespitst op betreffende populatie.

Opvallende zaken in de onderhandelingen waren voor de onderzoekers de vaak onduidelijke structuur en agendering, de onvoldoende mandatering vanuit de zorggroepen en het feit dat beide partijen geen aandacht schonken aan de gezamenlijke belangen en die van de onderhandelingspartner waardoor helaas geen bevredigende win-winsituatie kon worden gecreeërd. Het bleek wel dat zorggroepen en verzekeraar beiden de geleverde ketenzorg positief beoordeelden en dat de diabetespatiënt hoogstaande en afgestemde zorg ontving. De keuzevrijheid van patiënten, in de pilot-evaluatie van Struijs nog als niet optimaal benoemd als gevolg van het werven door zorggroepen van voorkeursleveranciers, leek bij deze onderzochte zorggroepen niet in gevaar te komen. Het Cliënten Belang Utrecht kon instemmen met deze positieve uitlatingen; het CBU miste echter nog preventie en care-aspecten in deze ketenzorg. De door de NZa en NMa geboden kaders beschouwden beide partijen vooralsnog als te onduidelijk om de frustrerende inefficiëntie te voorkomen.

Ondanks de mislukking, verdient in de ogen van de onderzoekers het initiatief van de Kring en het zorggroepplatform om met de zorgverzekeraar te komen tot een faciliterende modelovereenkomst een positieve waardering en een goed vervolg. Er blijft via een dergelijke overeenkomst voor de zorggroepen én voor de zorgverzekeraar veel te behalen voor de onderhandelingen per zorggroep: tijds winst, efficiëntie, vertrouwen en de focus voornamelijk gericht op de lokale situatie van elke zorggroep en een daarop gefundeerd tarief. Of een modelovereenkomst vorm moet krijgen via het door de Kring bepleite KIK-model, zal in de toekomst moeten blijken.

Zoals reeds eerder is gemeld, is de zorgverzekeraar niet gehoord over haar ervaringen en meningen ten aanzien van de faciliterende besprekingen. Daarnaast is als vertegenwoordiger van de zorgverzekeraar een -bij een deel van de zorggroep onderhandelingen betrokken- medisch adviseur geïnterviewd. Ervaringen en meningen van de zorgverzekeraar zijn derhalve volledig gebaseerd op de antwoorden die in dit interview werden gegeven. Verder heeft dit onderzoek zich beperkt tot zeven zorggroepen in Midden Nederland.

De onderzoekers kunnen geen uitspraak doen over de vraag of deze rapportage te generaliseren valt naar de vele zorggroepregio's elders in Nederland.

Bovenstaande beperkingen in het onderzoek maken daarom een voorzichtige benadering van de bevindingen en van de getrokken conclusies noodzakelijk.

1 Inleiding, aanleiding en onderzoeksopdracht

1.1 Inleiding

Diabetes Mellitus II, 'ouderdomsuikerziekte', is een chronische ziekte die de laatste decennia steeds meer mensen treft. In Nederland hebben zo'n 600.000 mensen diabetes en de verwachting is dat dit aantal over 10 jaar is opgelopen tot 1 miljoen. Een grote groep patiënten dus die de rest van hun leven zorg vraagt. De behandeling bestaat niet alleen uit regelmatige controles van bloedwaarden en het voorschrijven van medicijnen; leefstijladviezen, eventuele begeleiding door diëtisten en jaarlijkse controle op vasculaire complicaties in benen, nieren en netvlies maken eveneens deel uit van het diabetesbeleid. Er zijn dan ook meerdere disciplines bij de behandeling betrokken: de huisarts als centrale behandelaar, praktijkondersteuners, diabetesverpleegkundigen, diëtisten, podotherapeuten, oogartsen en internisten. Diabetes Mellitus vergt derhalve samenwerking van alle betrokken disciplines; de zorg is als een keten aan elkaar geklonken: *Ketenzorg*.

Context

De laatste jaren is veel veranderd in de zorg inclusief de huisartsenzorg. Onder minister Hoogervorst van VWS zijn in 2004 plannen voor de introductie van een vraaggestuurd zorgstelsel geïntroduceerd, waarbij begrippen als (gereguleerde) marktwerking, concurrentie en prestatiegerichte beloning centraal staan. De zorgverzekeraars krijgen hierbij de regierol toegewezen. Zij worden verantwoordelijk voor het inkopen van adequate, doelmatige en kwalitatief goede zorg aan de patiënt. Om dat te realiseren kopen zij eerstelijns ketenzorg in bij onder andere de zorggroepen. Zorggroepen zijn organisaties (van overwegend eerstelijnszorgaanbieders) die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische ketenzorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren. De zorggroepen voeren behalve de inkoop vooral het zorgbeleid uit. Het zijn vaak BV's, die een bestuur kennen en een toezichthouder in de vorm van een coöperatie of stichting. Sinds januari 2010 is de uitvoering van de diabetesketenzorg in volle gang, andere ketenzorg zoals Cardiovasculair Risicomanagement en COPD is in ontwikkeling.

In hetzelfde jaar 2004 onderkenden zowel VWS als de professionele zorgverleners in de eerste lijn dat de diabeteszorg beter kon en moest. Met de beleidsbrief 'Diabeteszorg beter'¹ als vertrekpunt koos de minister in het plan van aanpak uit 2005 voor *integrale bekostiging*. Integrale bekostiging houdt in dat de bekostiging van de behandeling van een aantal chronische ziekten in de eerste lijn via bovengenoemde zorggroepen plaatsvindt. Voor de Diabeteszorg ontvangt de zorggroep binnen deze nieuwe bekostigungsstructuur van de zorgverzekeraar één jaarlijks integraal tarief per diabetespatiënt. De door alle betrokken hulpverleners verleende zorg wordt vanuit dit tarief bekostigd. De te bieden zorg ligt vast in de Zorgstandaard DM-II van de Nederlandse Diabetes Federatie NDF². De kwaliteit van de zorg wordt beoordeeld aan de hand van ontwikkelde en nog te ontwikkelen kwaliteitsindicatoren. De marktwerking bestaat eruit dat elke zorggroep apart met de zorgverzekeraar onderhandelt over dit integrale tarief. Tussen zorggroepen kunnen tariefverschillen bestaan, afhankelijk van de prestatie, het kwaliteits- en ICT-beleid en lokale factoren zoals patiëntenpopulatie etc. Integrale bekostiging beoogt zodoende op de patiënt afgestemde, multidisciplinaire diabeteszorg mogelijk te maken, die voldoet aan bepaalde kwaliteitscriteria. Bovendien bestaat bij het ministerie van VWS de verwachting dat door kwaliteitsverbetering minder complicaties zullen optreden en dat de diabetes II-zorg zal verschuiven van tweede naar eerste lijn (substitutie-effect): twee factoren die de kosten van deze zorg op langere termijn zullen verminderen³. Naast het systeem van integrale bekostiging is het mogelijk dat huisartsen en andere zorgaanbieders via reguliere prestaties en financiering diabeteszorg vergoed krijgen.

1.2 Aanleiding tot het onderzoek en onderzoeksvraag

In Utrecht en omstreken behartigt de huisartsenkring Midden-Nederland als zelfstandige organisatie de belangen van huisartsen in deze regio. Deze Kring maakt deel uit van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Naar aanleiding van signalen en problemen van de zorggroepen, onder andere over prestaties, verantwoording, kwaliteit en innovatie, richtten de

aangesloten leden in 2008 het Zorggroepplatform op. Doel van het zorggroepplatform is informatie-uitwisseling op het brede terrein van de Ketenzorg. Daar waar gezamenlijk wenselijke activiteiten aan de orde zijn, ondersteunt de Kring het zorggroepplatform. Dit gebeurt op het terrein van belangenbehartiging, beleidsvorming en praktische vragen. De Kring en de zorggroepen hebben voortdurend voor ogen gehouden dat activiteiten van zorggroepen niet concurrentiebeperkend zijn. In het zorggroepplatform en in de besprekingen tussen Kring en zorgverzekeraar is daarom over administratieve procedures, kwaliteit en toegankelijkheid gesproken, maar niet over de prijs.

De diabetesketenzorg in deze regio Midden Nederland wordt door de preferente zorgverzekeraar gefinancierd op basis van haar opgestelde inkoopdocumenten. De Diabetescontracten van de zorggroepen in Midden Nederland liepen in 2009 af. Daarom voerden de Kring en de zorggroepen van 2009 tot juni 2010 onderhandelingen met de zorgverzekeraar over het nieuwe diabetesketenzorgcontract. Tijdens meerdere bijeenkomsten van het zorggroepplatform in 2009 bleek zowel bij zorggroepen als de Kring veel onvrede te bestaan over het contracteerproces tot dan toe. Inhoud en procedure van de onderhandelingen zorgden voor de nodige problemen en de besprekingen vorderden traag. Er werd door beide partijen veel energie in het proces gestoken om tot een goed resultaat te komen. De vraag diende zich aan of het uiteindelijke resultaat deze inspanningen wel waard zou zijn.

Kring en het zorggroepplatform wilden deze ervaringen niet 'laten voor wat ze waren'. Men verwachtte dat rapportage van deze ervaringen zou kunnen bijdragen tot een beter contracteerproces op lokaal niveau. De Kring benaderde daarom prof. A.J.P. Schrijvers, hoofd van de Unit Zorginnovatie van het Julius Centrum van het Universitair Medisch Centrum Utrecht met het verzoek om het contracteerproces te analyseren en aanbevelingen te doen voor toekomstige onderhandelingen.

De onderzoeksopdracht, door de Kring gegeven op één april 2010, luidde:

'Wat kan men leren van een jaar contractering diabetesketenzorg in Midden Nederland? Beschrijf feiten en ervaringen. Doe aanbevelingen'.

1. Hoe verloopt het contracteerproces tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar?
2. Welke kwantitatieve inzet moeten zorggroep en zorgverzekeraar leveren om tot een contract te komen?
3. Welke voor- en nadelen hebben zorgaanbieder en zorgverzekeraar ervaren (contracteerproces, contracteerafspraken, maar ook t.a.v. aspecten als toegang, kwaliteit, keuzevrijheid en dergelijke)?
4. Welke knelpunten ervaren zorgaanbieder en zorgverzekeraar?
5. Welke verbeteringen/wensen hebben zorgaanbieder en zorgverzekeraar ten aanzien van het contracteren? Wat is hun visie?
6. Wat zijn de voordelen voor de cliënt? Op welke wijze komen de voordelen van de contractering tussen zorggroep en zorgverzekeraar terecht bij de cliënt?

Onderzoeksvraag

De onderzoekers van het Julius Centrum stelden op basis van deze opdracht de volgende wetenschappelijke vraagstelling op:

'Welke factoren hadden invloed op proces en resultaat van de onderhandelingen over de Keten-DBC Diabetes Mellitus tussen de huisartsen-zorggroepen in Midden Nederland en de preferente zorgverzekeraar in 2009 en 2010?'

Dit rapport is bedoeld voor iedereen met belangstelling voor ketenzorg.

Noten

1. VWS (2005) Plan van aanpak 'Diabeteszorg beter'. Brief van dr. H. Hoogervorst aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 17 februari 2005. Den Haag
2. NDF Zorgstandaard Diabetes Mellitus: www.diabetesfederatie.nl/ndf-zorgstandaard-2.html
3. NZa (2009b) Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen. Diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement en hartfalen: visiedocument. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit

2 De onderzoeksmethode

2.1 Kwalitatief Onderzoek

De onderzoekers kozen voor een kwalitatief inventariserend onderzoek uitgevoerd door middel van semigestructureerde interviews. De door de onderzoekers opgestelde vragenlijst is getoetst bij de Kring. Hierbij maakten de onderzoekers gebruik van de volgende bronnen: literatuur over onderhandelen in het algemeen (hoofdstuk 3), artikelen uit Medisch Contact over ketenzorgonderhandelingen, de door verzekeraar en Kring geformuleerde opdracht voor de faciliterende besprekingen en de (goedgekeurde) verslagen van de faciliterende besprekingen (zie 2.2.) tussen verzekeraar en de Kring. De vragen hadden betrekking op:

1. de voorbereiding op de besprekingen;
2. het contracteerproces;
3. het proces na de contractering: terugkoppeling, meningen en visie op de toekomst van het contracteerproces.

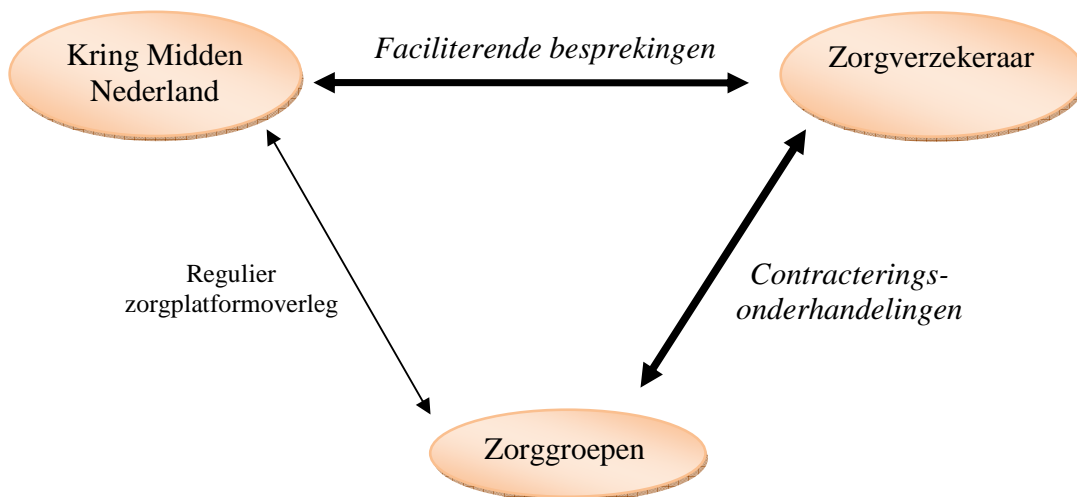
De interviewers hebben met behulp van deze vragenlijst de respondenten bevraagd op feiten, ervaringen en meningen over de onderhandelingen en op hun visie over de toekomst van de ketenzorgonderhandelingen. In bijlage I is de vragenlijst opgenomen.

2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit drie partijen, die in het contracteerproces een rol hebben gespeeld: de Kring, de zorggroepen en de zorgverzekeraar.

Met betrekking tot het onderzochte contracteerproces vonden op twee niveau's besprekingen plaats:

1. de zogenaamde **faciliterende besprekingen** tussen Kring en de zorgverzekeraar van april 2009 tot januari 2010;
2. de **contracteringsonderhandelingen** tussen de individuele zorggroepen en de verzekeraar tussen april 2009 en juni 2010:



De onderhandelingen tussen zorggroepen en haar zg. onderaannemers¹ worden in dit rapport niet beschreven. De zorggroepen zijn beperkt tot diegenen die aangesloten waren bij het Zorggroepplatform van de Kring.

De zorgverzekeraar betreft de in Midden Nederland preferente zorgverzekeraar. Contractonderhandelingen met 'verre verzekeraars' worden in dit rapport niet beschreven. Naast deze drie partijen werd ook het Patiëntenplatform Cliënten Belang Utrecht (C.B.U.) betrokken in het onderzoek. Zij was weliswaar niet betrokken bij het contracteerproces, maar aangezien in de onderzoeksopdracht ook de vraag gesteld wordt wat de voordelen van dit contracteerproces zijn voor de patiënt werd ook het CBU naar haar mening hierover gevraagd.

Het onderzoek beslaat de periode april 2009 tot juni 2010; in dit tijdsvak werden –naast de faciliterende besprekingen- door alle zorggroepen onderhandelingen met de zorgverzekeraar gevoerd over de nieuwe ketenzorgcontracten, die vanaf één januari 2010 in zouden gaan.

2.3 De interviews

In totaal zijn twaalf interviews afgenomen:

- **Een interview met de Kring** (zie hoofdstuk 5):
dit betrof een gesprek met de twee onderhandelaars, die aan alle faciliterende besprekingen met de zorgverzekeraar deelnamen;
- **Interviews met de zorggroepen in Midden Nederland** (zie hoofdstuk 6):
de onderzoekers nodigden acht zorggroepen uit voor een interview. Zeven groepen reageerden positief op de uitnodiging. De achtste zorggroep zag af van het interview in verband met de geringe omvang van deze organisatie. Het was oorspronkelijk de opzet om de onderhandelaars en bestuursleden van elke zorggroep apart te ondervragen. Bij zes zorggroepen bekleedden de onderhandelaars tevens bestuursfuncties in de zorggroep; daarom werd bij deze zorggroepen één interview afgenomen. Bij een zorggroep werd één interview bij de manager-onderhandelaar afgenomen en volgde apart een interview met het betreffende bestuur.
De volgende zorggroepen werden ondervraagd:

1. Diamuraal Amersfoort
2. Stadsmaatschap Utrecht
3. Zorggroep Gho-Go Hilversum
4. Zorggroep Noord West Utrecht
5. Zorggroep Medicamus (N.O.Utrecht)
6. Zorggroep Zeist
7. Preventzorg (verspreid over de provincies Utrecht en Noord Holland)

Naast deze acht interviews met de afzonderlijke zorggroepen werd ook het Zorggroepplatform plenair geïnterviewd. Dit plenaire vraaggesprek was bedoeld om een eerste algemene indruk van het contracteerproces te krijgen.

- **Een interview met de zorgverzekeraar** (zie hoofdstuk 7):
er werd gesproken met een medisch adviseur, die van dichtbij het contracteerproces met de zorggroepen heeft gevolgd en gedeeltelijk heeft bijgewoond.
- **Een interview met het Cliënten Belang Utrecht** (zie hoofdstuk 7):
de directeur en de beleidsmedewerker kwaliteit zijn gevraagd naar de effecten van de onderhandelingen op de diabeteszorg vanuit het patiëntenperspectief.

2.4 Interviewers

Op één interview na* namen dezelfde onderzoekers de interviews af: dhr.dr. H.J. van der Steeg, n.p. gynaecoloog, voormalig lid Raad van Bestuur Diakonessenhuis Utrecht en dhr.drs. M.P.M.van Dijk, n.p. huisarts en onderzoeker van het Julius Centrum.

* Het interview met Zorggroep Stadsmaatschap Utrecht werd afgenomen door prof. A.J.P.Schrijvers en drs. M.P.M.van Dijk.

2.5 Tijdspad

De tijdsperiode van het afnemen van de interviews besloeg de maanden april, mei en juni 2010. Het bleek dat de meeste zorggroepen de onderhandelingen met de zorgverzekeraar begin juni hadden afgesloten. Er lagen bij de meeste zorggroepen op dat moment echter nog geen definitieve en ondertekende contracten.

2.6 Analyses

Tijdens de interviews werden door beide onderzoekers aantekeningen gemaakt. Na afloop werden de aantekeningen samengevoegd. Alle onderhandelingspartijen (zorggroepen, Kring en de zorgverzekeraar) kregen de gelegenheid (via mail en/of zorggroepplatformpresentatie) om de betreffende antwoorden aan te vullen. De zorgverzekeraar, Kring en de zorggroepen hebben hiervan gebruik gemaakt. Tenslotte zijn de antwoorden geanonimiseerd opgenomen in de analyses.

Noot:

1) Onderaannemers: zorgaanbieders, die op contractbasis of als werknemer binnen een zorggroep een onderdeel van de diabeteszorg verzorgen

3 Literatuuronderzoek

Voordat de interviewvragen werden opgesteld inventariseerden en analyseerden de onderzoekers de literatuur over de ontwikkeling van de ketenzorg. Daarbij werd o.a. gebruik gemaakt van de algemene literatuur op het Julius Centrum en werden beleidslijnen en –regels vanuit VWS, NMa en NZa opgezocht en in dit rapport gebruikt als achtergrondinformatie. De *Harvard Negotiation Rules* (punt 1) geven een goed overzicht van wat belangrijke voorwaarden, voorbereidingen, vaardigheden en attitudes zijn om onderhandelingen zo goed mogelijk te laten verlopen. Het pilotproject van de diabetesketenzorg (punt 2) en het rapport 'Nulmeting Ketenzorg' (punt 3) werden doorzocht op moeilijkheden, die zich specifiek tijdens de contracteringsonderhandelingen van deze zorg voordoen. Meldpunt Contractering (punt 4) geeft een opsomming van meest gehoorde knelpunten tijdens de contractering. Tenslotte werden de artikelen in het tijdschrift 'Medisch Contact' over de diabetes ketenzorg gevolgd (punt 5).

1. *The Harvard Negotiation Rules*, ontwikkeld op de Universiteit van Harvard (USA) en beschreven in het boek 'Excellent Onderhandelen' van Fisher, Patton en Ury¹, behandelen een model om de onderhandelingen effectiever te laten verlopen. Hierbij komt men tot een win-win situatie door meer aandacht te schenken aan de onderliggende belangen en de machtsbalans. Door 'hard' te zijn op de inhoud, maar flexibel in het proces en 'zacht' voor de onderlinge relaties, bereikt men meer en betere resultaten dan in het traditionele model dat uitgaat van een compromis tussen twee uiterste posities (positioneel onderhandelen). Door ook bewust gebruik te maken van bepaalde gedrags- en creatieve technieken blijkt er in het onderhandelingsproces meer mogelijk. In hoofdstuk 4 wordt dieper ingegaan op dit model.
2. *Struijs e.a.*² beschrijven de resultaten van het pilotproject in 2005-2006, waarin tien zorggroepen op experimentele basis werkten met een ketenzorg diabetes. In dit project werd met meerdere zorgverzekeraars onderhandeld. Als onderdeel van het inkoopproces worden de onderhandelingen met de zorgverzekeraar omschreven. De volgende knelpunten werden genoemd: de diabeteszorgstandaard van de NDF bleek op een aantal punten voor meerdere uitleg vatbaar, hetgeen aanleiding gaf tot langdurige besprekingen over de zorginhoud. Niet alle noodzakelijke diabeteszorg zoals voetzorg en beweegprogramma's maakten deel uit van de standaard. Bekostiging hiervan geschiedde via de bestaande financieringssystematiek. Faciliterende aspecten zoals organisatorische en administratieve werkzaamheden, ICT, huisvesting en overlegtijd kreeg men moeilijker gefinancierd bij de zorgverzekeraars. Als laatste probleem werd de keuzevrijheid van de patiënt in de Ketenzorg genoemd. De zorggroepen werkten met voorkeursleveranciers; zodoende werd de patiënt wel eens naar bepaalde zorgleveranciers 'gestuurd' in plaats dat hij vrije keuze had.
3. Het rapport van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn *Nulmeting ketenzorg*³ gaat in op knelpunten en 'faalfactoren', die bij zorggroepen een rol spelen. Uit het rapport blijkt dat de zorggroepen merendeels ontevreden zijn over het onderhandelingsproces met de zorgverzekeraar(s), maar tevreden over het onderhandelingsresultaat. Rond de onderhandelingen worden als belangrijkste knelpunten genoemd: onervarenheid en onvoldoende financiële kennis bij de zorggroep over contractafsluitingen, discontinuïteit en gebrek aan medische kennis bij de zorgverzekeraars, moeizame communicatie en lange doorlooptijd en weinig onderhandelingsruimte bij de zorgverzekeraar.
4. *Meldpunt contractering*⁴, een initiatief van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn en de Adviesgroep Ketenzorg⁵, is ingesteld om inzicht te krijgen in de onderhandelingsproblematiek waarmee zorgaanbieders in de praktijk te maken hebben. Negentig procent van de meldingen betreft de contractering tussen hoofdcontractanten (c.q. zorggroepen) en zorgverzekeraars. De vijf meest gemelde problemen waren: door de verzekeraar eenzijdig opleggen van een format, eis van de verzekeraar tot volledige openheid van zorggroepbegroting, verandering van spelregels tijdens het spel, stil leggen van de onderhandelingen om eigen beleid te bepalen en de weigering van verre verzekeraars om de contractering te volgen.

5. In *Medisch Contact* (jaargangen 2009-2010) is gezocht naar artikelen over 'onderhandelingen ketenzorg'. Er bleken veel artikelen te gaan over ketenzorg en zorggroepen in het algemeen: over voor- en nadelen, knelpunten en faalfactoren^{6,7,8,9}. Over de onderhandelingen zélf wordt slechts mondjesmaat gerapporteerd: slechts het wel of niet volgen van verre verzekeraars kwam in dit tijdschrift als onderhandelingsknelpunt aan de orde⁸.

Noten

- 1) Fisher R, Patton B, Ury W. *Excellent onderhandelen* (the Harvard Negotiation Project), 2006
- 2) Struijs JN, Til JT van, Baarn CA. *Experimenteren met de keten-dbc diabetes*. Bilthoven: RIVM, 2009
- 3) Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), *Nulmeting Zorggroepen*, 28 oktober 2008
- 4) Uit: 'De Eerstelijns', jaargang 2010, nr.1, blz.44
- 5) De adviesgroep Ketenzorg, een samenwerkingsverband van NHG (Nederlands Huisartsen genootschap), LHV en VHN (Vereniging Huisartsenposten Nederland)
- 6) Croonen. 'Twaalf vragen over functionele bekostiging', *Medisch Contact* jaargang 65 nr.3, blz. 126
- 7) Gootzen e.a. 'Het rendement van ketenzorg', *Medisch Contact* jaargang 65 nr.4, blz.180
- 8) Croonen. 'Contractering ketenzorg verloopt stroef', *Medisch Contact* jaargang 65 nr.17, blz.752
- 9) Schipholt. 'Niet de gewenste zorg voor iedereen', *Medisch Contact* jaargang 65 nr.21, blz.970

4 *Het onderhandelingsmodel volgens de Harvard Negotiation Rules*

Harvard Negotiation Rules

Onderhandelen komt in de gezondheidszorg veel voor. Dat komt door de wijze waarop de gezondheidszorg is gestructureerd en door het feit dat steeds minder mensen besluiten accepteren die door een ander worden voorgeschreven. De gezondheidszorg is te beschouwen als een onderhandelingsarena waarin iedereen betrokken wil zijn bij beslissingen die hem of haar aangaan.

Onderhandelen is niet eenvoudig. Er zijn verschillende manieren om onderhandelingen te voeren. De tot nu toe in de praktijk meest gebruikte onderhandelingsstijl is die van *positioneel onderhandelen* (PO).

PO heeft de volgende kenmerken:

- beide partijen nemen posities in (en geven ze op naar gelang de onderhandelingen verlopen);
- er worden argumenten aangevoerd om deze posities 'neer te zetten';
- meestal worden er kleine concessies gedaan om tot een oplossing te komen;
- de wijze van onderhandelen is:
 - óf 'hard' (alles is wedstrijd): slopend en schadelijk voor relatie;
 - óf 'zacht': men doet snel concessies, voelt zich uitgebuit;
- positie wordt regelmatig extreem ingenomen, neiging tot misleiden van andere partij is aanwezig; en de besluitvorming is tijdrovend.

Over het algemeen is PO een niet-flexibele, inefficiënte manier van onderhandelen die vaak de relatie in gevaar brengt en lang niet altijd een bevredigend resultaat oplevert omdat er teveel in termen van winst en verlies wordt gedacht. Daar komt nog bij dat hoe meer mensen bij een onderhandeling zijn betrokken hoe groter de bezwaren van PO worden.

Daar tegenover staat het *principieel onderhandelen*, ofwel onderhandelen op basis van wederzijdse belangen volgens de Harvard Negotiation Rules. Deze methode van onderhandelen is niet hard of zacht, maar hard en zacht. Hard wat betreft de principes en belangen, zacht wat betreft de mensen met respect voor de tegenpartij. Principieel onderhandelen laat zien hoe men kan krijgen waar men recht op heeft in plaats van uit te gaan van wat men wil hebben. Deze methode scheidt personen van problemen: 'ga niet elkaar maar het probleem te lijf'. Er wordt geconcentreerd op inhoud en belangen en niet op vaste posities. Twistpunten worden op hun merites beoordeeld en er wordt niet 'gepingeld'. Bij het bedenken van oplossingen wordt op creatieve wijze gezocht naar mogelijkheden die als focus hebben om gezamenlijke belangen te bevorderen en tegenstrijdige te 'verzoenen'. Er wordt waar mogelijk voor gezorgd dat het resultaat gebaseerd is op redelijkheid en op objectieve zaken als marktwaarde, wet (beleidsregels) en deskundigheid. Men streeft naar een werkbaar resultaat wat ook begrepen wordt door de achterban.

Onderhandelen en ook principieel onderhandelen kent drie fasen.

1. De fase van de analyse waarin het probleem wordt gedefinieerd, informatie wordt verzameld ('de troep storten') en ordening en systeem in de informatie wordt aangebracht.
2. De fase van de planning waarin de belangen in kaart worden gebracht. Zodoende wordt een, wat genoemd wordt, belangenkaart gemaakt. Daarbij moet worden bedacht dat de partijen veelal meerdere belangen hebben. De krachtigste belangen blijken elementaire menselijke behoeftes te zijn. De ervaring leert dat er achter strijdige posities doorgaans meer gelijkgerichte en verenigbare belangen schuilgaan dan tevoren wordt verondersteld.
3. De derde fase is de fase van bespreking en het zoeken naar oplossingen en overeenstemming. Bij het zoeken naar oplossingen moet in termen van win win worden gedacht. Soms kan het helpen om de 'taartpunt te vergroten' of om te zoeken naar

oplossingen met verschillende tijdschalen (tijdelijk/permanent) en / of met verschillende omvang (geheel/partieel). Goed nadenken over het wegloopscenario (ook wel genoemd beste alternatief zonder overeenkomst) is bij principieel onderhandelen belangrijk; vooral wanneer er sprake is van een machtiger tegenpartij.

In iedere fase zijn behalve bovenstaande regels steeds vier elementen van belang die voortdurend dienen te worden bewaakt. Het gaat om de *basishouding* van waaruit wordt onderhandeld, om de *inhoud*, de *procedure* en de *relatie*. De laatste drie aspecten hebben een min of meer hiërarchische positie ten opzichte van elkaar. De relatie is het belangrijkste, dan de procedure en als laatste de inhoud. Dit onderscheid wordt gemaakt omdat bij problemen op het juiste niveau moet worden ingestoken. Anders gezegd, problemen in de relatie kan men niet oplossen door over de inhoud of de procedure met elkaar afspraken te willen maken. Met betrekking tot de relatie vormen in ieder geval aandacht voor emoties en zorgvuldige communicatie kritische factoren. Het is van groot belang emoties te signaleren en er aandacht aan te besteden. Ze dienen aan de orde te worden gesteld en als rechtvaardig te worden gerespecteerd. De andere partij dient in de gelegenheid te worden gesteld om 'stoom af te blazen' en het zelf reageren op emotionele uitbarstingen is uit den boze. Zorgvuldige communicatie betekent dat er helder wordt geformuleerd en ervoor wordt gezorgd dat de ander begrepen wordt; dat er in de 'ik'-vorm wordt gesproken met een doel voor ogen. Actief luisteren en laten merken dat het gezegde wordt gehoord zijn bevorderlijk voor een goed verloop van het proces.

Samenvattend zijn de vuistregels van principieel onderhandelen:

- Inhoud van relatie scheiden
- Zorgen voor werkbare relatie. Te vertrouwen zijn
- Belangen en zienswijze in kaart brengen, zodat een belangenkaart ontstaat
Verheldering. 'Waarom-vragen' stellen
- Taart vergroten, win/win
- Tegengesteld belang in kaart brengen, inzetten op redelijkheid m.b.v. objectieve criteria
Gaat om meer dan verdelen
- Wegloop alternatief, waar liggen elders kansen.

In de discussie (hoofdstuk 8) zal de wijze waarop de ketenzorgonderhandelingen zijn gevoerd, vergeleken worden met deze Harvard Rules.

5 De ervaringen en meningen van de Kring

5.1 Context

De Kring heeft een bestuurlijk Zorggroepplatform, waarin de meeste zorggroepen uit deze regio participeren. Doel van het zorggroepplatform is informatie-uitwisseling op een breed terrein. Daar waar gezamenlijk wenselijke activiteiten aan de orde zijn, ondersteunt de Kring het zorggroepplatform. Dit kan zijn op het terrein van belangenbehartiging, beleidsvorming en praktische vragen maar wel binnen de kaders van wet- en regelgeving. Al ruim vóór 2009 contracteerde de zorgverzekeraar de diabeteszorg in de regio via haar reguliere inkoopdocumenten. De meeste diabetescontracten van de zorggroepen liepen in 2009 af, dus waren nieuwe contractonderhandelingen op komst.

Met het oog hierop besloten de zorgverzekeraar en de Kring in augustus 2009 tot de gezamenlijke ontwikkeling van een modelovereenkomst Ketenzorg Diabetes. Deze overeenkomst kon bij de contracteringsonderhandelingen tussen verzekeraar en zorggroepen als handreiking dienen. Gedachte hierbij was dat dit document over administratieve bepalingen, kwaliteit en toegang de onderhandelingen aanzienlijk zou kunnen vergemakkelijken en bekorten zodat de aandacht van zorgverzekeraar en zorggroepen zich met name kon richten op zorggroepspecifieke factoren, de zogenaamde 'couleur locale'. Vooraf werd verder afgesproken dat daar waar er verschillen van visie waren, deze benoemd zouden worden zonder te trachten deze visies op een meer gemeenschappelijke lijn te krijgen. Afgesproken werd eveneens om niet over de prijs/het tarief te spreken en de concurrentie tussen zorggroepen niet te beperken.

Het was de bedoeling dat deze besprekingen afgerond zouden zijn wanneer de contracteringsonderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorggroepen een aanvang zouden nemen. In werkelijkheid startte een aantal van deze onderhandelingen reeds in september 2009, terwijl in januari 2010 een eind kwam aan de contacten tussen zorgverzekeraar en Kring over de modelovereenkomst.

5.2 Respondenten: De vertegenwoordigers van de Kring

Vanuit de Kring namen twee personen deel aan het overleg met de zorgverzekeraar over het opstellen van een modelovereenkomst: de regiomanager en een huisarts uit het bestuur. Beiden waren geschoold en ervaren in het onderhandelen. Bij drie gesprekken nam een kaderarts diabetes deel aan de overleggen. De zorgverzekeraar was door een wisselende delegatie en één 'vaste' persoon vertegenwoordigd.

De Kring besteedde naar schatting in totaal 150 uur aan voorbereidingen en besprekingen zelf.

5.3 De ervaringen en meningen van de Kring

5.3.1 Voorbereiding

De Kring bereidde de gesprekken over de modelovereenkomst voor in het eigen team en raadpleegde de zorggroepen via het zorggroepplatform. In twee bestuurlijke overleggen tussen Kring en zorgverzekeraar is de voortgang besproken.

De Kring-vertegenwoordigers kregen van de zorggroepen een informeel vertrouwen. De zorgverzekeraar en Kring waren het vooraf eens geworden over doel en het belang van deze besprekingen. Er bestond een gemeenschappelijk belang omdat het doel was om het contracteerproces van de zorggroepen zo goed mogelijk te faciliteren. Ten aanzien van het uiteindelijke resultaat was de Kring derhalve optimistisch, men had vertrouwen in de gemeenschappelijke belangen. Het faciliteren van de zorggroepen en het zoeken naar synergie met de zorgverzekeraar beschouwde men als belangrijk voor het vergemakkelijken van de contractonderhandelingen tussen zorggroep en zorgverzekeraar.

Terugkoppeling tijdens de besprekingen vond plaats via de reguliere zorggroepplatformbijeenkomsten en de Kring-bestuursvergaderingen. Een 'belangenkaart' (zoals beschreven in het Harvard model) werd niet structureel opgemaakt, wel kwamen incidenteel in de vergaderingen belangen onder andere van de zorgverzekeraar aan de orde.

5.3.2 De besprekingen zelf

In de periode april t/m december 2009 vonden negen gesprekken plaats tussen de zorgverzekeraar en Kring, naast de twee bestuurlijke reguliere overleggen tussen beide partijen en vier Zorggroepplatformbijeenkomsten.

In het eerste gesprek werden de wederzijdse belangen van een modelovereenkomst besproken. Na afloop bestond 'bij beide partijen' enthousiasme. De Kring en de zorgverzekeraar waren zich bewust geworden van de gemeenschappelijke belangen.

Als uitgangsdokument gebruikte men de adviesovereenkomst ketenzorg Diabetes uit april 2009, welke door de zorggroepen uit Midden Nederland was opgesteld. Daarin werd de zogenaamde 'dubbele romp' rond de zorg beschreven: een romp rond de basiszorg inclusief indicatoren en een romp voor administratieve en organisatorische zaken. Deze twee rompen zouden op Kringniveau besproken en in een modelovereenkomst opgenomen kunnen worden. Voor zorgonderdelen die specifiek één zorggroep betroffen, de zg. 'couleur locale', werd een 'plus deel extra' beschreven¹. Deze drie onderdelen (beide rompen en couleur locale) zouden tussen zorggroep en verzekeraar uitonderhandeld gaan worden. In de couleur locale en in het tarief zou de door VWS gewenste marktwerking tot uiting kunnen komen: verschillen in prestatie (inclusief daarbij behorende verantwoording) en prijs. Uit dit rompmodel is later door de Kring het Ketenzorg Initiatief Kring ('KIK') ontwikkeld (zie bijlage II).

Er werd in de gesprekken veel aandacht besteed aan de inhoud van de diabeteszorg zoals neergelegd in de zorgstandaard en aan kwaliteitsindicatoren. Met name het beschrijven en aanleveren van kwaliteitsindicatoren leverde veel discussie op. De zorgverzekeraar wenste extra indicatoren op patiëntniveau aangeleverd te krijgen terwijl de Kring wilde blijven uitgaan van de bestaande werkbare en landelijk geaccepteerde indicatorenset. De Kring beschouwde de extra gewenste indicatoren niet evidence-based en ver weg van de alledaagse praktijk. De Kring had een overeenkomst voor ogen die gebaseerd was op indicatoren zonder percentages en op proces indicatoren in plaats van uitkomst indicatoren. De zorgverzekeraar accepteerde deze gedachte maar heeft dit niet in de inkoopdocumenten uitgewerkt.

In eerdere onderhandelingsrondes over het diabetesprogramma kwam een deel van de financiering van het contract tot stand op basis van 'pay for performance' (P4P). Dit hield in dat er specifieke beloningsafspraken waren gemaakt ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Wanneer bepaalde kwaliteitsdoelen werden behaald zou hier extra voor worden betaald. Het betrof met name zorg die buiten de basiszorg als extra werd geleverd (bv. beweegprogramma's). Tijdens de gesprekken lichtte de Kring toe waarom zij voorstelde deze P4P niet in de modelovereenkomst op te nemen.

In november presenteerde de zorgverzekeraar –los van de lopende besprekingen met de Kring– naar de zorggroepen toe onverwacht een zorginkoopdocument op basis waarvan de diabetesketenzorg zou worden bekostigd. De met de Kring gemaakte afspraken bleken hierin niet verwerkt en de eerder besproken rompconstructie was vervangen door een modulaire opbouw². De Kring concludeerde hieruit het volgende:

“Bij de zorgverzekeraar liepen er in deze periode blijkbaar twee trajecten: één via de Kring en één via hun interne circuit... Dit bleken niet op elkaar afgestemde trajecten”

Er speelde tegelijkertijd nog iets: vanuit VWS en NZa werden tegen de herfst 2009 nieuwe beleidsregels verwacht. Mogelijk werd hierdoor de wijze waarop de zorgverzekeraar de besprekingen voerde beïnvloed. De Kring verwoordde dit als volgt:

“De zorgverzekeraar liep met de presentatie van haar inkoopbeleid in oktober vooruit op de komende NZa-beleidsregels!”

De later uitgekomen concept-beleidsregel ketenzorg NZa³ bepaalde dat met ingang van 1 januari 2010 de DBC-ketenzorg Diabetes in zou gaan; de op oude beleidsregels gebaseerde contracten werden beëindigd.

In november introduceerde de zorgverzekeraar eveneens eenzijdig de digitale offertetool: een digitaal in te vullen document waarmee zorggroepen voorafgaand aan de onderhandelingen gedetailleerde informatie aan dienden te leveren over organisatie, bestuur, tijdsbesteding, werkregio etc. Ook deze tool werd vóór de uitgifte niet gecommuniceerd met de Kring en veroorzaakte verbazing aangezien er geen enkele relatie was met de gevoerde gesprekken rond de modelovereenkomst.

Vanaf 15 november trad, zoals de Kring het formuleerde, het 'grote zwijgen' van de zorgverzekeraar in. Er volgde voor de kerst nog een gesprek. Daarbij gaf de verzekeraar aan niet met de Kring naar een modelovereenkomst toe te willen werken.

Intussen waren enkele zorggroepen de 2^e onderhandelingsronde met de zorgverzekeraar al ingegaan. De Kring besloot hierop in overleg met de zorggroepen om –zo veel mogelijk rekening houdend met de nieuwe NZa beleidsregel en met de input van de zorgverzekeraar- een éézijdige Raamovereenkomst op te stellen. Het was aan de zorggroepen zelf in hoeverre men gebruik maakte van deze overeenkomst in de onderhandeling met de zorgverzekeraar. Ook de zorgverzekeraar kwam, in januari 2010 met een 'definitieve basisovereenkomst', die ten opzichte van de gevoerde besprekingen nòg minder herkenbaar was en inhoudelijk nòg afwijkender voor de Kring bleek te zijn.

Hieronder staan de grote verschillen tussen deze twee overeenkomsten beschreven:

- De standaardzorg diabetes is door de zorgverzekeraar in modules opgedeeld, waarin de basisonderdelen van de NDF-standaard niet duidelijk te onderkennen zijn; de Kring stond het romp-model voor, waarbij A&O, standaardzorg en indicatoren in een modelovereenkomst tussen verzekeraar en Kring werden opgenomen. Onderdeel van deze modelovereenkomst vormde de basisdiabeteszorg (conform de NDF-standaard).
- De zorgverzekeraar stelt de zorggroep verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg, de Kring houdt de individuele zorgaanbieder, de 'onderaannemer', verantwoordelijk voor zijn zorgaandeel
- De zorgverzekeraar stelt het basistarief vast met eventuele extra modules, Kring laat zorggroep onderhandelen over tarief
- Verantwoordelijkheid voor preventie van dubbeldeclaraties legt de zorgverzekeraar volledig bij de zorggroep
- De zorgverzekeraar eist jaarverslagen en jaarrekeningen van zorggroepen. De Kring is van mening dat een zorggroep geen WTZi-instelling is.
- De zorgverzekeraar wil het zogenaamde intensief contract verplicht stellen voor onderaannemers.

5.3.3 Na afloop: meningen, terugkoppeling en visie

Positieve en negatieve punten

Achteraf worden, als eerste reacties, de volgende uitlatingen gedaan:

“Het waren geen besprekingen waarin de zorgverzekeraar iets samen met de Kring wilde”

De Kring benoemt het vasthouden aan de aanvankelijke opdracht een sterk punt. De wijze waarop de Kring heeft vergaderd –zoeken naar alternatieven- en de getoonde transparantie bij het terugkoppelen naar het zorggroepplatform worden verder als positieve zaken genoemd. De Kring had geen verborgen agenda.

Het feit dat er blijkbaar binnen de organisatie van de zorgverzekeraar twee verschillende overlegtrajecten bezig waren, die niet op elkaar afgestemd waren, werd als zwak benoemd. De presentatie van het inkoopdocument en het later uitbrengen en opleggen van de offertetool waren –achteraf- momenten waarop de Kring de besprekingen had kunnen afbreken. Op dat moment werd echter belang gehecht aan de relatie met het oog op toekomstige overleggen.

“Terwijl we zo geschoufferd werden met dat inkoopdocument..., misschien hadden we tóen moeten stoppen met de contacten. We zouden elkaar echter weer zien bij de onderhandelingen over de huisartscontracten...; we waren daarom veroordeeld tot een ‘masserende rol’ in het hele traject”.

Visie op effect en toekomst

De wijze waarop deze besprekingen regionaal met de Kring zijn verlopen kan niet gezien worden als een op zichzelf staand regionaal probleem maar dient gezien te worden in het licht van de problemen die op landelijk niveau spelen. Het lag voor de hand om bijvoorbeeld ten aanzien van de kwaliteitsindicatoren aansluiting te zoeken met de landelijke ontwikkelingen waaraan ZN/zorgverzekeraars zich hadden geëngageerd.

5.4 Samenvatting

De Kring en de zorgverzekeraar hebben in augustus 2009 gezamenlijk besloten tot het opstellen van een modelovereenkomst over de diabetesketenzorg waarin de standaardzorg en administratieve/organisatorische zaken opgenomen zouden worden. De zorggroepen zouden vervolgens 'met name' de specifieke lokale inkleuring met de zorgverzekeraar hoeven te bespreken en te onderhandelen over een integraal tarief.

Het door de Kring ondersteunde zorggroepplatform, waarin de geïnterviewde zorggroepen participeerden, speelde inhoudelijk een belangrijke voorbereidende rol. De modulaire opbouw van de overeenkomst, opgesteld door de zorgverzekeraar bleek voor de zorgaanbieders te ver weg te staan van de NDF-standaardzorg en van de dagelijkse praktijk. Aard, nut en aanlevering van indicatoren werden uitgebreid besproken, er zouden procesindicatoren i.p.v. uitkomstindicatoren gehanteerd worden. Er was hier echter in het inkoop document weinig van terug te zien. In de herfst presenteerde de zorgverzekeraar, los van de onderhandelingen, het inkoopdocument en de offertetool aan de zorggroepen, waarmee de komende contracteringen gestart konden worden. Tot verbazing van de Kring waren de gezamenlijke afspraken en de Kring-standpunten hier niet in verwerkt. Factoren die volgens de Kring Midden Nederland 'n gezamenlijke modelovereenkomst verstoorden waren: uiteenlopende visies, de twee parallel lopende overleglijnen van de zorgverzekeraar, die niet op elkaar waren afgestemd, de wisselende samenstelling van de delegatie van de zorgverzekeraar en de naderende beleidsregels vanuit de NZa. Eind 2009 gaf de zorgverzekeraar aan niet verder te willen werken naar een modelovereenkomst. Uiteindelijk brachten zowel zorgverzekeraar als Kring begin 2010 een modelcontract uit: de zorgverzekeraar de Basisovereenkomst en de Kring Midden Nederland de Raamovereenkomst, beiden eenzijdig opgestelde modellen in plaats van een gezamenlijke Modelovereenkomst. Verschillen tussen deze modellen zaten met name in de formulering van de standaardzorg (modules verzekeraar versus rompmodel Kring), de verantwoordelijkheid van de geboden zorg en eventuele dubbeldeclaraties, het wel of niet leveren van jaarverslagen en rekeningen en het vaststellen van het tarief.

Noten

- 1) Rompconstructie diabetes ketenzorg:
 - een logistiek administratief/organisatorisch deel (~ het huisartsenzorgcontract), onafhankelijk van de specifieke chronische ziekte
 - een deel over diabeteszorg: gericht op de zorg die o.b.v. de landelijk vastgestelde en onderschreven zorgstandaard door elke zorggroep uitgevoerd dient te worden. Hierbij gaat het over de diabetes-standaardzorg en indicatoren; inhoud van deze zorg is niet onderhandelbaar.
 - een deel specifiek door zorggroep en zorgverzekeraar af te spreken lokaal/regionaal deel.
- 2) Diabetes inkoopdocument 2009: In dit document van de zorgverzekeraar wordt de wijze beschreven waarop de diabetesketenzorg ingekocht wordt. De prestatie van de ketenDBC Diabetes is hierin modulair opgebouwd vanuit het perspectief van de patiënt. Vijf verschillende modules worden beschreven:
 - Module 1: de nieuwe patiënt. Tarief huisarts, praktijkondersteuner en diëtiste
 - Module 2: behandeling en begeleiding & consult specialist
 - Module 3: behandeling risicofactoren hart- en vaatziekten
 - Module 4: instellen insuline
 - Module 5: controle van insuline-therapie
- 3) Concept-beleidsregel ketenzorg NZa: Nederlandse Zorgautoriteit (2009), *Beleidsregel CV-7000-3.0.-2*

6 De ervaringen en meningen van de zorggroeponderhandelaars

In hoofdstuk 5 kwamen de faciliterende besprekingen tussen Kring en zorgverzekeraar aan de orde. Ervaringen en meningen van de Kring werden weergegeven. Dit hoofdstuk geeft de bevindingen weer van de zorggroepen over de contracteringsonderhandelingen met de zorgverzekeraar.

6.1 Respondenten

Zeven zorggroepen in Midden Nederland werden geïnterviewd. In onderstaande tabel worden enkele kenmerken van deze zorggroepen weergegeven:

Kenmerken zorggroepen

Zorggroep	Organisatievorm	Huisarts-En	Oprichting	Geschatte kwant. inzet	Onderh. gesprekken	Onderh. team
Diamuraal Amersfoort	Stichting	120	2006	Onbekend	4	Medisch en financieel directeur
Stadsmaatschap Utrecht	Maatschap	95	2006	185 uur	4	Coördinator & twee huisartsen
GHO-GO Holding: Hilversum	Holding	50	2010	148 uur	6	Manager & drie huisartsen
Noord West Utrecht: Maarssen e.o.	Coöperatie	130	2008	145 uur	4	Manager, twee huisartsen en adviseur
Medicamus: N.O.Utrecht	Coöperatie	70	2006	180 à 190 uur	6	Adviseur & twee huisartsen
Zeist	Coöperatie	23	2006	98 uur	5	Manager & twee huisartsen
Preventzorg: verspreid over prov. Utrecht & NrdHolland	Coöperatie	137	2006	150 uur	5	Drie huisartsen

De zorggroepen werden door de onderzoekers op lokatie bezocht; de geïnterviewde onderhandelaars per zorggroep waren:

1 Diamuraal	Financieel directeur en medisch directeur
2 Stadsmaatschap	Twee huisartsen van het bestuur
3 GHO-GO	Manager en huisarts
4 NW Utrecht	Huisarts uit bestuur
5 Medicamus	Twee huisartsen uit bestuur
6 Zeist	Adviseur - manager en twee huisartsen
7 Preventzorg	Drie huisartsen uit bestuur

De meerderheid van de onderhandelingsteams bestond uit huisarts-bestuursleden en een projectmanager voor financiële en organisatorische zaken. Twee zorggroepen werden ondersteund door een externe adviseur die door de Kring in het Zorggroepplatform was geïntroduceerd.

6.2 De ervaringen en meningen van de zorggroeponderhandelaars

Het interview van de zorggroepen bestond uit drie delen (zie bijlage I): voorbereidingen van het contracteerproces, de onderhandelingen zelf en meningen, terugkoppeling en visie na afloop. Volgens deze indeling zijn de antwoorden geordend. De cursieve uitspraken zijn in de diverse interviews –inclusief het zorggroepplatforminterview- gedaan door de onderhandelaars.

6.2.1 Algemeen

De kwantitatieve inzet per zorggroep is nergens nauwkeurig bijgehouden, maar werd geschat tussen de 100 en 200 mens-uren; daar waren bij in begrepen de onderhandelingsbesprekingen zelf, bestuursvoorbereidingen, gesprekken met onderaannemers en informatica-deskundigen, zorggroepplatformbijeenkomsten en ledenvergaderingen van de zorggroep zelf.

Er bleek geen relatie tussen de grootte van de zorggroep en de investeringsuren. Bijna alle onderhandelingsteams bestonden naast huisartsen uit tenminste één projectmanager, coördinator of economisch directeur. De door de Kring geïntroduceerde adviseur werd bij enkele teams ingeschakeld tijdens de bespreking van offertes en organisatorische zaken. Het stond de zorggroepen volledig vrij of en waarvoor ze de adviseur zouden inschakelen. Zorggroep en adviseur maakten onderling afspraken. Het aantal gesprekken à anderhalf uur met de zorgverzekeraar varieerde van vier tot zes. De meeste gesprekken startten in het najaar van 2009; in de loop van juni 2010 waren bij alle besturen de ketenzorg-contracten binnen.

6.2.2 De voorbereidingen

Van de vijftien geïnterviewde onderhandelaars hadden negen huisartsen onderhandelingservaring; drie artsen volgden hiervoor een cursus onderhandelen bij de V.V.A.A. of elders en één huisarts een MBA-opleiding. De managers waren allen ervaren in onderhandelingen. De onderhandelaars, meestal bestuursleden, bereidden de onderhandelingen voor in eigen bestuur. Het Zorggroepplatform werd daarbij als klankbord en inhoudelijke ondersteuning gebruikt. De zorggroepen hebben het platform als belangrijk en nuttig ervaren, niet alleen voor het uitwisselen van kennis, meningen en ervaringen, maar ook voor het creëren van een wij-gevoel. Er ontstond een toename van het zelfbewustzijn, een soort emancipatie. Door het Zorggroepplatform kregen de huisartsen het gevoel dat men in staat was voldoende tegengewicht te bieden in een proces waarin de meesten onervaren waren.

“Iedere zorggroep heeft tóch de neiging om zelf het wiel weer uit te vinden....; terwijl het delen van inhoud, kennis en praktijkervaring in het Zorggroepplatform zóveel oplevert: je moet het jezelf als zorggroep makkelijk maken!”

Expliciet wisselde men in het Zorggroepplatform geen informatie uit over tariefsbesprekingen en tariefsresultaten.

De Kring speelde in deze voorbereidingen een faciliterende rol: de adviseur gaf tijdens Zorggroepplatformbijeenkomsten informatie over de opbouw van organisatiekosten, huisvestingskosten en ICT-aspecten rond de diabetesketenzorg. Hierdoor ontstond bewustwording over wat in een kostenrekening thuis hoort. De door de Kring eenzijdig opgestelde Raamovereenkomst (zie hoofdstuk 5) bood de zorggroepen een basis van waaruit de onderhandelingen gevoerd konden worden.

Consultatie van de huisartsen-achterban binnen de zorggroepen zelf vond in het algemeen weinig plaats. Een enkel zorggroepbestuur gaf aan hier in de toekomst meer aandacht aan te besteden. Enkele zorggroepen hadden een uitgesproken mandaat gekregen over het Ketenzorgtarief van de huisartsengroep; bij de overigen varieerde het mandaat van eeniet expliciet tot ‘zelf genomen’.

Spelregels voor het onderhandelingstraject werden nauwelijks vastgesteld. Wegloopscenario's zoals het minimaal te bereiken ketentarieff en het niet leveren van gegevens op patiëntenniveau werden bij de helft van de zorggroepen afgesproken. Een minderheid had geen wegloopscenario. Een expliciete belangenkaart zoals in de Harvard Negotiation Rules wordt aanbevolen maakte

geen enkel onderhandelingsteam op. Impliciet ging het de meeste zorggroepen niet alleen om het geld maar vooral ook om de kwaliteit. Dit in tegenstelling tot de zorgverzekeraar waar de financiën in de besprekingen de boventoon voerde.

De verwachtingen ten aanzien van de komende onderhandelingen varieerden. Over het algemeen gingen de zorggroepen de onderhandelingen open in omdat men dacht met de tot dan toe geleverde kwaliteit bij de zorgverzekeraar te kunnen scoren.

“De zorgverzekeraar had wel een goede naam door het eerdere diabetesprogramma en de aandacht voor kwaliteit. We verwachtten van de zorgverzekeraar interesse in goede zorg en een kostendekkende tegemoetkoming”

Enkele zorggroepen echter, toonden -gezien eerdere ervaringen met de onderhandelingswijze van de zorgverzekeraar- scepsis over de procedure en het te bereiken resultaat.

6.2.3 Het onderhandelingsproces zelf

Gevraagd naar de eerste reacties over de afgelopen onderhandelingen werden meerdere en uiteenlopende reacties beluisterd. Slechts enkele zorggroepen spraken van gelijkwaardige onderhandelingen waarbij veel geleerd was. De algemene teneur was echter niet positief te noemen. Men ervoer de gesprekken meer als contractbesprekingen dan als onderhandelingsgesprekken. De zorgverzekeraar bepaalde de structuur en de uitkomst, de zorggroepeteams werden niet gezien als volwaardig gesprekspartner. De huisartsen voelden zich niet gezien en erkend in hun streven naar kwaliteit. Één zorggroep benoemde een gezamenlijk kenmerk van beide partijen:

“Het was een zoekproces voor beide partijen, beide partijen worstelden....”

Het onderhandelingsproces werd doorgaans begonnen met enkele (meestal twee) inleidende gesprekken. Vervolgens werd door de zorgverzekeraar de zg. offertetool ter sprake gebracht: een document wat elke zorggroep vooraf diende in te vullen. In dit document zijn gegevens over zorggroep, de aangeboden diabeteszorg en bijbehorende offerte/begroting opgenomen. Op aandringen van de meeste zorggroepen werd de bij deze tool in te vullen begroting niet gebruikt (zie ook Hoofdstuk 6) en kreeg elke zorggroep de gelegenheid haar eigen offerte/begroting in te dienen.

De onderhandelingsteams van de zorggroepen bleven qua bezetting hetzelfde, terwijl de samenstelling van het zorgverzekeraarsteam voortdurend varieerde. Dit riep bij de meeste zorggroepen irritatiegevoelens op en werd ervaren als tijdverspilling en inefficiënt onderhandelen:

“De discontinuïteit in het zorgverzekeraarsteam was zeer storend; bij elke volgende vergadering kon je bijna weer opnieuw beginnen...”

De vergaderingen kenden weinig structuur. Vooraf stelde men geen kaders voor de vergaderingen op. Agendering vond soms wel, soms niet plaats. Andere keren kon de agenda, bij verandering van teamsamenstelling van de zorgverzekeraar, onaangekondigd veranderd worden. Gemaakte afspraken werden nauwelijks gemeenschappelijk genotuleerd, evenmin werd gewerkt met een actie - en besluitenlijst. Na terugkoppeling met de achterban van de verzekeraar werd hetzelfde agendapunt soms opnieuw of op andere wijze besproken. De onderhandelaars van de zorggroepen brachten de ervaren onvrede over deze ongestructureerde agenda's echter niet in:

“We hebben de zorgverzekeraar er niet op aan gesproken....; daar zijn wij huisartsen te netjes voor.... Vanuit onze professie gaan we netjes met elkaar om, houden de sfeer aangenaam en gaan voor het compromis.... Nu, achteraf, gaan we dit volgende keer anders doen!”

Enkele zorggroeponderhandelaars ervoeren ook een 'informatie-asymmetrie': de zorggroep trad de besprekingen open tegemoet, legde naar eigen zeggen transparantie aan de dag, diende veel informatie te geven en deed dit ook. Terwijl de wijze van onderhandelen van de zorgverzekeraar gezien werd als ondoorzichtig en inconsistent qua structuur, inhoud en visie. Als heel vervelend ervoeren de zorggroepen het feit dat de zorgverzekeraar regelmatig aanvullende eisen op tafel legde: eisen over de structuur van een zorggroep, over een wijkgerichte aanpak, over inschrijving bij de Kamer van Koophandel, over een klachtenregeling etc. Eisen die de gesprekken vertroebelden omdat die in essentie niets te maken hadden met diabetes.

“Het waren geen onderhandelingen, zij brachten een protocol in, wij de amendementen. Zonde van alle tijd.”

Op de vraag van de onderzoekers welke onderhandelingswijze men had gehanteerd gaven de meeste zorggroepen aan op een positionele wijze te hebben onderhandeld. Dit werd veroorzaakt door het feit dat er door de zorgverzekeraar weinig speelruimte werd geboden en oplossingen opgelegd werden.

Aan de inhoud van de diabetesketenzorg (zoals vastgelegd in de NDF-Zorgstandaard) besteedden de onderhandelaars niet veel tijd. Op de momenten dat dit wel gebeurde merkten met name de huisartsen een groot gebrek aan inhoudelijke Ketenzorg-kennis bij de zorgverzekeraar. Men besprak in enkele zorggroepen de kwaliteitsindicatoren, maar ook hier bleek bij de zorgverzekeraar een gebrek aan kennis en uiteindelijk werd de kwaliteit in het contract onbesproken gelaten.

Bij de besprekingen kwamen de volgende onderwerpen het meest aan de orde:

- kwaliteitsindicatoren
- Administratie & Organisatie (A&O)
- het Keten Informatie Systeem (KIS)
- het aanleveren van data
- zorggroepspecifieke aspecten (zoals insuline-therapie, beweegprogramma, achterstandswijktarief)
- overheadkosten
- de tarieven, minutenschema's en de uurprijs van de huisarts zelf
- de inhoud van het uiteindelijk opgestelde contract.

Onderdelen waar de zorgverzekeraar aanvankelijk enthousiast op reageerde, bleken later bij de uiteindelijke tariefbesprekingen niet voldoende gefinancierd te kunnen worden.

"We wilden in ieder geval onze insuline-module¹ erbij; alleen hun prijs was veel te laag dus dat ging niet door"

Terugkoppeling naar de huisartsen van de zorggroep tijdens de gesprekken vond slechts bij één zorggroep elke vergadering plaats. Bij enkele groepen alleen indien nodig en bij drie groepen sprak men in het geheel niet met de achterban tijdens de onderhandelingen. Achteraf stelde een zorggroepbestuur vast dat terugkoppeling de volgende keer 'wel wenselijk was'.

Het uiteindelijk vastgestelde tarief was volgens de meeste zorggroepen een –voor de zorgverzekeraar- reeds vaststaand tarief, waar niet over te onderhandelen was: het was slikken of stikken. Desondanks waren de zorggroepen in het algemeen tevreden met het behaalde tariefsbedrag. In vergelijking met de prijs van eerdere diabetescontracten kwam men er goed vanaf. Maar het was niet te achterhalen of het een zakelijk opgebouwde prijs was en welke componenten in de prijs waren verdisconteerd. In ieder geval is nergens gestructureerd over de vier aspecten van het diabetes ketencontract (zorginhoud, A&O en scholing, kwaliteitsindicatoren, lokale afspraken) gesproken.

Aan het eind van de onderhandelingen deden zich bij enkele zorggroepen nog problemen voor bij het contract zelf. Pas op het moment dat er een akkoord was bereikt op alle onderdelen kregen de zorggroepen het contract onder ogen. Er bleken veranderingen in te staan, hetgeen opnieuw tot discussies leidde. Later, toen het officiële contract in de brievenbus lag, constateerde men opnieuw niet-besproken veranderingen, aangebracht door de zorgverzekeraar. Door de vertragingen en de tijdsdruk waren de betreffende zorggroepen niet geneigd om het contract weer terug te sturen.

"het was in feite te laat, we hadden geld nodig."

6.2.4 Na afloop: meningen, terugkoppeling en visie

Meningen

Als positieve zaken in en rond het contracteerproces werden vaak genoemd: de ondersteuning van zorggroepen in het Zorggroepplatform en de inhoudelijke en organisatorische bijdrage van de Kring.

Verder bleek een bewustwordingsproces bij huisartsen op gang gekomen te zijn ten aanzien van eigen werk en kwaliteit daarvan: men realiseerde zich door deze onderhandelingen veel meer wat de eerste lijnszorg feitelijk te bieden had.

Ook werden positieve effecten verwacht op de ketenzorg in bredere zin. Het diabetesketenprogramma kan dienen als een model voor andere ketens in de chronische zorg.

En tenslotte werd door alle zorggroepen gesproken over 'een redelijke tot goede prijs'. Negatieve aspecten waren de onduidelijkheid van het traject, het niet vooraf formuleren van de te behalen doelen, de eigen onervarenheid in onderhandelingen, het trage verloop van de onderhandelingen onder andere door de discontinuïteit van de onderhandelaars van de zorgverzekeraar en de grote tijdsinvestering

De belangrijkste verbeteringen, die de zorggroepen wensten waren:

- Vooraf bespreken en afspreken wát precies per zorggroep aan standaardzorg en indicatoren geleverd dient te worden
- Duidelijke structuur, tijdsplan en agendering van de besprekingen; notulering van afsprakenlijst en actiepunten
- Wederzijds mandaat ter verhoging van efficiëntie en effectiviteit
- Meer uitwisselen over kwaliteit van de diabeteszorg. Op basis van geleverde kwaliteit een gefundeerd tarief overeenkomen
- Meer transparantie en duidelijkheid ten aanzien van bestaande (en naderende) beleidsregels.

Terugkoppeling

De terugkoppeling naar het bestuur van de zorggroep verliep via de reguliere vergaderingen. Via ledenvergaderingen en digitale nieuwsbrieven werden de aangesloten huisartsen op de hoogte gesteld van de resultaten. Van terugkoppeling naar de achterban via daartoe speciaal georganiseerde bijeenkomsten is geen sprake geweest (zie discussie hoofdstuk 8). Borging van de in het contract gemaakte afspraken vindt plaats via verschillende manieren: onder andere door middel van beschrijvende protocollen, jaarlijkse rapportage naar aangesloten huisartsen, halfjaarlijks evaluatie met internist en oogarts en één enkele keer via steekproefgewijze controle van factureringen.

Visie op effect en toekomst

De voordelen die de patiënt heeft van dit contracteren werden door alle onderhandelaars onderstreept: zorg van goed niveau. De onderhandelaars beoordelen het zorgproces als transparanter, gestructureerder en meer afgestemd met de betrokken disciplines op de individuele patiënt. Voorts werd enerzijds de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt aangesproken anderzijds werd bij de patiënt meer aangedrongen tot het volgen van het ingestelde beleid. De kwaliteit van deze eerstelijns diabeteszorg bleek ook doorgedrongen te zijn in het ziekenhuis, getuige deze uitspraak van een van de onderhandelaars:

"Ik hoorde via een patiënt de internist zeggen: "mevrouw, gaat u maar naar de eerste lijn, daar doen ze de diabetes-zorg veel beter!"

De beperkte keuzevrijheid van de patiënt binnen de keten wordt door de meeste zorggroepen niet als een probleem ervaren, hoewel dit niet met getallen werd onderbouwd. Men blijkt ook wat terughoudend te zijn ten aanzien van het contracteren van nog meer ketenpartners, gezien de extra overheadkosten die dit met zich zal brengen.

Gevraagd naar de visie van de zorggroepen op de toekomst van het contracteren van de ketenzorg, viel op dat er uiteenlopende ideeën bestonden. Wel was de algemene mening dat men de huisarts qua bekostiging niet alleen afhankelijk moet maken van de ketenDBC's. Er dient een basisbekostiging voor de huisarts te blijven bestaan. Verder waren alle gesprekspartners van mening dat er aan beide kanten professionalisering en meer onderhandelingsmacht bij het contracteren noodzakelijk is. Velen gaven aan dat gestreefd moet worden naar een landelijke raamovereenkomst voor de diabetes ketenDBC met heldere kaders van VWS, NZa en NMa en met de mogelijkheid tot lokale inkleuring en 'fine tuning'.

6.3 Samenvatting

De kwantitatieve inzet van de acht zorggroepen is groot geweest, tussen de honderd en tweehonderd uren. De voorbereidingen van de onderhandelingen door bestuur en managers namen het grootste gedeelte van de gependeerde tijd in beslag. De facilitering van de zorggroepen in een door de Kring ondersteund zorggroepplatform heeft een belangrijke rol bij de voorbereidingen gespeeld. Hierbij werd weinig aandacht besteed aan de positie en belangen van de verzekeraar. Veelal werden geen spelregels of expliciet mandaat (tarief) afgesproken; wegloopscenario's als bodemtarief en data-aanlevering werden soms afgesproken.

Overleg met de achterban vooraf of tijdens het proces vond weinig plaats. De Kring en de geïntroduceerde adviseur boden belangrijke ondersteuning in Administratieve en Organisatorische zaken en de raamovereenkomst. Verwachtingen ten aanzien van de onderhandelingen varieerden van hoopvol tot pessimistisch. De door de zorgverzekeraar ingestelde digitale offerte-tool zorgde voor veel weerstand en werd niet door alle zorggroepen ingevuld. Er werd veel tijd gespendeerd om deze tool van tafel te krijgen en met een eigen begroting te mogen komen.

De onderhandelingen werden door bestuursleden van de zorggroepen gevoerd, in een aantal gevallen vergezeld van een manager en/of adviseur. Per zorggroep werden tussen vier en zes gesprekken gevoerd over een periode van negen maanden. De inhoud van de onderhandelingen was per zorggroep verschillend: men besteedde weinig tijd aan de zorginhoud en kwaliteitsindicatoren, veel meer aan voorwaarden vooraf (zoals structuur van de zorggroep, klachtenregeling etc), administratieve en organisatorische aspecten, overheadkosten en zorggroepspecifieke factoren zoals bijvoorbeeld insuliner therapie.

Procedureel zijn er veel kritische kanttekeningen geplaatst: weinig professionaliteit, onvoldoende en inconsistente agendering, het wisselende onderhandelingsteam van de zorgverzekeraar waardoor vaak inefficiënt vergaderd werd, opleggen van het contract zonder de mogelijkheid om erover te onderhandelen, onduidelijke visie, inhoudelijke kennis en kaders bij de zorgverzekeraar. Mede hierdoor werd er vanuit eigen positie en belangen onderhandeld.

Positieve zaken waren: bewustwording van kwaliteit en kracht van eigen huisartsenzorg en de facilitering via het zorggroepplatform. Ondanks het moeizame verloop hebben deze gesprekken voor toekomstige ketenDBC's een model-ketenprogramma en een raamwerk voor de 'couleur locale' opgeleverd. Zorggroepen waren met het bereikte tarief tevreden.

Meest gewenste verbeteringen waren: onderhandelen met één zorgverzekeraars-team met mandaat, goede vergaderstructuur en heldere agendering, tarief gebaseerd op couleur locale, algemene zaken en voorwaarden op hoger niveau regelen en heldere onderhandelingskaders vanuit VWS, NZa en NMa.

De zorggroepen waren van mening dat patiënten beter afgestemde zorg zouden ervaren van hoog niveau. Beperkte keuzevrijheid van de patiënten zou niet zo'n probleem opleveren, aldus meenden de zorggroepen.

Ondanks het feit, dat de onderhandelingen met de verre verzekeraars niet in dit rapport worden beschreven gaven de zorggroepen wel aan dat deze verre verzekeraars de gemaakte contractafspraken niet volgden en dat er opnieuw onderhandeld moest worden. Dit bleek in de praktijk een groot probleem op te leveren.

Noot

1) Insuline-module: Module volgens welke de meest gebruikte insuline-therapie (twee keer daags injectie) wordt vergoed in het contract

7 De ervaringen en meningen van de zorgverzekeraar en van het Cliënten Belang Utrecht

7.1. De ervaringen en meningen van de zorgverzekeraar

Context

De Kring heeft in het voorjaar 2010 de zorgverzekeraar op de hoogte gebracht van de plannen voor dit onderzoek. De verzekeraar is akkoord gegaan om eveneens haar ervaringen en meningen over het onderhandelingsproces te laten horen. Onderstaand interview gaat over de contracteringsonderhandelingen met de zorggroepen zelf.

Een medisch adviseur van de zorgverzekeraar is door de onderzoekers geïnterviewd. Deze adviseur heeft na vertrek van de vorige leider van het onderhandelingsteam eind 2009 de coördinatie van de Ketenzorgonderhandelingen overgenomen: beslissingen en mandatering stemde deze adviseur af met de manager Inkoop Eerste Lijn. Hier dient gemeld te worden dat derhalve de eerste onderhandelingsrondes niet door deze arts zijn bijgewoond.

De adviseur is met behulp van dezelfde vragenlijst geïnterviewd als die welke gebruikt werd bij de zorggroepen en Kring. De bevindingen zijn na afloop door de adviseur ingezien, aangevuld en akkoord bevonden.

7.1.1 Voorbereiding

Het zorgverzekeraars-onderhandelingsteam bestond per zorggroep in principe uit een vaste groep van minimaal 2 leden waaronder één vast lid als 'relatiebeheerder'. Afhankelijk van de vragen van de zorggroepen ging een medisch, bedrijfskundig of juridisch adviseur mee. Later kon de zorgverzekeraar door interne omstandigheden niet altijd vast houden aan het vaste lid. Regelmatige terugkoppeling vond plaats naar team en de manager.

De zorgverzekeraar hield bij het eerste overleg met de zorggroepen altijd een vaste agendering aan. Er werd dan uitgebreid aandacht besteed aan de relatie met de betreffende zorggroep. Met een aantal zorggroeponderhandelaars had de zorgverzekeraar al vaker om de tafel gezeten in verband met eerdere diabetescontracten.

In het tweede gesprek besprak men de contractvoorwaarden, de ontbrekende documenten en inhoudelijke zaken. Afhankelijk van wat ter tafel kwam vond een wisselende agendering plaats; men wilde de besprekingen vooraf niet volledig vastleggen, er waren geen tijdslijnen uitgezet:

"onze insteek was: open de onderhandelingen ingaan, alles is overlegbaar"

Gaande de onderhandelingen is niettemin wel moeite gedaan om structuur aan te brengen. De beleidsregels met daarin de vermelde voorwaarden waren daarbij leidend en fungeerden als de kaders voor zorginhoud.

"buiten beleidsregels kunnen kosten niet als zorgkosten opgevoerd worden"

Het team van de zorgverzekeraar had mandaat op de inhoud maar niet op het te bereiken tarief; daarover was het mandaat niet expliciet benoemd. Maar er bestonden wel duidelijke grenzen, iedereen in het team wist wat wel en niet toegezegd kon worden naar de zorggroepen. Men hanteerde geen weglooptscenario, De zorgverzekeraar wilde in gesprek blijven om eruit te komen. Een expliciete belangenkaart maakte men in de voorbereiding niet op.

Vooraf bestond de verwachting dat er weinig verschillen zouden zijn in de ingediende offertes van de zorggroepen en dat de rode draden zich wel zouden aftekenen. Later, toen de offertes uiteen bleken te lopen qua inhoud en berekening, stelde de zorgverzekeraar één basisprijs vast voor de te leveren ketenzorg per patiënt (zie verder 7.1.2).

7.1.2 Het onderhandelingsproces zelf

De kwantitatieve inzet bedroeg voor de twee-en-veertig zorggroepen, waarmee de zorgverzekeraar in haar werkgebied onderhandelde, drie fulltime arbeidskrachten in vier maanden. Deze inzet is een gemiddelde en was verspreid over tien à twintig mensen die zowel intern als extern bij de diabetesketenzorg betrokken waren. Er vonden gemiddeld drie tot vier

gesprekken per zorggroep plaats.

De reeds eerder genoemde offertetool bleek voor zorggroepen een groot obstakel te zijn en werd na de eerste gesprekken niet meer aangehouden. De grootste breekpunten waren het ontbreken van bepaalde elementen en de 'minuten indeling' (het in minuten uitschrijven van de duur van patiëntcontacten per discipline). Besloten werd daarom dat de begroting uit de offerte tool zou worden gehaald. Iedere zorggroep kon haar eigen begroting indienen, de rest van de tool bleef intact. In de uitgebrachte offertes bleek echter geen duidelijk lijn te ontdekken waarmee de zorgverzekeraar kon betalen naar inzet, kwaliteit e.d.

"Resultaat: twee-en-veertig verschillende begrotingen.... Vooral wat betreft prijs (zeer verschillend), overhead en tijdsinvestering per DM-patiënt en de breedte van de geboden zorg (wel/niet preventie en nazorg bij complicaties). Dat verbaasde ons zeer."

Het maatwerk, afgestemd op elke aparte begroting, wat dan in de onderhandelingen geleverd zou moeten worden bleek absoluut niet haalbaar. Er was geen éénduidigheid in kaders en onderbouwing van tarieven waardoor het op deze wijze vaststellen van prijzen een gigantische capaciteit aan mankracht zou vragen. De zorgverzekeraar koos vervolgens voor een 'vast, niet onderhandelbaar tarief' voor de diabetesketen met differentiatiemogelijkheden voor lokale extra's. Met deze keuze was er eigenlijk geen sprake meer van onderhandeling in het contracteerproces. Deze 'knik' in het contracteertraject was overigens tevoren niet door de zorgverzekeraar voorzien. Het onderhandelingsteam heeft aan elke zorggroep wel uitleg gegeven over deze wijziging, men is daar transparant in geweest. Desalniettemin was dit gebeuren wel een grote frustratie:

"dat we het traject hebben moeten veranderen, terwijl we van te voren dachten dat dat het juiste was....."

Tijdens het contracteerproces werd er niet zozeer over zorginhoud, als wel over ICT plus systeeminvesteringen, kwaliteit en couleur locale gesproken. Deze couleur locale, die uit de eerste gesprekken duidelijk naar voren was gekomen, is bij het instellen van een basistarief verwerkt in aparte modules. Later, toen eenmaal het genoemde basistarief was ingesteld, waren voornamelijk verschillende onderwerpen uit de extra modules aan de orde: het Keten Informatie Systeem KIS, insuline-therapie, zorgzwaarte, beweegprogramma en het tarief daarvoor. Het viel de zorgverzekeraar op dat, naast de zorggroepspecifieke onderwerpen, ook de samenstelling van het zorggroep-team van invloed op de agenda was: indien er alleen huisartsen zitting in het team hadden werd er meer tijd besteed aan hoogte en onderbouwing van tarieven.

"Huisartsen willen zekerheid en helderheid in het contract. Indien er ook een manager bij betrokken was, ging dit deel soepeler....."

Daarnaast bleek ook een zekere mate van informatie-asymmetrie. De zorggroepen waren meer op de hoogte van zorginhoud en de effecten van de uitvoering van de zorg; de zorgverzekeraar wist meer van wet- en regelgeving en van de bedrijfseconomische aspecten van de ketenfinanciering.

Tenslotte: de inzet van de zorgverzekeraar was continuïteit in de onderhandelingen met vertrouwen als basis. Niettemin werd de procedure tussentijds gewijzigd, viel het hoofd van het onderhandelingsteam weg tijdens de onderhandelingen en wisselde door interne omstandigheden het onderhandelingsteam qua samenstelling.

"Vertrouwen als basis: dit is waarschijnlijk niet goed over het voetlicht gekomen. De bedoelde wijzigingen kunnen hierbij een rol gespeeld hebben"

7.1.3 Na afloop: meningen, terugkoppeling en visie

Positieve en negatieve zaken

Als sterke punten werden de volgende zaken genoemd:

- Het tariefbedrag was 'mooi, misschien wat hoog' maar wel gebaseerd op de besproken zorg.
- Het feit dat het zorgverzekeraarsteam in ieder geval geprobeerd heeft de onderhandelingen zo vorm te geven als de onderhandelings-aanpak ook bedoeld was.
- De wijze van onderhandelen met in het begin nadruk op de onderlinge relatie door te bespreken hoe de partijen elkaar zagen, door open te zijn over de insteek resp. beperkingen van het zorgverzekeraarsteam en door te pogen begrip te kweken voor die beperkingen (o.a. het gevolg van de beleidsregels).

Zwakke punten waren:

- Het niet kunnen voorkomen van de 'trajectknik', waardoor niet langer kon worden onderhandeld over de begroting van de zorggroepen maar een zelfde basistarief voor alle zorggroepen werd opgelegd.
- NZa beleidsregels, die voor de zorgverzekeraar vertrekpunt waren maar door huisartsen mogelijk ervaren zijn als opgelegde regels.
- Grote tijdsinvestering en tijdsduur van de onderhandelingstrajecten.

Verbeterpunten

De zorgverzekeraar noemde de volgende verbeteringen:

- Het voorkomen van een knik in het traject, meer aandacht voor communicatie en zorgen voor continuïteit in de onderhandelingsteams.
- Omdat de zorgverzekeraar twee-en-veertig zorggroepen heeft te contracteren, kost het erg veel werk om maatwerk in te kopen... Dit is ook teruggegeven aan VWS.

Ter verhoging van de efficiëntie kan overwogen worden een expertteam van verschillende disciplines in te schakelen. Het grootste deel (bijvoorbeeld inhoud en tijdsbesteding van de bepaalde ketenonderdelen) kan daarin vormgegeven worden mits het binnen de kaders van de beleidsregels past.

Terugkoppeling

Er vond na afloop genoeg terugkoppeling plaats naar het zorgverzekeraarsteam, accountmanager en directie.

Visie op effect en toekomst

Visie op toekomstige Ketenzorgonderhandelingen:

De zorgverzekeraar houdt vast aan de integrale bekostiging, evenals aan wijkgerichte, lokale en multidisciplinaire diabeteszorg.

Een 'vinkjes-zetten-traject' acht de verzekeraar niet wenselijk, ze wil toe naar een zekere vorm van maatwerk, toegespitst op de populatie van een bepaalde regio. De zorgverzekeraar is daarom geen voorstander van één onderhandelingspartner namens alle zorggroepen.

7.1.4 Samenvatting

De zorgverzekeraar diende in deze nieuwe diabetesketenzorgbesprekingen met twee-en-veertig zorggroepen te onderhandelen, hetgeen een grote inspanning vergde van (naar schatting) drie fte's in vier maanden. De inzet was om met een vast team te onderhandelen met open vizier, zonder teveel agendering. De mandatering was duidelijk, er was geen weglooptscenario. Door de ingebrachte, -onverwacht- zeer gevarieerde offertes van alle zorggroepen besloot de verzekeraar uiteindelijk tot een niet onderhandelbaar basistarief met ruimte voor lokale differentiatie. Kwaliteit, lokale inkleuring, het Keten Informatie Systeem, de tarieven en het contract zelf waren de meest besproken onderwerpen. Het feit dat de huisartsen meer vanuit de inhoud en de praktijk en de verzekeraar meer vanuit de beleidsregels met onderliggend de zorgstandaard en de bedrijfseconomische kant de besprekingen benaderden, gaf aanleiding tot veel discussie en uitleg.

De zorgverzekeraar is tevreden over het tarief inclusief de modules (couleur locale), haar aandacht voor de relatie en haar getoonde transparantie. Communicatie kan nog beter evenals de efficiëntie waarbij een expertteam de inhoud kan aanscherpen en VWS een structurerende en kaderende rol kan spelen.

De ketenzorg blijft voor de verzekeraar ook in de toekomst multidisciplinair, wijkgericht en integraal bekostigd met aandacht voor maatwerk per zorggroep en populatie.

7.2 Ervaringen en Meningingen Cliëntenbelang Utrecht

Context

De Kring wilde bij dit onderzoek ook Cliënten Belang Utrecht (C.B.U.) betrekken. Het onderstaande interview richtte zich met name op de invloed van deze onderhandelingen op de diabeteszorg zoals ervaren door de patiënt en op de vraag of en hoe de patiënt in de toekomst een rol zou kunnen spelen bij deze onderhandelingen.

Het C.B.U. is in 2006 opgericht en wordt door de provincie Utrecht gefinancierd. Het is een onafhankelijke organisatie die de belangen behartigt van alle inwoners van de provincie Utrecht op het gebied van gezondheidszorg, aanverwante dienstverlening en sociale verzekeringen.

Daarnaast wordt zorggedragen voor de cliënteninbreng in de beleidsvorming van Provincie, zorgkantoor, zorgverzekeraars, zorginstellingen en gemeenten.

De directeur en de beleidsmedewerker kwaliteit van het CBU zijn geïnterviewd.

Interview

Het CBU heeft nauwe banden met de zorgverzekeraar, waarmee men samenwerkt bij het ontwikkelen van een patiëntgerichte benadering. Met de Kring vindt vier keer per jaar bestuurlijk overleg plaats. Desondanks is het CBU niet betrokken geweest bij het contracteerproces.

“Er is nooit contact over geweest.”

Het CBU zag in de toekomst wel een rol voor haar weggelegd:

“Onze rol bij de onderhandelingen zou relatiegericht en faciliterend kunnen zijn in de driehoek Zorggroep-Zorgverzekeraar-Patiënt.”

Volgens het CBU zou de patiënt ook binnen de zorggroepen een actieve rol kunnen spelen. Daarover is vanuit het zorggroepplatform recent contact gezocht met de Diabetes Vereniging Nederland DVN. De zorgaanbieders willen de patiënt in de toekomst namelijk meer als partner gaan beschouwen. Dergelijke initiatieven zouden kunnen uitmonden in een soort ‘raadplegingsorgaan’ van patiënten binnen de zorggroepen, aldus het CBU. Overigens participeert de patiënt tegenwoordig al in de ketenzorg door feedback te geven over de geboden zorg onder andere via de CQ-index-vragenlijst, zo meende het CBU. Indien het CBU signalen krijgt van ontevreden patiënten probeert zij desgevraagd eerst op de bewuste plek zelf het probleem aan de kaak te stellen en op te lossen. Andere, stevigere acties bestaan, zo vervolgde het CBU, uit het ter sprake brengen bij de NPCF (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie) of CG-raad (Chronisch zieken en Gehandicaptenraad) of eventueel bekendmaking via de pers.

Gevraagd naar de effecten van de ketenzorg in de praktijk antwoordde het C.B.U. dat de patiënt zeker voordelen zou kunnen halen uit de diabetesketenzorg. Volgens het Cliëntenbelang is de zorg niet meer versnipperd maar op elkaar afgestemd, bestaat er een gezamenlijk zorgplan, is de zorg wijkgericht en dus dichtbij huis en heeft de patiënt een vast aanspreekpunt en dat achtte het CBU erg belangrijk. Ketenzorg zou dan volgens het C.B.U. veranderen in ‘*Spinnenwebzorg*’: patiënt en huisarts in het centrum van dit web, de overige zorgaanbieders in de verschillende draden eromheen. Ook de beoogde toename van kwaliteit van leven en zelfmanagement door de patiënt bestempelde het Cliëntenbelang als waardevol. De vrije keuze die de patiënt volgens de beleidsregels dient te hebben bij het kiezen van aangesloten ketenzorgaanbieders ervoer het C.B.U. niet als beperkt.

Het CBU zette ook enkele kanttekeningen.

- Patiënten blijken wel eens bang te zijn voor een te late verwijzing naar de tweede lijn. Daar zou meer over gecommuniceerd moeten worden tussen patiënt en zorgverlener.

- Knelpunten kunnen ontstaan bij comorbiditeit bij één patiënt: de situatie dat een patiënt lijdt aan meerdere, chronische ziektes. Hoe moet dan de keten functioneren? Met betrekking tot dit probleem zag het CBU een adviserende rol voor haar weggelegd. Verder wilde het CBU in de toekomst niet alleen de *cure* maar ook de *care* in het ketenzorgpakket zien: preventie en nazorg bij complicaties (in de vorm van thuiszorg en eventuele revalidatie in een verpleegtehuis).

Tenslotte werd de diabetesketenzorg een positieve toekomst toebedacht:

“Ketenzorg biedt de meeste mogelijkheden voor kwalitatief goede diabeteszorg!”

8 *Synthese, nabeschoouwing en aanbevelingen*

8.1 Resultaten in het kort

De faciliterende besprekingen tussen Kring en zorgverzekeraar en de contracteringsonderhandelingen tussen zorggroepen en zorgverzekeraar over de diabetesketenzorg hebben lang geduurd.

Ondanks gemeenschappelijk geformuleerd uitgangspunt en doel zijn *de faciliterende besprekingen* tussen Kring en verzekeraar over een gemeenschappelijke modelovereenkomst uitgemond in twee aparte basisovereenkomsten (jan/febr. 2010). De opbouw van de modelovereenkomst gaf problemen onder andere als gevolg van verschillen in vertrekpunten: de zorgverzekeraar werkte vanuit 'de bekostiging' terwijl de zorggroepen werkten vanuit (praktische herkenbaarheid van) de inhoud en de vertaling in de praktijk. Diverse afspraken, onder andere om alleen procesindicatoren te gebruiken werden niet teruggezien in de door de verzekeraar opgestelde conceptmodelovereenkomst. Er was onvrede bij de Kring over procedure, onduidelijke visie en eigen koers van de zorgverzekeraar gedurende het overlegtraject. Tijdens de voorbereidingen van *de contracteringsonderhandelingen tussen zorggroepen en zorgverzekeraar* zijn de zorggroepen goed geadviseerd door Kring in het zorggroepplatform. De zorggroepen waren in het algemeen tevreden met het uiteindelijke tarief. Men was ontevreden over de wijze van onderhandelen, de inefficiëntie van het proces, het wisselende team bij de zorgverzekeraar en opleggen van oplossingen door de verzekeraar. De zorginhoud is weinig, indicatoren, A&O, ICT en overheadkosten zijn veel besproken. De couleur locale is te weinig teruggezien in het contract. Positief was de bewustwording van eigen kracht en kwaliteit. Zorggroepen zagen in ketenzorg een goed afgestemde diabeteszorg van hoog niveau. Beperkte keuzevrijheid van de patiënt werd door de meeste ondervraagden niet als probleem gezien. Het Cliëntenbelang Utrecht meende dat de patiënt voordeel had van de ketenzorg door afgestemde en kwalitatief hoogstaande zorg; zij miste echter care en preventie in deze ketenzorg en zag in de toekomst een faciliterende rol voor haar weggelegd. Cliëntenbelang Utrecht heeft overigens geen rol gespeeld in de onderhandelingen.

De zorgverzekeraar hanteerde beleidsregels en zorgstandaard als uitgangspunt; ze was tevreden met het vastgestelde tarief. De ingebrachte twee-en-veertig zorggroepoffertes bleken zeer uiteenlopend qua omvang van de diabeteszorg, overhead en ICT. Daarom heeft de zorgverzekeraar van de door haar uitgezette lijn moeten afwijken door het instellen van één basistarief. De visie van de zorgverzekeraar blijft gericht op de integrale bekostiging en wijkgerichte, multidisciplinaire diabetes-zorg. Geen 'vinkjes-zetten-traject', maar zekere aandacht voor maatwerk, toegespitst op betreffende populatie.

De gehanteerde onderhandelingsmethode had vooral van de kant van de zorgverzekeraar alle kenmerken van positioneel onderhandelen¹. Het benoemen van wederzijdse belangen, zoals gebruikelijk is bij principiële onderhandelen, vond bijna nooit plaats. In plaats van een win-win situatie is er bij de zorggroepen veeleer een gevoel van een win-verlies situatie overgebleven, ondanks het feit dat men tevreden was met het uiteindelijke tarief.

De structuur van de besprekingen was zwak in verband met onduidelijke en wisselende agendering en ontbrekende notulen en actie- en besluitenlijsten. Het geheel van de besprekingen kan worden gekarakteriseerd als weinig professioneel.

Gemeenschappelijke verbeterwensen waren verbeterde communicatie en efficiëntie door beide partijen en de noodzaak tot duidelijker kaders vanuit NMA, NZa en VWS ter vermindering van bureaucratie en borging van marktwerking.

Verbeterwensen van de zorggroepen bestonden uit een consistent onderhandelingsteam bij de zorgverzekeraar, een goede vergaderstructuur, meer aandacht voor couleur locale en het op hoger niveau regelen van een aantal algemene zaken.

8.2 Vergelijking van de 'ervaringen en meningen' met de literatuur uit hoofdstuk 3

In tegenstelling tot de principiële onderhandelingswijze, zoals beschreven in The Harvard Negotiations Rules¹ blijken de zorggroepen positioneel onderhandeld te hebben. Immers, pogingen om vanuit wederzijdse belangen te onderhandelen zijn niet gedaan. Onderhandelingsruimte bleek niet of nauwelijks te bestaan en oplossingen werden door de zorgverzekeraar opgelegd. Uitleg over het door de zorgverzekeraar eenzijdig vastgestelde basistarief is volgens de verzekeraar gegeven en besproken maar niet gehoord door de zorggroepen. De relatie is door ontbrekende transparantie, onvoldoende en inefficiënte agendering en niet nakomen van afspraken geen goed gedaan. Zorggroepen hebben dit soms wel aangegeven maar daar is helaas weinig mee gedaan.

Net als in het onderzoek van Struijs², waarin de pilotzorggroepen van de diabetesketenzorg werden geëvalueerd, bleek de NDF-zorgstandaard anno 2010 nog steeds niet een -voor alle partijen- praktijk-dekkende standaard te zijn, hetgeen de efficiëntie van de onderhandelingen niet ten goede is gekomen. De administratieve en organisatorische factoren alsmede de ICT kregen nu meer aandacht en meer financiering maar werden nog niet bevredigend geregeld.

In het LVG-rapport '*Nulmeting ketenzorg*'³ werd de combinatie van medisch en bedrijfskundig leiderschap in een zorggroepbestuur 'van belang geacht'; managers van zorggroepen konden de noodzakelijke bedrijfskundige kennis en ervaring inbrengen. De zeven zorggroepen uit Midden Nederland maakten wisselend gebruik van de inbreng van de geïntroduceerde adviseur, zowel tijdens de voorbereiding in het Zorggroepplatform als in de onderhandelingsrondes. Vijf zorggroepen hadden eigen managers in dienst die mee-onderhandelden. De zorgverzekeraar gaf aan dat de aanwezigheid van zorggroepmanagers de besprekingen van het contract zelf bespoedigde. Bij drie zorggroepen zaten alleen huisartsen in het vaste onderhandelingssteam. Het is vooralsnog onduidelijk of deze drie zorggroepen de bedrijfseconomische inbreng hebben gemist.

Vier van de in de 'top-vijf' van gerapporteerde knelpunten in '*Meldpunt contractering*'⁴ werden door zorggroep-onderhandelaars genoemd in de interviews: door de verzekeraar eenzijdig opleggen van een format, de eis van verzekeraar tot volledige openheid van de zorggroepbegroting, de verandering van spelregels tijdens het spel en het door de verzekeraar stil leggen van de onderhandelingen om haar eigen beleid te bepalen. Het niet volgen van de verre verzekeraar, knelpunt vijf, is niet ter sprake geweest aangezien in dit rapport alleen de onderhandelingen met de preferente zorgverzekeraar zijn onderzocht.

8.3 Nabeschuiving

Dit rapport beschrijft meningen en ervaringen over het contracteerproces van de diabetesketenzorg in 2009-2010 tussen zeven zorggroepen in Midden Nederland en de preferente zorgverzekeraar alsmede meningen en ervaringen over de daaraan voorafgaande faciliterende besprekingen tussen Kring en zorgverzekeraar.

De onderhandelaars van de Kring zijn geïnterviewd over de faciliterende besprekingen met de verzekeraar. Het lag ook in de bedoeling om de verzekeraar hierover te interviewen. Aangezien de hoofdonderhandelaar, die bij al deze gesprekken aanwezig is geweest, begin 2010 bij de zorgverzekeraar is weggegaan, is hier van afgezien.

Als vertegenwoordiger van de zorgverzekeraar is een -bij een deel van de zorggroeponderhandelingen betrokken- medisch adviseur geïnterviewd. Ervaringen en meningen van de zorgverzekeraar zijn derhalve volledig gebaseerd op de antwoorden die in dit interview werden gegeven.

Het zou in de lijn van dit onderzoek hebben gelegen om de uiteindelijke contracten van de zeven zorggroepen met elkaar te vergelijken op zorginhoud en zorggroepspecifieke factoren (couleur locale). In overleg met de opdrachtgevers is echter besloten dit niet te doen vanwege bestaande NMa-beleidsregels met betrekking tot privacy-gevoelige informatie.

De onderzoekers kunnen geen uitspraak doen over de vraag of deze rapportage te generaliseren valt naar de vele zorggroepregio's elders in Nederland, ook al dient gezegd dat de rapportage van het Meldpunt Contractering wel in die richting wijst.

Bovenstaande beperkingen in het onderzoek maken daarom een voorzichtige benadering van de hieronder beschreven discussie en van de getrokken conclusies noodzakelijk.

Faciliterende besprekingen

Vanuit een gemeenschappelijk doel en hetzelfde belang via moeizame besprekingen naar uiteindelijk twee éézijdig opgestelde modelovereenkomsten. Kortgezegd is dit de samenvatting van de mislukte faciliterende besprekingen tussen de Kring en de zorgverzekeraar. Het voorgestelde rompmodel lag blijkbaar te ver af van de bedrijfseconomisch werkbare zorgmodules waarmee de zorgverzekeraar uiteindelijk de diabeteszorg van de zorggroepen wilde contracteren. De eigen koers van de verzekeraar, los van de onderhandelingsteams, was een belangrijke factor die de besprekingen ondergraven heeft en de sfeer en relatie ongunstig heeft beïnvloed. Het onaangekondigde, door zorgverzekeraar éézijdig gepresenteerde inkoopdocument en de uitgebrachte digitale tool waren in feite al voorbodes van de mededeling in december 2009 dat de zorgverzekeraar geen behoefte meer had aan een modelovereenkomst. Het geeft de indruk dat belangen en visie van beide partijen te ver uit elkaar lagen om een gezamenlijke modelovereenkomst te kunnen opstellen. De door de verzekeraar gewenste wijkgerichte zorg alsmede de modulaire opbouw sloten niet aan op de praktijk waarin de zorgaanbieders elke dag werken.

Het initiatief van de Kring en het Zorggroepplatform om met de zorgverzekeraar te komen tot een modelovereenkomst verdient ondanks de mislukking door miscommunicatie, dubbele agenda's en eigen koers van de zorgverzekeraar een positieve waardering en een goed vervolg. Er blijft via dergelijke besprekingen voor de zorggroepen én voor de zorgverzekeraar veel te behalen voor de onderhandelingen per zorggroep: tijdswinst, efficiëntie, vertrouwen en de focus voornamelijk gericht op de lokale situatie van elke zorggroep en een daarop gefundeerd tarief. Hoé dit vorm moet krijgen is vooralsnog onduidelijk. De Kring pleit voor uitwerking en implementatie van het KIK-model (zie bijlage II). In hoeverre een patiëntenvertegenwoordiging hierbij een rol dient te spelen, moet worden gezien.

De contracteringsonderhandelingen

De overheersende **mening** binnen de zorggroepen over het totale onderhandelingsproces week gedeeltelijk af van die van de zorgverzekeraar. Zorggroepen ervoeren de onderhandelingen als een rituele dans, tijdrovend, inefficiënt en weinig professioneel. Frustrerend zelfs als het gaat over de éézijdige regie die de zorgverzekeraar voerde met offertetool en ingesteld basistarief. Ondanks de intentie van de zorgverzekeraar om maatwerk per zorggroep te willen leveren, voelden de zorggroepen zich niet gehoord in en betaald naar het hoge niveau van de diabeteszorg die zij bieden. Zij noemden de gesprekken tijdrovend omdat veel gesprekken noodzakelijk waren en het grootste deel van het uiteindelijke contract van te voren 'toch al vaststond'. Voor de verzekeraar was het een tijdrovende klus in verband met de twee-en-veertig zorggroepen waarmee ze in haar werkgebied te onderhandelen had. De ervaren inefficiëntie is in ieder geval een gedeelde frustratie.

Het opgerichte zorggroepplatform heeft zowel inhoudelijk als psychologisch een belangrijke rol gespeeld tijdens de voorbereidingen en de contracteringsonderhandelingen zelf. Het heeft de zorggroepen geholpen bij de organisatorische en financiële aspecten (opbouw van kostenposten) van de contractering, alsmede de complexe ICT-problematiek. Onder de oppervlakte ontwikkelde zich bij de huisartsen gaandeweg een soort emancipatie en bewustwording van eigen kwaliteit en kracht. De huisartsen hebben wel onderhandelingscursussen gevolgd maar misten (nog) onderhandelingservaring. Ondanks gevolgde cursussen was mandatering vanuit en terugkoppeling naar de huisartsen die bij de zorggroep zijn aangesloten onvoldoende en onduidelijk. Men zou er beter aan doen om vooraf concrete terugkoppelingsmomenten af te spreken, ook na afloop van de contractbesprekingen. Voor de leden van het zorgverzekeraarsteam was het gegeven mandaat duidelijk, terwijl de zorggroepen zich juist ergerden aan de inefficiëntie en wisselende agendering als gevolg van de vermeende, slechte mandatering van dit team. Men had bovendien bij de zorggroepen hierdoor het gevoel dat bij de zorgverzekeraar 'afpraak niet altijd afspraak was'. Zo een gevoel leidt veelal tot een negatieve onderstroom bij de gesprekken. Zorggroepen gingen de gesprekken soms met wantrouwen, soms met optimisme tegemoet. Een aantal zorggroepen had de overtuiging met de tot dan geleverde en inzichtelijke kwaliteit te kunnen scoren. Immers, er bestond het gevoel dat de verzekeraar wel een zeker oog had voor kwaliteit.

Qua onderhandelings**procedure** zijn er factoren geweest die het proces geen goede dienst hebben bewezen: bijvoorbeeld de onduidelijke en wisselende agendering en niet genotuleerde

afspraken en actiepunten. Dat de door overmacht wisselende samenstelling van het zorgverzekeraarsteam voor irritatie en tijdverlies zorgde zal duidelijk zijn. Steeds had men het gevoel weer opnieuw te moeten beginnen. Ook het vertrek midden in de onderhandelingen van de hoofdonderhandelaar van de verzekeraar deed de toch al wankel vertrouwensrelatie geen goed. Belangen en doelen van beide partners werden vóóraf en op belangrijke knelmomenten niet helder benoemd. Juist een onderhandelingsproces waarbij de ene partij een medisch-inhoudelijke expert en uitvoerder van de zorginhoud is en de andere partij voor twee-en-veertig zorggroepen de bekostigingsexpert is, vereist een transparante uitwisseling van inzichten, motieven en belangen. Vooraf was de insteek van de zorgverzekeraar een open onderhandelings-proces waar alles bespreekbaar zou zijn. Opmerkelijk is dat de zorggroepen juist het tegendeel hebben ervaren zoals een ondoorzichtige, niet consistente zorgverzekeraarvisie, weinig kennis van kwaliteit en het opgelegde, niet onderhandelbare tarief. Ook al lijkt een houding van 'alles is bespreekbaar' positief te zijn, dit type onderhandelingsprocessen is veel meer gebaat bij een vooraf gesteld en duidelijk kader.

De **relatie** werd vooral door de zorggroepen benoemd in gevoelens als: niet gezien in geboden kwaliteit, irritatie over het niet-nakomen van gemaakte afspraken, en 'van aanvankelijk enthousiasme naar wanhoop in het laatste gesprek'. Dit zijn toch alleszins stevige uitspraken. Één van de huisarts-onderhandelaars zei expliciet dat huisartsen eerst vertrouwen moeten krijgen en dán pas inhoudelijk verder kunnen. Zorggroepen gaven aan deze onvrede soms wel ingebracht te hebben maar dat er verder niets mee werd gedaan. De zorgverzekeraar heeft volgens eigen zeggen in het eerste gesprek met elke zorggroep aandacht besteed aan de relatie, een bij onderhandelen gebruikelijk onderdeel van de eerste fase; de resultaatgerichte huisartsen hebben dit echter niet onderkend en beschouwden dit als tijdsverlies en weinig resultaatgericht. Waarom niet op afgesproken momenten de relatie (opnieuw) benoemen en bezien of men nog steeds met elkaar verder kan? Áls men verder wil en kan, is de volgende vraag hoe de eventueel bestaande onvrede verder te voorkomen is. Bewaking van de procesrelatie is een verantwoordelijkheid van beide partners. Huisartsen doen dit in hun dagelijks werk met patiënten, waarom niet in deze onderhandelingen?

Een andere factor lijkt de machtsbalans te zijn geweest. Dat wil zeggen: was de wederzijdse afhankelijkheid gelijk verdeeld? De zorgverzekeraar had tijd, had de vergoedingsgelden, had de vanuit VWS toebedachte rol om zorggroepen te kunnen controleren op kwaliteit. De zorggroepen hadden niet te veel tijd, er moesten nieuwe contracten komen omdat daarmee financiën zeker konden worden gesteld. De zorgverzekeraar gaf in ieder geval de indruk vanuit een zekere macht te willen opereren. Immers, ze eiste min of meer juridische en financiële openheid van zaken van de zorggroepen, bracht steeds onderwerpen in die naar het oordeel van de zorggroepen niets met contractering van diabetesketenzorg te maken hadden, legde de digitale tool (aanvankelijk) op en stelde later eenzijdig één basistarief voor alle zorggroepen vast. De zorggroepen gingen hier nadrukkelijk tegenin, maar vertoonden tegelijkertijd de neiging om de regie naar de verzekeraar toe te schuiven, dit zelfs bijna van haar te verwachten. Ook de 'werk-attitude' van huisartsen, om in de spreekkamer te zorgen voor een goede sfeer en te streven naar het compromis met een patiënt zal hier een rol hebben gespeeld. In het eerder genoemde boek 'Excellent onderhandelen' is beschreven dat juist in een ongelijke machtsbalans het essentieel is om de eigen belangen te bewaken en altijd een wegloopscenario achter de hand te hebben. En over een wegloopscenario hadden de meeste zorggroepen niet nagedacht.

Opvallend is dat de hierboven beschreven knelpunten in aanzienlijke mate overeenkomen met wat het 'Meldpunt Contractering' beschrijft: met name het éénzijdig opleggen van regels en tarieven en de verandering van spelregels tijdens de besprekingen door de zorgverzekeraar. De **Inhoud** van de onderhandelingen liet bij geen enkele zorggroep een duidelijke structuur zien. De vier basiscomponenten van het ketencontract (zorginhoud, administratieve & organisatorische zaken, kwaliteitsindicatoren en lokale invulling) werden niet gestructureerd doorgenomen. De zorginhoud was weinig aan de orde, ook al omdat men uitging van de diabetes zorgstandaard, wel kwamen de overige drie factoren aan bod.

In het contract van de zorgverzekeraar staan procesindicatoren ('percentages uitgevoerd') en CQ-indexuitkomsten vermeld als op te geven kwaliteitsbewijzen. De kwaliteitsindicatoren zijn in deze onderhandelingen vaak aan de orde geweest. Zolang er op 'hoger niveau' nog geen consensus is over (met name) betrouwbaarheid en validiteit van uitkomstindicatoren is het

misschien aanlokkelijk om daar over te discussiëren met de zorgverzekeraar, maar toch zonde van de tijd om daar teveel aandacht aan te besteden? Als voor zo'n bespreking al tijd wordt vrijgemaakt dient het doel daarvan duidelijk te zijn, opiniërend of besluitvormend, en expliciet te worden benoemd.

In dit verband benoemde het Cliëntenbelang CBU overigens een angst van patiënten ten aanzien van de diabetesketenzorg: dat een patiënt te laat verwezen wordt naar de tweede lijn. Via de CQ-index zou inzicht over de omvang van deze bezorgdheid gevonden kunnen worden, maar in de indicatorenset van de NDF-standaard is niets te vinden over verwijzingscriteria naar de internist. ICT-zaken passeerden eveneens vaak de agenda: welk systeem gebruikt cq vergoed wordt, aanleveren van zorggroep-gegevens wel of niet via betrouwbare tussenpersoon, het belang van de verzekeraar om data op patiëntniveau aangeleverd te krijgen en de al of niet terechte weigering van de zorggroepen hieraan te voldoen.

Een ander probleem op-de-valreep was het uiteindelijke contract, wat niet zorgvuldig genoeg werd opgesteld en aangeleverd en voor nogal wat irritatie en extra overleg aanleiding gaf. Bovendien ontstond hierdoor vertraging in de uitbetaling die ertoe leidde dat de druk soms zo hoog werd dat de zorggroep het contract 'dan maar' ondertekende. Kunnen de hoofdlijnen van zo'n contract niet (óók) op regionaal niveau besproken en geaccordeerd worden met terugkoppeling naar zorggroepplatform en zorgverzekeraar?

Over het uiteindelijke ketenzorgtarief waren beide partijen in grote lijnen tevreden. De Nulmeting Ketenzorg beschrijft ook deze tarief-tevredenheid in tegenstelling tot de onvrede over het contracteerprocés. Qua bedrag gingen alle zorggroepen er op vooruit ten opzichte van eerdere diabetes-contracten, ondanks het feit dat bij de zorggroepen een aantal zaken al of niet kostendekkend vergoed werden zoals zorggroepprojectkosten, kosten van deskundigheidsbevordering, andere ICT-systemen dan KIS, extra modules en regionale zaken als insuliner therapie. Opmerkelijk is dat de zorgverzekeraar belang hechtte aan maatwerk ten opzichte van zorggroepen. In deze onderhandelingen is dat helaas niet zo beleefd door de zorgaanbieders, die niet het gevoel hadden vergoed te worden voor juist zorggroepspecifieke kenmerken. Jammer en demotiverend voor zorgaanbieders dat juist de 'couleur locale', waarmee zorggroepen zich in deze door VWS gewenste zorgmarkt kunnen onderscheiden van andere 'concurrenten', maar mondjesmaat werd gezien en navenant beloofd door de zorgverzekeraar. Door niet te doen wat wordt beleden heeft de zorgverzekeraar een kans gemist voor toekomstige onderhandelingen ('practice what you preach').

Over de voordelen van de ketenzorg voor de diabetespatiënt waren de drie betrokken 'partijen' (Kring, zorggroepen en de zorgverzekeraar) het opvallend eens. Zorg van hoog niveau, transparante, afgestemde zorg die getoetst wordt aan criteria: het zijn kwaliteiten die tegenwoordig op alle zorggebieden ingang vinden maar juist extra in deze ketenzorg tot uiting kunnen komen. De keuzevrijheid van patiënten tenslotte, die in de pilot-evaluatie van Struijs nog als niet optimaal werd benoemd als gevolg van het werven door zorggroepen van voorkeursleveranciers, leek volgens de zorgaanbieders én Cliëntenbelang Utrecht geen gevaar te lopen; deze vermoedens werden echter niet duidelijk onderbouwd. Mogelijk zouden patiënten door middel van de CQ-index-lijsten hier enige duidelijkheid in kunnen scheppen.

Externe factoren

De zorgverzekeraar hanteerde de NZa- en NMa beleidsregels en de NDF-zorgstandaard als uitgangspunten. Desondanks vonden zowel zorgverzekeraar als zorggroepen dat de beleidsregels nog te weinig kaders boden. Tijdens de onderhandelingen in het najaar 2009 werd door de verzekeraar gewacht en later vooruitgelopen op de definitieve beleidsregel. Met als gevolg vertraging in het proces, nieuwe kaders, onverwachte aanpassingen en inefficiëntie. Natuurlijk moesten de onderhandelingen in het najaar beginnen in verband met aflopende contracten. Maar met betrekking tot de (nieuwe) beleidsregels had goed moeten worden gecommuniceerd hoe daar gaande de gesprekken mee om te gaan.

Overigens heeft de NMA inmiddels (augustus 2010) het document 'Richtsnoeren zorggroepen' uitgebracht waarin wordt beschreven wat wel en niet is toegestaan in de samenwerking tussen zorggroepen en de zorgaanbieders (op basis van de Mededingingswet en de Wet marktordening gezondheidszorg) ⁵.

8.4 Aanbevelingen

De aanbevelingen die in dit laatste deel worden gedaan zijn gebaseerd op de ervaringen en de meningen van de onderzoekers van het Julius Centrum. Alleen zij zijn hiervoor verantwoordelijk. De onderzoekers doen deze aanbevelingen vanuit het onderzoeksperspectief zonder te weten in hoeverre deze door de betrokken onderhandelingspartijen worden onderschreven.

Diabetes-Ketenzorg wordt op inhoudelijk/kwalitatief niveau door zorgverzekeraar en zorgaanbieders gedragen. Deze zorg wordt meer gestructureerd, afgestemd en uitgevoerd op basis van de landelijke standaard. De patiënt kan er de vruchten van plukken hoewel er organisatorisch nog knelpunten liggen: de toegankelijkheid en de keuzevrijheid van de patiënt. Het lijkt nuttig om het geïnterviewde CBU bij toekomstige contracteringsonderhandelingen te consulteren om het patiëntperspectief te borgen. De eigen huisarts moet als vast aanspreekpunt wel spel blijven van eerstelijnszorg!

Gezien dit draagvlak en de toegenomen zorgkwaliteit is het wenselijk om door te gaan met onderhandelingen over integrale, markgerichte ketenzorg.

Om het contracteerproces in de toekomst met behoud van onderlinge goede relaties effectief, efficiënt en professioneel te laten verlopen worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Gerezen problemen niet oplossen vanuit een opgelegd beleid met regels: professionele hulpverleners worden niet verteld hoe hun werk dient te worden gedaan
- Wederzijdse belangenkaart alsmede de doelen van het contracteerproces vooraf benoemen én bij knelpunten opnieuw benoemen en gebruiken
- De onderhandelingen dienen professioneler en met meer structuur te worden gevoerd: procesafspraken, agenda, notulen, actielijst met eigenaarschap en tijdsplan en hanteren van een besluitenlijst
- Het mandaat waarmee het onderhandelingsteam het contracteerproces ingaat alsmede het wegloupscenario wordt in de zorggroepen duidelijk besproken
- Terugkoppeling van de resultaten van het contracteerproces professioneel vormgeven
- Op Kringniveau afspraken maken over de onderdelen van de contracten. Dat deel van het ketencontract dat voor alle zorggroepen geldt door de Kring laten onderhandelen. De zorggroepen alleen laten onderhandelen over de module voor de couleur locale en het integrale tarief
- Vooralsnog de landelijk vastgestelde procesindicatoren handhaven als kwaliteitsbewaking. Wetenschappelijke onderbouwing van de uitkomstindicatoren dient afgerond te zijn alvorens ze gebruikt kunnen worden
- Noodzakelijk is dat de NDF-zorgstandaard de volledigheid en helderheid gaat bieden, die de zorggroepen en zorgverzekeraars nodig hebben bij de onderhandelingen
- VWS, NZa en Nma dienen duidelijke kaders voor het contracteerproces tussen zorggroepen en zorgverzekeraar te scheppen om herhaling van inefficiënte en onbevredigende onderhandelingen te voorkomen.

Noten

- 1) Fisher R, Patton B, Ury W. Excellent onderhandelen (the Harvard Negotiation Project), 2006
- 2) Struijs JN, Til JT van, Baarn CA. Experimenteren met de keten-dbc diabetes. Bilthoven: RIVM, 2009

- 3) Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), Nulmeting Zorggroepen, 28 oktober 2008
- 4) Uit: 'De Eerstelijns', jaargang 2010, nr.1, blz.44
- 5) NMa Richtsnoeren zorggroepen, www.nmanet.nl

Bijlagen

Bijlage I

Interviewvragenlijst Onderhandelingen Diabetesketenzorg

Zorggroep:

Datum:

Interviewers:

Begin interview

- a) Wie is wie
- b) Wat was uw rol in het contracteerproces?
- c) Welke ervaringen hebt u met onderhandelen?
- d) Welk gevoel had u na de onderhandelingen (moe, boos, wat een gezeur...)?

A. Voorbereiding onderhandelen/ contracteerproces

1. Hoe is het voorbereidingsproces met de Kring verlopen? Welke afspraken waren er vooraf gesteld? Wat ging goed, wat kon beter.
2. Hoe is het voorbereidingsproces in de zorggroep geweest?
3. Welke scholing in onderhandelen hadden de onderhandelaars?
4. Welke spelregels zijn er tevoren afgesproken? Bijvoorbeeld ook over terugkoppeling achterban en Kring.
5. Was er een rolverdeling in het onderhandelsteam? Is er een zorgadviseur ingeschakeld in het proces?
6. Met welk mandaat gingen de onderhandelaars op weg? Was duidelijk namens wie men onderhandelde?
7. Met welke verwachtingen is men op pad gegaan? Welke resultaten wilde men bereiken? Wat was het wegloopsценario?
8. Was er een idee over de inzet van de zorgverzekeraar?
9. Zijn de belangen tevoren in kaart gebracht?
10. Welke afstemming is er tijdens het contracteerproces geweest tussen de zorggroepen?

B. Verloop contracteerproces

11. Hoe zag het contracteerproces er precies uit? Heeft men zich aan die afspraken gehouden. Zo nee, waarom niet? Was er sprake van positioneel of van principieel onderhandelen (gericht op belangen)?
12. Wat was de kwantitatieve inzet bij de zorggroepen? Aantal betrokkenen, uren contracteerproces, uren met klankbordgroep, met bestuur, met onderaannemers, met

- ICT? Hoeveel rondes heeft het onderhandelingsproces geduurd? Elke ronde dezelfde onderhandelaars?
13. Welke ervaringen heeft de zorggroep opgedaan in het contracteerproces. Waren er verschillen tussen grote en kleine zorggroepen?
 14. Wat waren de aspecten waar men het over eens moest worden (zorginhoudelijk, administratie, kwaliteitsindicatoren, lokale afspraken). Waar is het langst over gesproken?
 15. Werd er informatie asymmetrie met de zorgverzekeraars gevoeld? Ten aanzien van welke onderwerpen/aspecten? Werden er oplossingen 'opgelegd'?
 16. Hoe (veel)eisend was de zorgverzekeraar en op welke aspecten? Bijvoorbeeld: keuze onderaannemers, aanpassing contracten met onderaannemers, BTW discussie, aansprakelijkheid zorggroepen, ICT ontwikkeling.
 17. Wat leverde de meeste problemen bij het contracteren op? Anders gezegd: wat waren de knelpunten, en wat ging soepel? Hierbij denken aan inhoud, procedure en relatie, soort sterkte/zwakte/kansen/bedreigingen-analyse doen.
 18. In hoeverre heeft het feit dat er alleen onderhandeld werd over de zorg binnen de Zorgverzekeringswet invloed op het uiteindelijke resultaat gehad?
 19. Hoe en hoe vaak werden de achterbannen (zorggroepen én zorgverzekeraar) tijdens het contracteerproces betrokken? Welke rol speelde dit bij de voortgang van de onderhandelingen?
 20. Wat moet beter de volgende keer? Wat leverde de grootste frustratie op?
 21. Hoe zou het contracteerproces efficiënter en effectiever ingericht kunnen worden?
 22. Welke wensen en verbeteringen hebben de zorgaanbieders (en zorgverzekeraar)?
 23. Welke voordelen (toegang, keuzevrijheid, kwaliteit) heeft de cliënt van het contracteren tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraar?

C. Na de contractering

24. Wat vond u achteraf sterk en wat zwak in het contracteerproces?
25. Hoe is de terugkoppeling naar het bestuur van de zorggroep verlopen?
26. Hoe is de terugkoppeling naar de partners (onderaannemers) in de ketenzorg verlopen?
27. Hoe weet u dat de afspraken die zijn gemaakt ten aanzien van de ketenzorg in de eerste lijn worden uitgevoerd? Met andere woorden: welke borging bestaat er bij de andere zorgverleners dan de huisartsen?
28. Wat is de visie op de toekomst van het contracteren van de ketenzorg door de zorggroepen?

Afsluiting

29. Zijn er zaken die niet aan de orde zijn geweest?

Bijlage II

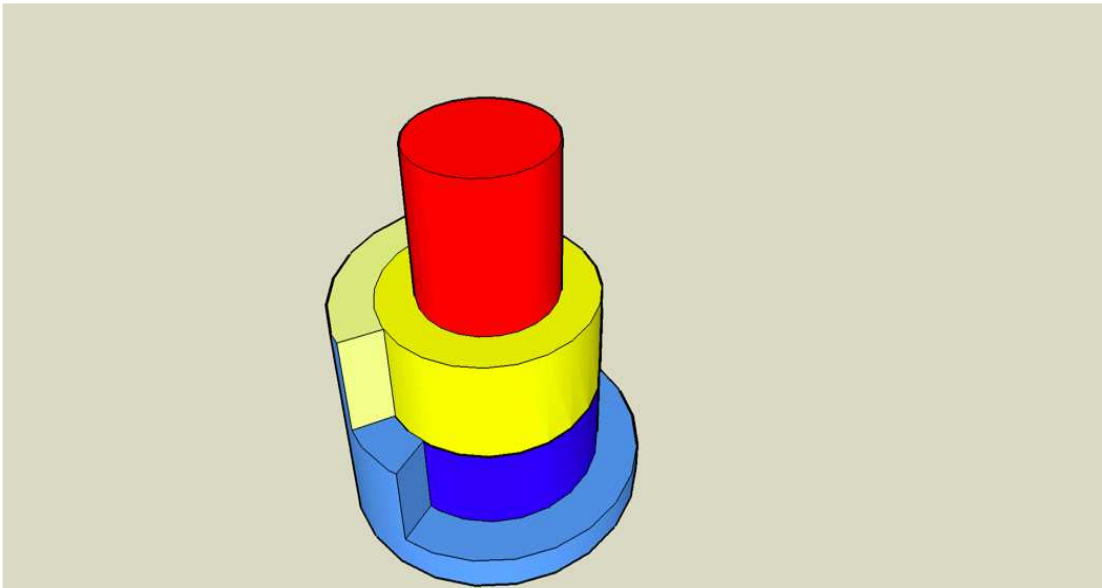
Het Ketenzorg Initiatief Kring (“KIK”)

1. Doel van het model

Binnen de landelijk gestelde kaders van marktwerking en de (regionale) wensen tot samenwerking is er voor de contractbesprekingen tussen zorggroep en zorgverzekeraar een verbeteringslag te maken. Met het KIK-model kunnen de onderhandelingspartijen overlap en inefficiëntie in hun onderhandelingen tot een minimum beperken en tegelijkertijd lokale/regionale differentiatie –dus maatwerk- mogelijk en werkbaar maken. Het KIK-model is te beschouwen als een contractmodel.

2. Opbouw van het model

Het model bestaat uit drie delen, die op elkaar gestapeld kunnen worden. De delen zijn vergelijkbaar met het zgn stapelringen speelgoed.



Ketenzorgmodel KMN

De kern van het model (rood) wordt gevormd door logistiek-administratieve afspraken die in alle zorgketens van toepassing zijn. De kern is de ruggengraat van het model en vergelijkbaar met een centrale houten pin waarover de zorgketens als gekleurde ringen (blauw voor bv diabetes en geel voor bv COPD) gestapeld worden.

Elke ring bestaat uit twee componenten:

1. De *binnenschil* (donker blauw, donker geel) vertegenwoordigt het medisch inhoudelijke deel van het contract en is een praktische vertaling van de zorgstandaard voor een keten.
2. De *buitenschil* van deze ringen (lichtblauw en licht geel) beschrijft de specifiek lokale/regionale afspraken van de betreffende keten.

Als een zorggroep drie zorgketens wil contracteren wordt er naast de blauwe (diabetes) en de gele ring (COPD) een groene (bv hartfalen) ring toegevoegd. Nieuwe ketens kunnen nadat de zorgstandaard gereed is als het ware verder gestapeld worden.

Toelichting inhoud kern en ringen KIK-model

Een ketencontract bestaat dus uit drie elementen: Kern (rood) en een binnenschil (donkere kleur) en buitenschil (lichte kleur) voor een keten.

De kern en de binnenschil kunnen en moeten centraal worden vastgelegd. Over de buitenschil maken zorggroep en zorgverzekeraar afspraken.

De *kern* wordt gevuld met paragrafen over definities, verplichtingen van de zorggroep en de zorgverzekeraar, administratieve en declaratiebepalingen, duur overeenkomst, geschillen, ed. De in het contract op te nemen omschrijving van de *binnenschil* bevat per keten de zorgstandaard en de door Zizo vastgestelde indicatoren.

Het derde deel (de *buitenschil*) beschrijft de lokale/regionale afspraken. In dit deel kunnen zorggroepen en zorgverzekeraars 'de marktwerking inzetten'. Medische argumenten, populatiekenmerken, service, kwaliteits- en ICT-initiatieven, financiële en andere argumenten die niet in de zorgstandaard zijn beschreven, kunnen leiden tot specifieke lokale/regionale afspraken.

Tenslotte

Het geschetste contractmodel is niet afdwingbaar, maar wel realiseerbaar met behoud en respect voor wederzijdse autonomie van de contractpartijen. Door toepassing van het KIK-model ontstaat:

- een contract waarin zorggroepen en zorgverzekeraars voor de kern en de binnenschil één taal spreken;
- patiënten de volgens de zorgstandaard noodzakelijke en wenselijke zorg ontvangen;
- zorggroepen en zorgverzekeraars sneller zorg kunnen contracteren, inclusief lokaal maatwerk;
- beduidend minder bureaucratie voor zorggroepen en zorgverzekeraars, zowel bij de voorbereiding als bij de uitvoering van het contract.

Juli 2010