

Ervaringen met het dialoogmodel in de contractering langdurige zorg 2016

Partijen in Wlz ervaren introductie dialoogmodel als eerste stap naar contractering op basis van inhoud en gelijkwaardige relatie

Spacelab 4
3824 MR Amersfoort

POSTADRES
Postbus 490
3800 AL Amersfoort

TELEFOON
033 - 496 52 00

WEBSITE
www.bmcadvies.nl

Rapport
Zorgverzekeraars Nederland

BMC Advies
16 december 2015
L. Brouwer, Msc
drs. G. Cazemier
T.M.Y. Lie, Msc
mr. H.J. Oosterkamp
K. Pons, Msc
Projectnummer: 481250
Correspondentienummer: AD-1012-77506

INSCHRIJVING KVK
nr. 32078667

ABN-AMRO
NL91ABNA0504035754

BTW
NL 80 86 63 598 B 01

INHOUD

SAMENVATTING	1
INLEIDING	4
HOOFDSTUK 1 DE CONTEXT VAN DE EVALUATIE VAN HET DIALOOGMODEL	5
1.1 Introductie van het dialoogmodel	5
1.2 Het dialoogmodel kent vier fasen	5
HOOFDSTUK 2 AANPAK EVALUATIE GERICHT OP OPHALEN ERVARINGEN	7
HOOFDSTUK 3 ERVARINGEN MET DIALOOGMODEL NAAR INHOUD, PROCES EN RELATIE	8
3.1 Dialoog voornamelijk over vergroten cliëntgerichtheid en kwaliteit van leven	8
3.2 Kwaliteit van de zelfanalyse en ontwikkelplannen voldeed niet altijd aan eisen zorgkantoren	9
3.3 Opstellen van zelfanalyse en ontwikkelplannen nuttig	10
3.4 Wijze van beoordelen van zelfanalyse en ontwikkelplannen liep uiteen	11
3.5 Betrokkenen ervaren de dialoog als prettig, tot het moment van vertaling in afspraken	12
3.6 Betrokkenheid van cliënten(raden) beperkt onder druk van tijd en procedure	12
3.7 Betrekken van cliënten(raden) nog geen gemeengoed en uiteenlopend uitgevoerd	13
3.8 De uitkomst van de dialoog leidt niet tot differentiatie in de contracten	13
3.9 Dialoogmodel kan bestaande relaties inhoudelijk versterken, bijdragen aan vertrouwen	14
3.10 Er is nog veel dialoog nodig voor meer zichtbaarheid van het zorgkantoor	15
3.11 Partijen moeten écht wennen aan het dialoogmodel	15
HOOFDSTUK 4 AANGRIJPINGSPUNTEN VOOR DE DOORONTWIKKELING VAN HET DIALOOGMODEL	16
4.1 Werk maken van cliëntbetrokkenheid in dialoog en contractering	16
4.2 Versterken gelijkwaardigheid in de dialoog	17
4.3 Evenwicht zoeken tussen landelijk en regionaal beleid	18
4.4 Tweerichtingsverkeer informatievoorziening en gedurende het hele jaar	19
4.5 Vaststellen van het succes van het dialoogmodel nog niet mogelijk	19

Samenvatting

De zorgkantoren hebben voor de contractering van zorg in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz) voor het jaar 2016 het dialoogmodel ingebracht. Dit houdt in dat er op basis van een dialoog tussen zorgaanbieder, zorgkantoor en met de cliëntenraden gewerkt wordt aan een zelfanalyse en (een aantal) verbeterplannen. De dialoog is gericht op verbeteringen in de zorg voor cliënten en het bieden van ruimte voor regionaal maatwerk. Daarnaast is een van de doelen in het inkoopkader het streven naar meer cliëntgerichtheid.

Nu, aan het einde van het contracteringsproces voor 2016, heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) BMC gevraagd een kwalitatieve evaluatie uit te voeren van het dialoogmodel.

De aanpak bestond uit het doelgericht ophalen van ervaringen met het dialoogmodel bij zorgkantoren, zorgaanbieders en cliëntenraden.

Kwaliteit van de zelfanalyse en ontwikkelplannen voldeed niet altijd aan eisen zorgkantoren

Partijen geven aan dat de voorbereidingen veel tijd hebben gekost en dat er veel overleg heeft plaatsgevonden. Plannen voldeden vaak niet aan de eisen van de zorgkantoren. Ook het SMART maken van de plannen bleek soms een obstakel. Zorgaanbieders vinden dat plannen SMART moeten zijn, maar geven aan dat het soms ook overgewaardeerd wordt. SMART leidt volgens sommigen tot versimpeling van de werkelijkheid. 'Niet alles wat voor klanten beter is, is objectief en eenvoudig meetbaar.'

Het was soms onduidelijk wat zorgkantoren verwachtten van de zelfanalyse en de ontwikkelplannen. Er was een format beschikbaar, maar daarmee konden niet alle zorgaanbieders uit de voeten. Het format was geen verplichting, maar is vaak wel zo geïnterpreteerd.

Het merendeel van de kleinere zorgaanbieders heeft geen plannen ingediend, omdat zij onvoldoende capaciteit beschikbaar hebben om de plannen te maken en uit te voeren. Het financiële voordeel weegt voor hen vaak niet op tegen de investering om de plannen te maken.

Opstellen van zelfanalyse en ontwikkelplannen nuttig

Aanbieders geven aan dat de zelfanalyse een goed reflectiemoment is en aanleiding om het gesprek intern en met het zorgkantoor en de cliëntenraad aan te gaan. In sommige gevallen gaf de zelfanalyse aanleiding tot nieuwe inhoudelijke discussies binnen de zorginstelling.

Veel zorgaanbieders en zorgkantoren spreken doorgaans met elkaar over kwaliteit en verbetering. Hierbij aansluiten komt op sommige zorgaanbieders logischer over dan nu het dialoogmodel als een bijzondere vernieuwing te presenteren.

Landelijk versus regionaal leidt tot verwarring

De zorgkantoren hebben een gezamenlijk inkoopkader, maar het valt zorgaanbieders op dat de toepassing hiervan minder gezamenlijkheid vertoont.

Soms is er spanning tussen het landelijke inkoopkader en de regionale diversiteit in de toepassing. Bij zorgaanbieders die met meerdere zorgkantoren te maken hebben, zorgt dat wel eens voor verwarring of onduidelijkheden.

Betrokkenen ervaren de dialoog als prettig, tot het moment van vertaling in afspraken

Vooraf zorgaanbieders ervaren een kentering in de dialoog als het aankomt op de 'harde' afspraken (resultaten). Enkele zorgaanbieders ervaren dat er grote nadruk wordt gelegd op SMART afspraken en dat de wijze van afrekening centraal staat in het gesprek. Voor zorgaanbieders lijkt het alsof dit belangrijker wordt geacht dan de beweging/verandering die in gang is gezet.

Betrokkenheid van cliënten(raden) beperkt onder druk van tijd en procedure

Er was te weinig tijd om de cliënten(raden) goed te betrekken, doordat het inkoopkader eind juni gereed was en de zelfanalyse en ontwikkelplannen medio augustus ingediend moesten zijn. De bereidheid om cliënten een duidelijkere rol te geven is groot bij zorgkantoren en zorgaanbieders. Alle respondenten geven aan dat het betrekken van de cliënt (en cliëntenraden) bij de zorginkoop volgend jaar extra aandacht en ruimte verdient. Maar het goed betrekken van cliënten en cliëntenraden vraagt tijd en voorbereiding. Ook de informatievoorziening richting cliëntenraden kan volgend jaar worden verbeterd.

Betrekken van cliënten(raden) nog geen gemeengoed en uiteenlopend uitgevoerd

De meningen zijn verdeeld als het gaat om de betrokkenheid van cliëntenraden en cliënten. Cliëntenraden voelen zich erkend doordat zij betrokken zijn bij het maken van afspraken over de ontwikkelplannen. Toch blijkt er gedurende de dialoog ook een zekere mate van druk te worden ervaren door cliënten(raden) vanwege de gevolgen die hun inbreng heeft op de uitkomst van de contractering.

Sommige respondenten vrezen ook een professionalisering bij cliëntenraden als ze aanwezig moeten zijn in contracteringsgesprekken; er gaat veel financieel-technische tekst over tafel.

In aanvulling op de betrokkenheid van cliëntenraden bij de contractering, voeren meerdere zorgkantoren door het jaar heen (huiskamer-)gesprekken met cliënten, soms in combinatie met locatiebezoeken. Dit wordt door diverse respondenten gezien als een waardevolle aanvulling.

De uitkomst van de dialoog leidt niet tot differentiatie in de contracten

Zorgaanbieders geven aan dat er weinig ruimte is voor differentiatie in de uitkomsten van het dialoogmodel. De opslag is een verminderde korting op het NZa-tarief. Dat wordt gezien als 'een sigaar uit eigen doos' en niet als beloning voor zorgaanbieders die goed werk leveren of hard werken aan verbetering van de zorg.

Dialoogmodel kan bestaande relaties inhoudelijk versterken: bijdragen aan vertrouwen

De inhoudelijke gesprekken hebben tot verdieping en versteviging van de relaties geleid.

Veel respondenten verwachten dat de introductie van het dialoogmodel het onderlinge vertrouwen kan vergroten. Zorgaanbieders ervaren een verandering van een technisch en financieel ingestoken gesprek naar een inhoudelijk gesprek.

Sommige zorgaanbieders vonden wel dat zij werden afgerekend op een verbeterpunt dat zij zelf op tafel hadden gelegd. Kwetsbaarheid tonen loont dan niet.

Partijen moeten écht wennen aan het dialoogmodel

Contracteren en dialoog zijn een moeilijke combinatie. In contractonderhandelingen, gedragen partijen zich strategisch ten opzichte van elkaar. De dialoog vereist een open

houding naar de andere partij in een gelijkwaardige relatie. Dat met elkaar laten rijmen kost nog tijd en ervaring.

Aangrijpingspunten voor doorontwikkeling van het dialoogmodel

Voor waardevolle inbreng van de cliënten is een andere balans nodig tussen de leefwereld van cliënten en de systeemwereld van de contractering. De inbreng van cliënten in de dialoog en de contractering is aan beide zijden van de tafel noodzakelijk: bij de zorgkantoren en bij de zorgaanbieders.

Het organiseren van de inbreng van cliënten bij de zelfanalyse en de ontwikkelplannen vraagt tijd. Geef partijen die tijd om cliënten zorgvuldig bij dit proces te betrekken, zodat zij een goede bijdrage kunnen leveren.

De opgedane ervaringen geven aanleiding om het cliëntperspectief aan de voorkant van het contracteringsproces nog sterker in te brengen. Dat kan door de kennis over de cliënt(wensen), die via wachtlijstbeheer en zorggebruik bij klantmanagers en cliëntondersteuners binnen zorgkantoren aanwezig is, te benutten. In combinatie met de inbreng van cliënten bij de voorbereiding van het beleid, draagt dat bij aan de legitimatie van de speerpunten in het inkoopbeleid en het dialoogmodel.

Ook zorgaanbieders kunnen bijdragen aan de gelijkwaardigheid in de dialoog. Doorbreek de neiging om steeds op elkaar te wachten: de zorgkantoren wachten op de NZa, de zorgaanbieders op de zorgkantoren. Je zou kunnen zeggen: 'Hanteer de stijl van zelf organiseren bij het contracteren. Neem zelf initiatief.'

Het is belangrijk dat zorgkantoren landelijk duidelijke afspraken maken over de regionale ruimte (ten behoeve van maatwerkafspraken) en dat de afspraken die landelijk gelden voor alle zorgkantoren uniform worden toegepast.

Tot slot

De dialoog is nog maar net begonnen. De meeste respondenten zijn positief over het dialoogmodel en benadrukken de noodzaak om voort te bouwen op deze eerste stappen. Voor een volledige evaluatie van het dialoogmodel dienen ook de resultaten van de gemaakte afspraken voor 2016 in beschouwing genomen te worden. Gedurende het jaar 2016 zal er meer zicht ontstaan op de werking van het dialoogmodel.

Inleiding

De zorgkantoren hebben in de procedure voor de contractering van zorg in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz) voor het jaar 2016 een nieuw element ingebracht: het dialoogmodel. Dit houdt in dat er op basis van een dialoog tussen zorgaanbieder, zorgkantoor en met de cliëntenraden gewerkt wordt aan een zelfanalyse en (een aantal) verbeterplannen. De dialoog is gericht op verbeteringen in de zorg voor cliënten en het bieden van ruimte voor regionaal maatwerk. Daarnaast is een van de doelen in het inkoopkader het streven naar meer cliëntgerichtheid.

Door de dialoog met zorgaanbieders en cliëntenraden aan te gaan verwachten de zorgkantoren bij hun zorginkoop beter aan te sluiten bij de ontwikkelingen in de zorg en de behoeften van cliënten.

Nu, aan het einde van het contracteringsproces voor 2016, heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) BMC gevraagd een kwalitatieve evaluatie uit te voeren van het dialoogmodel zoals dat voor 2016 aan het contracteringsproces is toegevoegd. Deze evaluatie is uitgevoerd in november 2015. Het gaat hierbij om een evaluatie van het dialoogmodel en niet om het gehele contracteringsproces. Daarbij moet worden opgemerkt dat het beschikbare tijdsbestek een volledige evaluatie van het gebruik van het dialoogmodel niet toestond. Dit rapport betreft een evaluatie op basis van ervaringen van een aantal stakeholders in combinatie met een analyse van enkele basisgetallen.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt stilgestaan bij de context waarin het dialoogmodel is geëvalueerd. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 kort de aanpak beschreven. In hoofdstuk 3 worden de ervaringen van zorgkantoren, zorgaanbieders en cliëntenraden met het dialoogmodel beschreven. Deze ervaringen worden gezien vanuit inhoud, proces en relatie. In hoofdstuk 4 worden aangrijpingspunten voor de doorontwikkeling van het dialoogmodel gepresenteerd.

Hoofdstuk 1

De context van de evaluatie van het dialoogmodel

1.1 Introductie van het dialoogmodel

In toenemende mate ontstaat in de langdurige zorg oog voor een nieuwe balans tussen de leefwereld van cliënten en de systeemwereld van bekostiging en verantwoording. Dit vraagt om meer inhoudelijke dialoog tussen cliënten, zorgaanbieders en het inkoopende zorgkantoor. Dit geeft zorgaanbieders de kans om hun onderscheidend vermogen tijdens de inkoop ter sprake te laten komen. Tevens is er behoefte aan meer inhoudelijk partnerschap, zowel bij de zorgaanbieders als bij de zorgkantoren.

In het Inkoopkader 2016 geven de zorgkantoren aan hoe de inkoop er in 2015 uit gaat zien. Een belangrijk en nieuw onderdeel daarvan is het dialoogmodel, dat een concrete invulling is van de bovenstaand beschreven behoefte. Een prominente plek tijdens de inkoop van zorg krijgt de dialoog met zorgaanbieders en het bieden van ruimte voor regionaal maatwerk. Het zorgkantoor gaat meer dan voorheen het inhoudelijke gesprek aan met de zorgaanbieder om de zorg aan cliënten te verbeteren. Hiermee geven de zorgkantoren ook gehoor aan de wens van de zorgaanbieders, brancheorganisaties en de staatssecretaris om de inkoop meer in dialoog te laten plaatsvinden. Aan de basis van het dialoogmodel staat de overtuiging dat de dialoog over kwaliteitsverbetering voor cliënten een beroep doet op de motivatie van de zorgaanbieder om zich te verbeteren.

Het dialoogmodel vraagt om een verandering van de manier hoe de inkoop van zorg in de Wlz georganiseerd wordt. Deze veranderingen in de inkoop gaan niet vanzelf. Dit is een wezenlijke verandering voor zorgkantoren en zorgaanbieders, waarbij partijen elkaar ook de tijd moeten gunnen om hier ervaring mee op te doen en tot de gewenste resultaten te komen. Het komen tot een dialoog waarbij alle partijen werken aan betere zorg is een groeiproces, waarbij zorgaanbieders en zorgkantoren verschillende startposities hebben.

Cliëntenraden, zorgaanbieders en zorgkantoren gaan de komende jaren gezamenlijk ervaren wat er in een dialoog haalbaar en wenselijk is en op welke wijze de dialoog optimaal ten goede komt aan kwaliteitsverbetering van zorg voor cliënten. De gezamenlijk uitgesproken wens om te komen tot een inkoopproces dat uitgaat van meer transparantie, gelijkwaardigheid en vertrouwen biedt hiervoor een goede basis. Deze evaluatie haalt ervaringen op bij cliëntenraden, zorgaanbieders en zorgkantoren om zo bij te dragen aan dit groeiproces.

1.2 Het dialoogmodel kent vier fasen

In het Inkoopkader 2016 is het dialoogmodel en het betreffende proces toegelicht. Bij de dialoog zijn cliëntenraden, zorgaanbieders en zorgkantoren betrokken. Het proces rond de dialoog kent globaal vier fasen:

- de voorbereiding door partijen;
- het opstellen van de zelfanalyse en ontwikkelplannen;
- de dialoog;
- de uitkomst.

- **Voorbereiding:** Het inkoopkader (en het dialoogmodel) is in juni 2015 landelijk bekend gemaakt. Een aantal zorgkantoren heeft op basis van het landelijke kader een regionaal inkoopbeleid geformuleerd. Daarnaast formuleren de zorgkantoren ook regionale toetsingscriteria voor de ontwikkelplannen. Het is de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor om het (regionale) beleid en de toetsingscriteria onder de aandacht van de zorgaanbieders te brengen. De vorm is vrij, maar de publicatie dient uiterlijk op 1 juni gecommuniceerd te zijn.
- **De zelfanalyse en ontwikkelplannen:** De zelfanalyse dient 31 juli door de zorgaanbieder opgeleverd te zijn langs een vaste indeling en er is landelijk een Excel-format verspreid voor de zorgaanbieders waarin zij deze kunnen invoeren. Op basis van de zelfanalyse kan een aantal ontwikkelplannen bij de zorgkantoren worden opgeleverd; de zorgaanbieder geeft zelf aan waar het ontwikkelpotentieel van de organisatie ligt en welke ontwikkeling hij van belang acht. De plannen zijn vormvrij, maar dienen doelen te bevatten die SMART geformuleerd zijn, om een evaluatie mogelijk te maken.
- **De dialoog:** Het voorstel voor het ontwikkelplan vormt de basis waarop een gelijkwaardige, transparante en inhoudelijke dialoog tot stand komt. De dialoog bestaat uit één of meerdere gesprekken bij de zorgaanbieder met, bij voorkeur, de cliëntenraad daarbij aanwezig. Centraal binnen deze dialoog staat enerzijds het uitwisselen van inzichten op basis van de zelfanalyse en anderzijds het overeenkomen van één of meerdere definitieve ontwikkelplannen.
- **De uitkomst:** Deze ontwikkelplannen kunnen voor de zorgaanbieder leiden tot een opslag op het basistarief en eventueel een meerjarige overeenkomst. In tegenstelling tot voorgaande jaren komt de tariefsopslag dit jaar dus niet voort uit harde inkoopcriteria. Vertrouwen, transparantie, gelijkwaardigheid, ope staan voor reflectie en de ambitie om doelstellingen te formuleren die SMART zijn, zijn voor de dialoog essentiële ingrediënten.

Het proces rond de dialoog is in paragraaf 2.2 van het inkoopkader inzichtelijk gemaakt. Uit deze procesbeschrijving kan worden afgeleid dat de dialoog tot vier uitkomsten kan leiden met bijbehorende resultaten:

1. De zorgaanbieder heeft geen zelfanalyse en ontwikkelplan opgesteld → eenjarige overeenkomst tegen basistarief.
2. De zorgaanbieder heeft wel een zelfanalyse en ontwikkelplan opgesteld, maar zorgkantoor en zorgaanbieder bereiken er geen overeenstemming over → eenjarige overeenkomst tegen basistarief.
3. De zorgaanbieder heeft een zelfanalyse en ontwikkelplan opgesteld en zorgkantoor en zorgaanbieder bereiken er overeenstemming over. Maar de aanbieder voldoet niet aan de landelijke criteria voor meerjarenafspraken of de regionale voorwaarden → eenjarige overeenkomst met opslag op basistarief.
4. De zorgaanbieder heeft een zelfanalyse en ontwikkelplan opgesteld en zorgkantoor en zorgaanbieder bereiken er overeenstemming over. Er zijn geen uitsluitingsgronden op de zorgaanbieder van toepassing en hij voldoet aan de regionale voorwaarden → meerjarenovereenkomst met opslag op basistarief.

Hoofdstuk 2

Aanpak evaluatie gericht op ophalen ervaringen

Voor de uitvoering van deze evaluatie is gekozen voor een casusaanpak. De inzet was om van elk van de vier mogelijke uitkomsten minimaal twee dialogen te selecteren. Hierbij is rekening gehouden met een goede spreiding van landsdeel, de drie sectoren VVT, GZ en GGZ en grote en kleine concessiehouders. Bij de minimaal acht dialogen worden de ervaringen van de cliëntenraad, de zorgaanbieder en het betreffende zorgkantoor in interviews verzameld. Per dialoog is gesproken met de inkopers namens de zorgkantoren, functionarissen van zorgaanbieders met een verantwoordelijkheid in de zorgverkoop en leden van cliëntenraden.

De aanpak was niet zozeer een gevalideerde onderzoeksmethode, maar een vorm van doelgericht ophalen van ervaringen met het dialoogmodel bij zorgkantoren, zorgaanbieders en cliëntenraden. Door casussen langs deze vier uitkomsten te selecteren zijn de ervaringen met het dialoogmodel en de verschillende bijbehorende uitkomsten naar aanleiding van de dialoog meegenomen in de evaluatie. Bovendien zorgt de focus op één dialoog voor de nodige diepgang in deze evaluatie.

De onderzochte dialogen zijn in samenspraak met Zorgverzekeraars Nederland geselecteerd uit een lijst die de zorgkantoren bij BMC hebben gemeld. Uiteindelijk hebben er 22 interviews plaatsgevonden met betrokkenen van negen casussen, verdeeld over drie van de vier uitkomsten van contractering. Tijdens het verzamelen van de casussen werd snel duidelijk dat er maar weinig casussen te vinden waren met uitkomst 2 (zie p. 4): *De zorgaanbieder heeft wel een zelfanalyse en ontwikkelplan opgesteld, maar zorgkantoor en zorgaanbieder bereiken er geen overeenstemming over → eenjarige overeenkomst tegen basistarief.*

De negen geselecteerde casussen zijn aangedragen door zeven concessiehouders en verspreid over de zorgkantoren. Van de negen casussen waren vier casussen VVT-zorgaanbieders, drie GZ-zorgaanbieders, één zorgaanbieder met zowel VVT- als GZ-aanbod en één GGz-instelling. De gesprekken vonden plaats langs een gestandaardiseerde gespreksleidraad.

Voorafgaand aan de interviews vond er een groepsbijeenkomst plaats met elf zorginkopers van zes concessiehouders. In dit groepsgesprek zijn de algemene ervaringen van de inkopers opgehaald. Hierdoor kregen de adviseurs van BMC een eerste beeld van de ervaringen en konden de gespreksleidraden worden gevalideerd.

Alle betrokkenen is anonimiteit gegarandeerd wat betreft verslaglegging en rapportage. De zorgkantoren en zorgaanbieders behorende tot de geselecteerde casussen worden om die reden niet genoemd in de rapportage.

Hoofdstuk 3

Ervaringen met dialoogmodel naar inhoud, proces en relatie

In theorie kent een dialoog drie dimensies: inhoud, proces en relatie. Bij het hanteren van het dialoogmodel schakelen zorgaanbieder, zorgkantoor en cliëntenraad ook tussen die verschillende dimensies. Om de ervaringen in een logisch en herkenbaar frame te plaatsen zijn de ervaringen met het dialoogmodel in dit hoofdstuk naar deze drie dimensies beschreven.

Inhoud

Veel zorgaanbieders en zorginkopers hebben het dialoogmodel beschouwd als een serieus begin van contracteren op inhoudelijke gronden en argumenten. Daar zijn alle respondenten positief over. Zorgaanbieders ervaren het als een hoopgevend begin, maar zij zien ook nog voldoende ruimte voor ontwikkeling.

3.1 Dialoog voornamelijk over vergroten cliëntgerichtheid en kwaliteit van leven

In het inkoopkader hanteren de zorgkantoren zes uitgangspunten voor de contractering, te weten:

- Cliëntgerichtheid
- Kwaliteit van leven
- Zichtbaar zorgkantoor
- In dialoog komen tot maatwerk
- Geen onnodige administratieve lasten
- Doelmatigheid

Tijdens de interviews is de vraag gesteld of het voeren van de dialoog een bijdrage heeft geleverd aan het realiseren van bovengenoemde uitgangspunten.

De meeste respondenten gaven aan dat de zorgkantoren de nadruk hebben gelegd op cliëntgerichte ontwikkelplannen als onderdeel van het SMART maken van de ontwikkelplannen. Vaak werd teruggerepen op de vraag 'wat wordt de cliënt er beter van?'. In het verlengde daarvan kwam de kwaliteit van leven aan de orde. Betrokkenen gaven aan dat de kwaliteit van leven vaak slechts als afgeleide aan bod is gekomen, maar niet als zelfstandig inhoudelijk thema. Cliëntenraden kunnen zich goed vinden in de focus op cliëntgerichtheid.

De overige waarden worden ook belangrijk gevonden, maar hebben uiteindelijk in de dialoog nauwelijks een rol gespeeld. Met name zorgaanbieders vroegen zich af hoe de overige uitgangspunten geïnterpreteerd moesten worden in het perspectief van zelfanalyse en het opstellen van ontwikkelplannen. Daardoor kwamen ze in de bespreking niet of nauwelijks aan bod.

De meeste respondenten van zorgkantoren en zorgaanbieders gaven aan dat met de nadruk op cliëntgerichtheid, het karakter van de hele contractering verschoof van een technische naar een meer inhoudelijke contractering.

Wel werd daarbij aangetekend dat nu slechts de eerste stappen zijn gezet als het gaat om een goede dialoog. Men verwacht dat er meer ervaring nodig is om van een echte inhoudelijke dialoog te kunnen spreken.

3.2 Kwaliteit van de zelfanalyse en ontwikkelplannen voldeed niet altijd aan eisen zorgkantoren

De dialoog start met de zelfanalyse van een zorgaanbieder en de daarop aansluitende ontwikkelplannen. In het gesprek tussen zorgaanbieder en zorgkantoor zijn deze documenten besproken. De uitkomst van het gesprek resulteerde in de vaststelling van een opslag van maximaal 3% op het starttarief (Nza-tarief minus generieke korting). De uitkomst was ook bepalend voor de duur van de overeenkomst (een één- of tweejarige overeenkomst).

De respondenten van de zorgkantoren en de zorgaanbieders geven in meerderheid aan dat zowel in de voorbereiding als in de gesprekken minder tijd is besteed aan de zelfanalyse. Dit wordt met name verklaard door tijdgebrek. Vaak was er voor de bespreking van alle plannen maar een uur uitgetrokken. De ontwikkelplannen zijn wel altijd uitvoerig aan de orde geweest.

In de praktijk bleek het vaak lastig om de plannen voldoende SMART te formuleren. Plannen beschreven het proces dat de zorgaanbieder in gang wil zetten, zonder aan te geven wanneer welke resultaten behaald zullen worden.

De vormvereisten en de inhoudelijke vereisten waren niet voor alle zorgaanbieders duidelijk. Dat leidde ertoe dat er meerdere contactmomenten nodig waren tussen zorgaanbieders en zorgkantoren (face-to-face, mailen, bellen) om vragen te stellen, onduidelijkheden op te lossen en overeenstemming over de zelfanalyse en de plannen te bereiken.

De dialoog is gebruikt voor het verfijnen en concreet maken van de plannen: alle zorgaanbieders hebben na de dialoog de ruimte gekregen om de ontwikkelplannen aan te passen. Afstemming in zowel proces als inhoud kostten beide partijen tijd en energie. Cliëntenraden hebben van deze onduidelijkheden weinig hinder ondervonden. Het gesprek hierover vond met name plaats tussen zorgaanbieders en zorgkantoren.

Het was voor sommige zorgaanbieders onduidelijk wat zorgkantoren verwachtten bij de zelfanalyse en de ontwikkelplannen. Daar is verwarring en soms ook irritatie over ontstaan. Voor de zelfanalyse was een format, maar daarmee konden niet alle zorgaanbieders meteen goed uit de voeten. Interessant is dat het format (Excel) geen verplichting was, maar dit is vaak wel als zodanig geïnterpreteerd. Bovendien was onduidelijk hoeveel plannen er ingediend konden worden. Zorgkantoren hebben uiteenlopende aantallen plannen toegestaan (van maximaal vier plannen tot onbeperkt).

Enerzijds ervaren zorgaanbieders het format als een poging van de zorgkantoren om de eigen organisatie zo min mogelijk te belasten, zonder de belasting voor de zorgaanbieders in ogenschouw te nemen. Anderzijds geven zorgkantoren aan dat als zij de vorm loslaten de vergelijkbaarheid tussen zorgaanbieders voor de beoordeling van de zelfanalyse en de plannen onder druk komt te staan.

Er was volgens de zorgkantoren niet altijd sprake van een duidelijke relatie tussen de zelfanalyse en de prioriteitstelling bij de ontwikkelplannen; de ontwikkelplannen sloten niet altijd aan bij de verbeterpunten uit de zelfanalyse, soms ook waren er te veel ontwikkelplannen, waardoor het onzeker werd of de plannen nog wel realistisch en uitvoerbaar waren. Sommige zorgkantoren hebben ook met zorgaanbieders gesproken over prioritering van plannen, om tot een beperktere selectie te komen.

Aanbieders geven aan dat zorgkantoren het SMART formuleren soms overwaarden. Door te hameren op SMART geformuleerde plannen ontstaat in de ogen van sommige zorgaanbieders een versimpeling van de werkelijkheid. 'Niet alles wat voor klanten beter is, is objectief en eenvoudig meetbaar.' Het realiseren van échte verbeteringen kost tijd en zal zeker niet altijd binnen één jaar tot meetbare effecten voor cliënten leiden (denk aan scholing en training van medewerkers gericht op cultuur- en gedragsverandering). Tegelijkertijd geven geïnterviewden van de zorgkantoren aan dat aanbieders SMART-formuleringen onderschatten en soms ook uit de weg gaan. Het maken van concrete en meetbare afspraken voor inhoudelijke doorontwikkeling is nog geen standaardonderdeel van de werkwijze van de aanbieders.

Om uiteenlopende redenen heeft een aantal zorgaanbieders niet meegedaan aan het dialoogmodel. De respondenten van de zorgkantoren geven aan dat voornamelijk de kleinere zorgaanbieders ervoor hebben gekozen geen plannen in te dienen. Die zorgaanbieders geven aan geen capaciteit beschikbaar te hebben om de plannen te maken en uit te voeren. Voor hen weegt het financiële voordeel vaak niet op tegen de investering die nodig is om de plannen te maken. Alle grote zorgaanbieders die in de interviews waren betrokken hebben plannen ingediend, zij het niet altijd in elke regio. In sommige regio's hebben zij dezelfde plannen ingediend.

Proces

Het dialoogmodel valt binnen het contracteerproces dat een sterk procedureel karakter heeft. Zo hebben de partijen deze eerste toepassing van het dialoogmodel ook ervaren: als onderdeel van een proces.

3.3 Opstellen van zelfanalyse en ontwikkelplannen nuttig

Zorgaanbieders beschouwen de zelfanalyse niet als iets nieuws, want ontwikkeling en verbetering zijn een constant proces in de organisatie. Dat neemt niet weg dat zij ook aangeven dat het opstellen van de zelfanalyse een goed reflectiemoment is. De zelfanalyse is een goed middel om het gesprek intern en met het zorgkantoor en de cliëntenraad aan te gaan. Soms gaf de zelfanalyse aanleiding tot nieuwe inhoudelijke discussies binnen de zorginstelling. De zelfanalyse helpt ook in de voorbereiding op de dialoog met het zorgkantoor.

Van de geïnterviewde zorgaanbieders heeft een deel het opstellen van de zelfanalyse en ontwikkelplannen als een verzwaring van de administratieve last ervaren. Voor een deel van de zorgaanbieders geldt dat de benodigde informatie al voorhanden was. Het was vooral het inpassen van de informatie (analyse en plannen) in het format waar veel tijd en energie in ging zitten.

Een aantal zorgaanbieders gaf aan dat zij hun eigen zelfanalyse, visie en bijbehorende plannen goed konden gebruiken en dus weinig extra administratieve lasten hadden.

Het overgrote deel van de zorgaanbieders geeft aan dat de timing (juli en augustus) van het vrijgeven van het regionale inkoopbeleid ongelukkig was, mede ook door de nieuwe werkwijze. Goede cliëntbetrokkenheid is in deze periode bijna niet te organiseren, terwijl dit wel nadrukkelijk gevraagd werd. In deze maanden vergaderen de meeste cliëntenraden namelijk niet. Daarbij was de tijd ook te kort om de plannen goed te kunnen bespreken en van een gedegen advies te voorzien. Sommige cliëntenraden hebben zorgkantoren hier ook schriftelijk op gewezen.

3.4 Wijze van beoordelen van zelfanalyse en ontwikkelplannen liep uiteen

De zorgkantoren hebben gezamenlijk een inkoopkader opgesteld. Maar het valt zorgaanbieders op dat de toepassing daarna minder gezamenlijkheid vertoont. Sommige zorgkantoren hebben een lokaal beoordelingskader met toetsingscriteria opgesteld. Andere gaan juist uit van de eigen beoordeling van plannen en gesprekken. Het is ook voorgekomen dat zorgaanbieders er door zorgkantoren bij betrokken zijn om het beoordelingskader samen op te stellen. Eén zorgkantoor heeft het dialoogmodel überhaupt niet gehanteerd. Op zorgaanbieders komt dit vreemd over. Zeker op de vele zorgaanbieders die met meerdere zorgkantoren contracten sluiten.

Wat in sommige situaties wringt bij zorgaanbieders is de spanning tussen het landelijke inkoopkader en de regionale diversiteit in de toepassing (de te volgen procedure, het aantal in te dienen plannen, de betrokkenheid van cliënten, de wijze van vaststelling van de opslag, de duur van de overeenkomst, etc.). Bij zorgaanbieders die met meerdere zorgkantoren te maken hebben kan dat voor verwarring of onduidelijkheden zorgen. Zorgaanbieders geven aan dat het vertrouwen en de effectiviteit van de dialoog kan worden vergroot als daar duidelijk over wordt gecommuniceerd en de verwachtingen goed zijn afgestemd. Uit de gesprekken is ook gebleken dat ook de zorgkantoren niet blij zijn met het feit dat niet alle landelijke afspraken uniform zijn toegepast. Met de verschillen in uitvoering werden zij geconfronteerd bij met name zorgaanbieders die met meerdere zorgkantoren contracteren.

Zorgkantoren hanteren criteria in de beoordeling van de plannen voor houvast en objectiviteit. Respondenten van zorgkantoren en zorgaanbieders zien dat plannen naar de criteria (= honorering met opslag van maximaal 3%) toe worden geschreven. Dat legt druk op de inhoud en de openheid van de dialoog. Met het risico dat de plannen en gesprekken versmallen tot het afvinken van lijstjes. Dat doet geen recht aan het aangaan van een dialoog. De behoefte bij zowel zorgaanbieders als zorgkantoren blijft om de dialoog te verbreden tot meer onderwerpen. Maar zij zien tegelijkertijd nog een grote uitdaging om de komende jaren tot een goede inhoudelijke dialoog te komen.

De zorgkantoren hebben onderling regelmatig contact gezocht om hun beoordeling van de plannen af te stemmen. De respondenten van de zorgaanbieders en de zorgkantoren hebben desondanks geconstateerd dat er verschillen zaten in de beoordeling van de documenten door de zorgkantoren. Het is meermalen voorgekomen dat dezelfde plannen verschillend werden beoordeeld en gehonoreerd (wel of niet SMART, maar ook de honorering met de opslag kon aanzienlijk verschillen (> 0,5% opslag)).

Veel zorgaanbieders en zorgkantoren zijn al langere tijd met elkaar in gesprek over cliënttevredenheid, kwaliteit van zorg en van leven, verbetering en ontwikkeling van de organisatie, portfolio, herschikken van het aanbod et cetera. Die basis als uitgangspunt nemen komt voor sommige respondenten van zorgaanbieders logischer over dan nu het dialoogmodel als een bijzondere vernieuwing te presenteren.

3.5 Betrokkenen ervaren de dialoog als prettig, tot het moment van vertaling in afspraken

Zorgaanbieders hebben respect voor de rol van zorgkantoren als scharnier tussen landelijk beleid en budget en regionale verdeler van middelen. Het dialoogmodel wordt gezien als een serieuze poging om in die positie ook de inhoud aan bod te laten komen.

Met name zorgaanbieders ervaren een kentering in het gesprek als het aankomt op de 'harde' afspraken (resultaten). De uitkomst hangt als 'een zwaard van Damocles boven het hoofd', want wordt de investering die zorgaanbieders doen uiteindelijk wel beloond? Velen ervaren dat de grote nadruk op SMART afspraken en de wijze van afrekening centraal staan in het gesprek en kennelijk belangrijker zijn dan de beweging/verandering die in gang is gezet.

Aanbieders zien hierin de spagaat van de zorgkantoren: 'Ze bewaken het geld en zoeken de garantie dat zorgaanbieders het goed besteden'. Dit lokt strategisch gedrag uit van zorgaanbieders, door te doen wat gevraagd wordt: plannen indienen die passen binnen de criteria en het format. Een aantal zorgaanbieders vroeg zich hardop af of zorgkantoren wel geïnteresseerd zijn in echt ambitieuze, maar risicovolle ontwikkelplannen.

3.6 Betrokkenheid van cliënten(raden) beperkt onder druk van tijd en procedure

Met het dialoogmodel willen de zorgkantoren het cliëntperspectief in de contractering versterken door de cliënten erbij te betrekken. Daarom werd zorgaanbieders gevraagd de cliëntenraden te betrekken bij de zelfanalyse, de ontwikkelplannen en ze uit te nodigen bij de gesprekken met de zorgkantoren. Uit de interviews is een zeer wisselend beeld naar voren gekomen over de betrokkenheid van cliënten en cliëntenraden.

Een deel van de gesproken zorgaanbieders heeft de cliëntenraad nadrukkelijk betrokken bij de totstandkoming van de documenten. In veel gevallen was de zelfanalyse een herhaling van bestaande beleidsdocumenten waarbij de cliëntenraad in een eerder stadium al was betrokken. Die zorgaanbieders zagen dan weinig heil in een herhaling van zetten. In de meeste bij dit onderzoek betrokken casussen is de invloed van de cliëntenraad beperkt gebleven tot kennismaken van de stukken, in sommige gevallen pas na het indienen van deze stukken bij het zorgkantoor. In een aantal gevallen is door de zorgaanbieder omwille van de tijd (vakantieperiode) alleen met de voorzitter van de cliëntenraad overlegd.

Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat het betrekken van cliënten en cliëntenraden tijd kost. Nu het inkoopkader eind juni gereed was en de zelfanalyse en ontwikkelplannen medio augustus ingediend moesten zijn, was er voor zorgaanbieders te weinig tijd om de cliënten er goed bij te betrekken. De bereidheid om cliënten een duidelijkere rol te geven is groot bij zorgkantoren en zorgaanbieders. Alle respondenten geven aan dat het betrekken van de cliënt (en cliëntenraden) bij de zorginkoop volgend jaar extra aandacht en ruimte verdient.

In een paar gevallen was de voorzitter of een delegatie van de cliëntenraad aanwezig bij de inkoopgesprekken. Daarbij werd dan wel aangegeven dat de voorbereiding van de gesprekken te wensen over liet. De vertegenwoordigers van de cliëntenraad waren soms niet of nauwelijks geïnformeerd over de achtergronden van het dialooggesprek en de documenten die werden besproken. Sommige zorgkantoren hebben de cliëntenraden betrokken bij de pre-dialoog.

3.7 Betrekken van cliënten(raden) nog geen gemeengoed en uiteenlopend uitgevoerd

De meningen zijn verdeeld als het gaat om de aanwezigheid van cliënten en cliëntenraden bij gesprekken over de contractering. Zo is aan de ene kant aangegeven dat gesprekken vaak te financieel-technisch van aard zijn of dat er vooral wordt gesproken in afkortingen en jargon. Sommigen zien daarin het risico van professionalisering van cliëntenraden. Aan de andere kant kan in de gesprekken waarin cliëntenraden aanwezig zijn een onjuist beeld ontstaan over de realiseerbaarheid van aangedragen wensen van cliënten. Cliëntenraden voelen zich minder vrij bij de dialoog, omdat een extra korting gevolgen voor de kwaliteit van hun zorg kan hebben. Zij zien het dilemma van enerzijds de druk om de juiste dingen te zeggen, met het oog op de uitkomst: 'de juiste antwoorden geven om zoveel mogelijk geld te krijgen'. Dit terwijl anderzijds de ambitie is dat de wensen van de cliënt op tafel komen.

Niet alle zorgkantoren hebben gevraagd om 'live' aanwezigheid van een cliëntenraad bij het dialooggesprek. Voor een deel van de zorgaanbieders was het onduidelijk of de cliëntenraad bij het gesprek aanwezig moest zijn.

In de sector gehandicaptenzorg is het belangrijk om aandacht te hebben voor taalgebruik, taalniveau en de manier waarop cliënten erbij worden betrokken (alleen informeren of ook meedenken). In een deel van de casussen hebben begeleiders of ondersteuners van cliëntenraden een belangrijke rol gespeeld als het gaat om het erbij betrekken van cliënten.

Respondenten van meerdere zorgkantoren voeren door het jaar heen (huiskamer)-gesprekken met cliënten, soms in combinatie met locatiebezoeken. Dat wordt als een goede aanvulling gezien op betrokkenheid van de cliëntenraad.

Cliëntenraden voelen zich erkend doordat zij betrokken zijn bij het maken van afspraken over de ontwikkelplannen. Het tijdpad (doorlooptijd en planning) werd in 2015 als zeer onhandig ervaren. Zie hierover ook eerdere opmerkingen.

3.8 De uitkomst van de dialoog leidt niet tot differentiatie in de contracten

Meerdere zorgkantoren hebben aangegeven dat hun inzet was om zorgaanbieders zo veel mogelijk de 3%-opslag toe te kennen. Deze houding moest een bijdrage leveren aan de dialoog, de inhoudelijke samenwerking en het onderlinge vertrouwen.

Zorgaanbieders geven aan dat de context waarbinnen het dialoogmodel vorm krijgt weinig ruimte geeft. De ruimte voor de dialoogafspraken wordt gerealiseerd door eerst een bepaald percentage af te romen van de NZa-maximumtarieven. Het afromen van het maximumtarief wordt gezien als 'afpakken' van geld dat noodzakelijk is voor het bieden van goede zorg.

De opslag die kan worden verkregen wordt in dat perspectief gezien als 'een sigaar uit eigen doos' en niet als een extra beloning voor zorgaanbieders die goed werk afleveren of hard werken aan verbetering van de zorg.

Sommige zorgaanbieders hebben aangegeven te ervaren dat er, ondanks alle inspanningen, weinig invloed mogelijk is op de uitkomsten van de dialoog (lees: honorering), 'alsof er voor niets een heel circus wordt opgetuigd'. Meer differentiatie in de tarieven en budgetten, passend bij een inhoudelijke dialoog, is in de ogen van zorgaanbieders wenselijk. Sommige zorgkantoren hebben aangegeven hier ook wel wat in te zien, maar zij vinden het nog wel ingewikkeld om dit op een objectieve wijze vorm te geven.

Zorgaanbieders juichen de mogelijkheid toe om voor meerdere jaren een afspraak te maken over ontwikkelplannen. De meeste zorgaanbieders zouden ook graag meerjarenafspraken willen maken over prijs en volume (= budget). Sommige zorgaanbieders hebben wel overeenstemming bereikt over de ontwikkelplannen en 3% gehonoreerd gekregen, maar hebben afgezien van meerjarige contractering omdat de voorwaarden die daaraan verbonden zijn niet aantrekkelijk gevonden werden. Met name de administratieve lasten die met de meerjarige contractering (periodieke monitoring) verband houden, stuitten op bezwaren. Hoewel er wat betreft de ontwikkelplannen met een groot aantal zorgaanbieders meerjarige afspraken zijn gemaakt, zullen alle zorgaanbieders voor 2017 opnieuw moeten meedoen aan de procedure.

Relatie

Een dialoog tussen zorgkantoor en zorgaanbieders is niet nieuw, maar een inhoudelijke dialoog rond de contractering van zorg vond de laatste jaren niet echt plaats. Zorginkopers die al langere tijd in het vak zitten kennen de zorgaanbieders en vice versa. Daarom was de vraag aan de orde in hoeverre het dialoogmodel aan die relatie iets aan kon toevoegen.

3.9 Dialoogmodel kan bestaande relaties inhoudelijk versterken, bijdragen aan vertrouwen

Sommige zelfanalyses gaven de zorgkantoren nieuwe inzichten in specifieke ontwikkelingen of problemen binnen de zorginstelling. Een deel van de zorgkantoren geeft aan dat ze weinig nieuws hebben geleerd over zorgaanbieders. De inhoudelijke gesprekken op basis van de documenten heeft wel tot verdieping en versteviging van de relaties geleid.

De geïnterviewde zorgaanbieders beoordelen dit gemiddeld minder positief. Dit wordt ook beïnvloed door het grote aantal mutaties onder de zorginkopers van de zorgkantoren. Het kost tijd en energie om een relatie op te bouwen en zorginkopers inzicht te geven in het wel en wee van een organisatie.

Veel respondenten van zorgkantoren en zorgaanbieders verwachten dat de introductie van het dialoogmodel het onderlinge vertrouwen kan vergroten. Op basis van het inzicht dat zorginkopers hebben in een zorgorganisatie en het vertrouwen dat er in zorgaanbieders is, wordt een goede uitkomst van de dialoog gegund. Ook voor zorgaanbieders geldt dat zij een verandering waarnemen: van een technisch en financieel ingestoken gesprek naar een inhoudelijk gesprek. Het gaat nu eindelijk weer over 'de bedoeling' van de zorgorganisatie en de contractering die daarvoor nodig is.

Vertrouwen roept ook kwetsbaarheid op. Sommige respondenten van de zijde van zorgaanbieders vonden dat zij werden afgerekend op een onderwerp dat zij zelf op tafel hadden gelegd. Voor zorgaanbieders is het spannend om zich open op te stellen en ervaringen als bovenstaande werken dit niet in de hand. De neiging is dan om niet alle 'vuile was' buiten te hangen.

3.10 Er is nog veel dialoog nodig voor meer zichtbaarheid van het zorgkantoor

Een van de doelen van de contractering was een verbetering van de zichtbaarheid van het zorgkantoor. Dat zien de respondenten van zorgkantoren en zorgaanbieders als een goed streven, maar er is nog ruimte voor verbetering en versterking van de relatie met de cliënten. Een relatie aangaan met cliënten doet een groot beroep op zorginkopers van de zorgkantoren, zowel qua vaardigheden als qua tijdsbesteding. Er wordt een andere manier van communiceren verlangd. De zichtbaarheid naar cliënten wordt vergroot als zorginkopers met cliënten in gesprek gaan. Cliëntenraden aan dat zij moeten wennen aan hun (nieuwe) rol en daar tijd voor nodig hebben.

Vanuit een cliëntenraad werd aangegeven dat zorgkantoren een sleutelpositie hebben in de vertaling van het cliëntperspectief naar landelijk inkoopbeleid. Nu het dialoogmodel ruimte biedt om in gesprek te gaan met cliëntenraden en cliënten kan die sleutelpositie echt te gelde gemaakt worden. Cliëntenraden zouden graag zien dat zorgkantoren op landelijk niveau hun praktijkervaringen en wat zij bijvoorbeeld tegenkomen in de gesprekken met cliënten meenemen naar het landelijke niveau en waar mogelijk betrekken bij hun beleid.

3.11 Partijen moeten écht wennen aan het dialoogmodel

Omdat contracteren ook over onderhandelen gaat, gedragen partijen zich strategisch ten opzichte van elkaar. Strategisch gedrag is gericht op het krijgen van een goede uitkomst. De dialoog vereist een meer open houding naar de andere partij. In een dialoog opereren beide partijen gelijkwaardig. Beide mogen initiatief nemen. In de Wlz ligt het initiatief vooral bij de zorgkantoren.

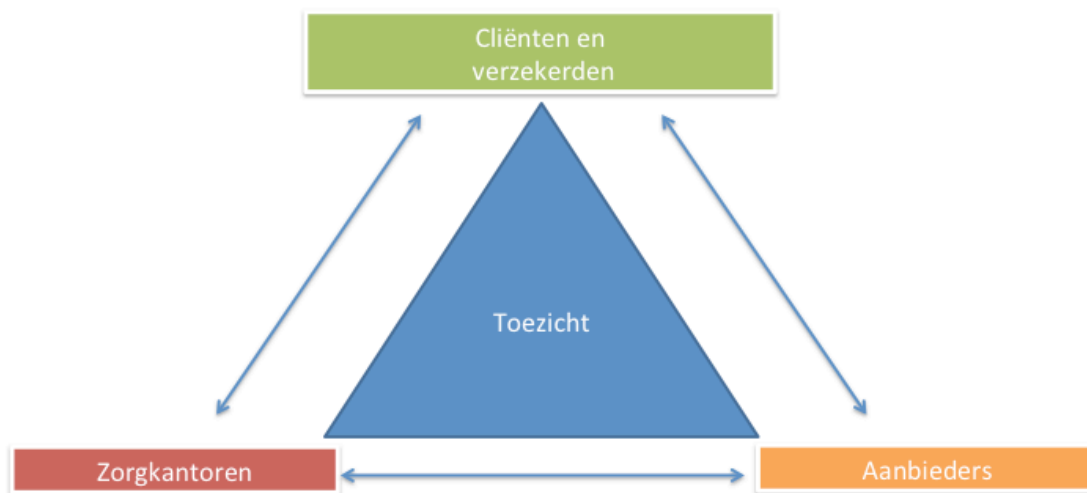
Respondenten zijn zich zeer bewust van de verschillende rollen van zorgaanbieder en zorgkantoor. Dat staat een open dialoog in de weg. Hoe meer de focus op de inhoud kan liggen in plaats van op de uitkomst, hoe beter die uitkomst zal zijn. Deze verwachting leeft zeker bij zorgaanbieders.

Hoofdstuk 4

Aangrijpingspunten voor de doorontwikkeling van het dialoogmodel

Met de ervaringen die zijn verzameld met de interviews in relatie tot de inkoopdocumenten is het mogelijk om suggesties te doen voor doorontwikkeling van het dialoogmodel. Deze suggesties zijn gebaseerd op wat respondenten aangeven als verbeterpunten dan wel punten die bescherming en ondersteuning nodig hebben. Wij spreken daarom van aangrijpingspunten om het dialoogmodel verder te ontwikkelen tot een verrijking van het contracteerproces.

Model: driehoeksverhouding in de Wlz



Het model onderstreept nog eens dat zorgaanbieder én zorgkantoor een relatie moeten onderhouden met de cliënt/verzekerde. Daaruit volgt dat hun beleidsdoelen voor een groot deel samenvallen. Het enige wat verschilt is de rol/de verantwoordelijkheid. De zorgaanbieder moet zorgen voor een passend aanbod van kwalitatief goede zorg en het zorgkantoor moet zorgen voor de beschikbaarheid en continuïteit van die zorg (zorgplicht).

4.1 Werk maken van cliëntbetrokkenheid in dialoog en contractering

Met het Inkoopkader 2016 is ingezet op betrokkenheid van de cliëntenraden en cliënten in het voorbereiden en voeren van de dialoog. Zorgaanbieders en zorgkantoren hebben dezelfde cliënten. Dat maakt het erbij betrekken van die gemeenschappelijke cliënt logisch.

De ervaringen laten zien dat er een hoopvol, maar klein begin is gemaakt met het erbij betrekken van de cliënten en hun raden. In de uitvoering van de plannen moet de dialoog en de betrokkenheid van cliënten en hun raden een vervolg krijgen.

Om de cliënten een grotere rol te laten spelen is een andere balans nodig tussen de leefwereld van cliënten en de systeemwereld van de contractering. De inbreng van cliënten in de dialoog en de contractering is aan beide zijden van de tafel noodzakelijk: bij de zorgkantoren en bij de zorgaanbieders.

Voorbereiden inkoopbeleid met cliënteninbreng is binnen handbereik

Bij de voorbereiding van het inkoopkader en de inrichting van het dialoogmodel zijn op landelijk niveau cliëntenvertegenwoordigers betrokken geweest. Zorgkantoren beschikken over de relaties, de mogelijkheden en de kennis van het cliëntperspectief op regionaal niveau om die inbreng op tafel te krijgen. De opgedane ervaringen geven aanleiding om het cliëntperspectief aan de voorkant van het contracteringsproces nog sterker in te brengen. Dat kan door cliëntenraden te raadplegen, maar ook door cliënten er individueel bij te betrekken of de kennis en ervaring van klantmanagers van de zorgkantoren (cliëntondersteuning) erbij te betrekken. Dit draagt bij aan de taakstelling van het zorgkantoor om voor voldoende zorg en zorg van een goede kwaliteit in te kopen.

Binnen elk zorgkantoor is inmiddels kennis aanwezig over de cliënt(wensen) bij klantmanagers, cliëntondersteuners en via wachtlijstbeheer en zorggebruik. Het benutten van die kennis in combinatie met de inbreng van cliënten bij de voorbereiding van het beleid (bijvoorbeeld cliëntenpanels) draagt bij aan de legitimatie van de speerpunten in het inkoopbeleid dan wel het dialoogmodel.

Zorg voor voldoende tijd voor serieuze betrokkenheid cliënten

Zorgkantoren vragen zorgaanbieders om ervoor te zorgen dat ze hun cliënten(raden) betrekken bij het opstellen van de zelfanalyse, de ontwikkelplannen en de dialoog-gesprekken. De respondenten hebben aangegeven dat daar dit jaar onvoldoende tijd voor beschikbaar was.

Het organiseren van de inbreng van cliënten bij de zelfanalyse en de ontwikkelplannen vraagt tijd. Geef partijen de tijd om cliënten er zorgvuldig bij te betrekken, zodat zij een goede bijdrage kunnen leveren. Voorkom bijvoorbeeld dat het merendeel van de overleggen in de zomerperiode valt. Een proces dat overleg vereist loopt nu door vakanties al snel vertraging op of leidt niet tot de gewenste inbreng, omdat de tijd ontbreekt.

Cliëntenperspectief niet bij de cliëntenraad alleen

Cliëntenparticipatie gaat verder dan de cliëntenraad. De cliëntenraad is een vertegenwoordigend orgaan en vervult een belangrijke rol in de besluitvorming van de organisatie. Een suggestie is dat cliëntenraad, zorgkantoor en zorgaanbieder gezamenlijk bijvoorbeeld regelmatig cliëntentafels organiseren om de gang van zaken in de zorgorganisatie of andere specifieke thema's te bespreken. De input die uit deze gesprekken komt kan benut worden voor de zelfevaluatie en de voorbereiding, prioritering en uitwerking van de ontwikkelplannen. Sommige zorginkopers laten zich bijvoorbeeld uitnodigen bij (huiskamer)gesprekken tijdens werkbezoeken of organiseren cliëntenpanels.

4.2 Versterken gelijkwaardigheid in de dialoog

Met het dialoogmodel hoort de verhouding tussen partijen gelijkwaardig te zijn. Vanuit de traditie van de AWBZ en nu de Wlz zijn zorgaanbieders gewend te reageren op voorstellen (inkoopkader) van zorgkantoren. Het initiatief ligt daardoor bij zorgkantoren. Los van hetgeen hieronder volgt, past hier al de oproep aan alle betrokkenen om assertiever op te treden.

Je zou kunnen zeggen: 'Hanteer de stijl van zelf organiseren bij het contracteren. Neem zelf initiatief.' De neiging bestaat om steeds op elkaar te wachten: de zorgkantoren wachten op de NZa, de zorgaanbieders op de zorgkantoren. Het speelveld en de contractering verandert niet elk jaar, dus over de hoofdlijnen van de contractering kan met het veld gesproken worden. Zodoende kan iedereen zich voorbereiden en wordt het contracteren in mindere mate gedomineerd door strakke deadlines en verrassingen die leiden tot extra werkzaamheden voor zorgaanbieders, zorgkantoren en cliëntenraden.

Zorg voor de juiste verwachtingen en gelijkwaardigheid

Het dialoogmodel veronderstelt dat de partijen die aan dat gesprek deelnemen de wederzijdse verwachtingen goed kennen en op elkaar afstemmen. De opgetekende ervaringen laten zien dat daarin verbetering nodig is. Wij adviseren om als start van de dialoog met de betrokken partijen in overleg afspraken te maken over de wijze waarop de dialoog plaatsvindt, wat er van elkaar verwacht wordt en de mate waarin openheid betracht wordt. Dat geldt ook voor de verwachtingen ten aanzien van de in te dienen documenten. Door vooraf het proces helder te maken en elkaars verwachtingen daarin goed te kennen is er meer ruimte voor een inhoudelijke dialoog en kan er meer sprake zijn van gelijkwaardigheid.

Partnerschap als basis voor contractering

Maak van de wederzijdse afhankelijkheid een argument voor partnerschap tussen de cliënten, de zorgaanbieder en het zorgkantoor. Met elkaar hebben deze partijen een groot belang bij een duurzame ontwikkeling van de zorg. Nadat relaties zijn opgebouwd tijdens gesprekken gedurende het jaar, ervaren zeker de zorgaanbieders dat dat in de contractering tenietgedaan wordt. Dat ondermijnt het partnerschap.

Vertrouwen is een belangrijke factor in de langdurige zorg, want partijen zijn langdurig op elkaar aangewezen. Dat geldt niet alleen voor cliënten, maar ook voor zorgaanbieders en zorgkantoren. Gelet op het langdurige karakter van de zorg kan men zich afvragen of het zinvol is om jaarlijks te contracteren.

Als uiting van het partnerschap zou meerjarige contractering over de kwaliteit van zorg, de versterking van de positie van cliënten, verbetering van de doelmatigheid passend zijn. Sommige zorgaanbieders en ook zorgkantoren zouden daaraan ook meerjarige afspraken over prijs en volume willen toevoegen. Nader onderzoek moet uitwijzen of dat mogelijk en wenselijk is. Verkend zou kunnen worden of het mogelijk is om te contracteren met zorgaanbieders zonder afspraken te maken over volume.

4.3 Evenwicht zoeken tussen landelijk en regionaal beleid

Het dialoogmodel vereist dat er voldoende ruimte is voor de partijen om de benodigde afspraken te maken. Wij adviseren om voor 2017 landelijk duidelijke afspraken te maken over de regionale ruimte (ten behoeve van maatwerkafspraken) en de afspraken die landelijk gelden voor alle zorgkantoren en die ook uniform toegepast worden. Voorts is het van belang om dit beleid goed te communiceren, zodat partijen weten waar zij aan toe zijn. Een dergelijke aanpak draagt ook bij aan de versterking van het profiel van de zorgkantoren.

Significante verschillen in de uitvoering van het dialoogmodel worden niet begrepen door zorgaanbieders en cliënten(raden). Dit geldt zeker voor die partijen die te maken hebben met meerdere zorgkantoren. Dit beïnvloedt de beeldvorming van de zorgkantoren in negatieve zin.

4.4 Tweerichtingsverkeer informatievoorziening en gedurende het hele jaar

De ervaring is tot nu toe dat er vooral sprake is van informatievoorziening vanuit de zorgaanbieders naar de zorgkantoren. Dit terwijl er ook relevante informatie uit de praktijk voor het oprapen ligt voor de zorgkantoren. Op geleide van het dialoogmodel kan de informatie van medewerkers en cliënten over de dagelijkse praktijk verzameld worden. Het zou goed zijn als de zorgkantoren, nog duidelijker dan nu het geval is, deze informatie betrekken bij bijvoorbeeld de vormgeving van het inkoopbeleid of via de brancheorganisatie doorgeleiden naar andere beleidstafels. Uiteraard hebben cliëntenorganisaties en zorgaanbieders hierin ook een eigen verantwoordelijkheid, al dan niet via hun brancheorganisaties.

Dit geldt ook voor de documentatie die de zorgaanbieders voor de dialoog moeten aanleveren. Nu is gebleken dat zorgaanbieders de zelfanalyse invullen met behulp van bestaande beleidsdocumenten, zou je voor een andere werkwijze kunnen kiezen, die de aanlevering vergemakkelijkt. De suggestie is een online platform waarop zorgaanbieders en zorgkantoren elkaar gedurende het jaar virtueel ontmoeten. Zorgaanbieders uploaden hun informatie naar dit platform en zorgkantoren geven feedback en stellen vragen. Daarop kunnen de zorgaanbieders de informatie weer aanvullen en corrigeren.

Daardoor ontstaat een online portfolio per aanbieder in de database van het zorgkantoor, met de zorgaanbieder als digitale eigenaar. Het is ook mogelijk om directe feedback van de cliënten(raad) daarin op te nemen.

Deze suggestie gaat misschien wat ver voor de muziek uit, maar kan deel uitmaken van een ontwikkelagenda voor verbetering en doorontwikkeling van de dialoog en contracteren.

4.5 Vaststellen van het succes van het dialoogmodel nog niet mogelijk

In deze evaluatie wordt het dialoogmodel als onderdeel van de zorginkoop geëvalueerd. Het dialoogmodel strekt verder en leidt ook tot dialoog tussen cliënten, zorgaanbieder en zorgkantoor tijdens de uitvoering en het afrekenen van de gemaakte afspraken. Met andere woorden: de dialoog is nog maar net begonnen.

De meeste respondenten zijn positief over de potentie van dit model en benadrukken de noodzaak om voort te bouwen op deze eerste stappen.

Voor een volledige evaluatie van het dialoogmodel dienen ook de resultaten van de gemaakte afspraken voor 2016 in beschouwing genomen te worden. Gedurende het jaar 2016 zal er meer zicht ontstaan op de werking van het dialoogmodel.

Het verdient tevens aanbeveling om te verkennen op welke wijze daarover landelijke afspraken te maken zijn (inclusief afspraken over regionale verschillen). Het zal schadelijk en ook niet goed uitlegbaar zijn als er in de praktijk aanzienlijke verschillen optreden bij het afrekenen van de gemaakte afspraken.

Bijlage 1 Cijfermatige informatie over het hanteren van het dialoogmodel

Door zorgkantoren aangeleverde gegevens geven een beeld van hoe het dialoogmodel in 2015 is toegepast als het gaat om de betrokkenheid van cliëntenraden, het proces aan de kant van de zorgkantoren, de afgesloten contracten met aanbieders en klachten en bezwaren.

Betrokkenheid cliëntenraden

Zorgkantoren hebben cliëntenraden uitgenodigd om deel te nemen aan de inkoopprocedure en het bijbehorende inkoopgesprek. De aanwezigheid van de cliëntenraad bij het inkoopgesprek was niet verplicht. Onderstaande tabel geeft inzicht in de betrokkenheid van cliëntenraden.

Het merendeel van de aanbieders heeft de cliëntenraad betrokken bij het opstellen van de zelfanalyse en ontwikkelplannen.

In de praktijk blijkt dat een minderheid van de aanbieders de cliëntenraad heeft betrokken bij het gesprek. Ongeveer 34% van de GGZ-aanbieders en een kwart in de VVT en GGZ-sector hebben de cliëntenraad betrokken bij inkoopgesprekken.

Tabel 1.1 betrokkenheid van cliëntenraden

	VVT	GGZ	GZ
Cliëntenraad betrokken bij zelfanalyse en ontwikkelplannen	96,8%	97,6%	98,7%
Cliëntenraad betrokken bij het inkoopgesprek	26,3%	24,4%	34,6%

Proces bij zorgkantoren

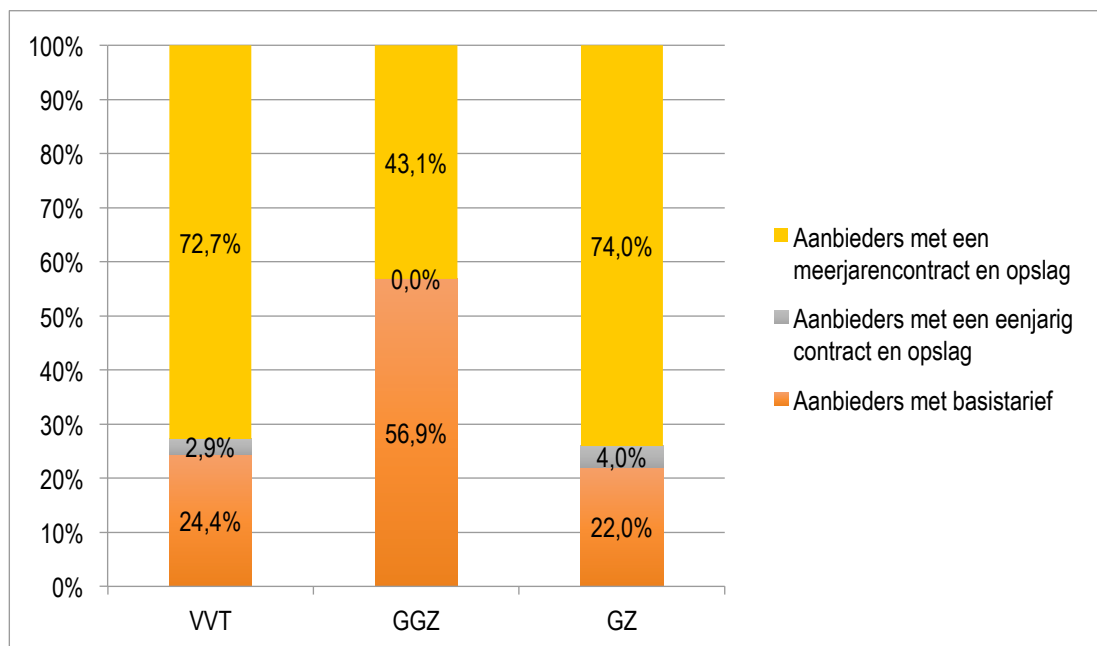
Zorginkopers gaven aan dat het aantal ingediende plannen per aanbieder aanzienlijk kan verschillen. Het aantal ingediende plannen varieert van één tot 24 plannen per aanbieder. Het gemiddelde aantal overeengekomen ontwikkelplannen per aanbieder ligt tussen de drie tot vier per aanbieder. Voor GGZ ligt het gemiddelde aantal afgesproken ontwikkelplannen lager dan voor de andere twee zorgsegmenten.

Een zorgkantoor besteedt gemiddeld ongeveer 14,5 uur per aanbieder aan de dialoog. In de GGZ-sector lijkt dit gemiddeld iets hoger te liggen dan in de andere twee zorgsegmenten. Met alle aanbieders is minimaal een face-to-facegesprek gevoerd. Ander contact tijdens de dialoog ging via de telefoon en e-mail. Hoe meer plannen er zijn ingediend door aanbieders, hoe meer tijd er nodig was voor het bespreken en de beoordeling van deze plannen.

Uitkomsten van de contractering

Onderstaande figuur toont de verhouding tussen aanbieders met verschillende uitkomsten naar aanleiding van de contractering. In de drie zorgsegmenten zijn relatief weinig aanbieders met eenjarige contracten. In de VVT en GZ hebben bijna driekwart gecontracteerde aanbieders een meerjarencontract met opslag gekregen. De GGZ laat een ander beeld zien. Iets meer dan de helft van de gecontracteerde aanbieders heeft een

overeenkomst met het basistarief afgesloten en 43% heeft een meerjarencontract met opslag gekregen.



Figuur 1.1 Aanbieders met diverse uitkomsten naar aanleiding van de contractering

Klachten en bezwaren

Voor de start van de zorginkoop Wlz 2016 had men de verwachting dat de veronderstelde mate van subjectiviteit door het dialoogmodel mogelijk zou leiden tot meer klachten en bezwaren na de inkoopprocedure. Zorgkantoren hebben daarentegen aangegeven dat het aantal ingediende bezwaren ten opzichte van 2015 is afgenomen. Voor de VVT en GZ betreft dit een afname van meer dan de helft van de bezwaren in 2014. In de GGZ is de daling ten opzichte van vorig jaar 20%. Een causaal verband tussen de daling in het aantal klachten en bezwaren en het dialoogmodel is niet te leggen.

Tabel 1.3 Verschil in ingediende bezwaren ten opzichte van vorig jaar (N = aantal ingediende bezwaren in 2015)

	VVT (N=39)	GGZ (N=12)	GZ (N=10)
Afname ingediende bezwaren ten opzichte van vorig jaar (contractering voor 2015)	-53,6%	-20,0%	-60,0%