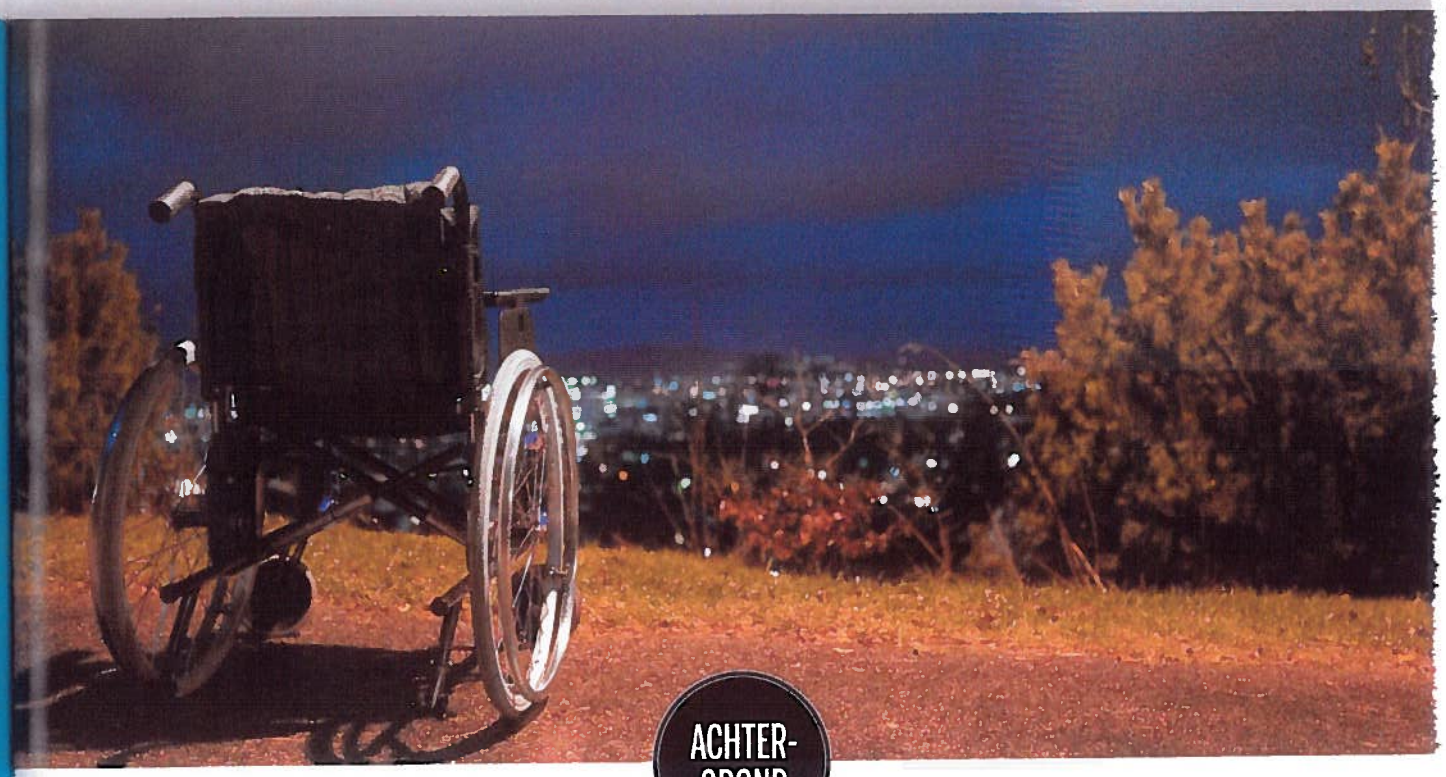


ACHTER-
GROND

ZORGKANTOREN

MINDER WERK, ANDERE ROL

Zorgkantoren hebben door de decentralisatie van de AWBZ ruim een derde van hun budget ingeleverd. De inkoop van de resterende zeventien miljard aan Wlz-zorg is aan het veranderen.

tekst André de Vos | *beeld* Thinkstock

Gabriël Zwart vindt het een mooi voorbeeld van slim ondernemen. Zorgverzekeraar DSW zet zijn zorgkantoren in voor de inkoop van Wmo-zorg. De inkoop van die zorg werd dit jaar overgeheveld uit de AWBZ en formeel is daarmee het zorgkantoor niet meer verantwoordelijk. Nu levert DSW dezelfde inkoopdiensten, alleen aan een andere opdrachtgever: gemeenten. "Ik begrijp niet waarom niet meer zorgkantoren dat hebben gedaan", verbaast Zwart zich. "Dat zegt iets over de innovatie in de sector, of beter gezegd, het ontbreken ervan." Zwart is bestuurslid van de gehandicaptenzorgkoepel VGN en bestuurder bij zorgaanbieder Philadelphia. Een deel van het oude AWBZ-budget van de zorgkantoren is, met een korting, naar de gemeenten en de Zorgverzekeringswet verschoven. In de gehandicaptenzorg gaat nu nog zo'n vijf miljard euro van de voorheen zeven miljard via de regionale uitvoerders; de rest loopt via de gemeenten. Dat er minder zaken worden gedaan met zorgkantoren, heeft volgens Zwart vooralsnog niet geleid tot een heel andere relatie. "Maar dat kan nog komen."

Gelijkwaardiger

De 32 zorgkantoren in Nederland waren tot eind 2014 verantwoordelijk voor de inkoop van het totale AWBZ-budget van 28 miljard euro. In elke regio richtte de grootste verzekeraar via een concessiesysteem een zorgkantoor in om voor alle zorg de inkoop te doen. Van het oude budget is sinds 1 januari zo'n zeventien miljard over. Dat betekent minder werk voor de zorgkantoren, al krijgt het zorgkantoor er ook taken bij, zoals cliëntondersteuning.

Vooral het 'moeilijke' deel van het werk is gedecentraliseerd. In de Wet Langdurige Zorg betreft het immers vaste zorgvragers die langdurige en vaak gelijkblijvende zorg behoeven. "De zorgkantoren zijn veel lastig werk kwijtgeraakt", zegt Henk van Driel, directeur van zorginstelling De Lichtenvoorde, die in de Achterhoek actief is in de verschillende zorgsegmenten. "Een Wmo-klant van pakweg 15.000 euro in de extramurale zorg kost het zorgkantoor vaak evenveel werk als een cliënt in de langdurige zorg die 85.000 euro per jaar oplevert."

Van Driel vindt dat de relatie met het zorgkantoor door de decentralisatie is veranderd. Maar dat kan anekdotisch bewijs zijn, want hij heeft in zijn regio slechts te maken met twee zorgkantoren, die van Menzis en Achmea. "We sluiten nu niet alleen contracten meer met het zorgkantoor, maar ook met meer dan tien gemeenten. Daardoor zijn we minder afhankelijk van het zorgkantoor. Anders gezegd: het zorgkantoor is minder machtig. Daardoor is de relatie gelijkwaardiger geworden en verbeterd, naar mijn gevoel."

Philadelphia sluit met 23 zorgkantoren contracten. De insteek van Gabriël Zwart in de relatie met de zorgkantoren is dan ook een heel andere. "Voor ons is vooral van belang dat we niet met elk zorgkantoor andere afspraken moeten maken. Dat is nu

> 'Het zorgkantoor is minder machtig. Daardoor is de relatie gelijkwaardiger geworden en verbeterd, naar mijn gevoel'

nog steeds het geval. Zelfs zorgkantoren van dezelfde zorgverzekeraar gaan anders om met criteria voor kwaliteit, innovatie en integrale benadering. Dat is niet te verkopen aan cliënten in de langdurige zorg; dat je in de ene regio meer zorg krijgt dan in de andere. Deze groep mensen gaat daardoor echt niet verhuizen."

Onverklaarbare verschillen

VGN presenteerde eind januari de resultaten van een onderzoek naar de ervaringen met de inkoop door zorgkantoren in de gehandicaptenzorg. De conclusie: er is meer harmonisatie in de criteria die de inkopers van verschillende zorgkantoren hanteren voor de bepaling van de tarieven. Maar er zijn nog steeds grote, soms onverklaarbare verschillen in de toepassing van de criteria en daardoor in de tarieven. De eisen die aan aanbieders worden gesteld zijn soms buitenproportioneel. "Ik denk dat die positieve veranderingen los staan van de decentralisatie," zegt Zwart. "Maar de decentralisatie kan wel bijdragen aan de verbeteringen."

Doordat er minder werk is voor de zorgkantoren, zijn er plannen om het aantal terug te brengen, misschien zelfs te reduceren tot één landelijk kantoor. Zwart zou dat toejuichen. "Dan hebben we automatisch uniformiteit in afspraken die voor een landelijk opererende organisatie als Philadelphia belangrijk zijn."

Maar niet iedereen zit te wachten op één landelijk zorgkantoor. Regionaal actieve zorginstellingen, vaak actief in de ouderenzorg, zijn bang dat er dan minder aandacht is voor verschillen in zorgvraag. Beleidsmedewerkster Herma Oosterom van ActiZ is geen voorstander van al te grootschalige zorginkoop. "De inkoop van zorg moet blijven aansluiten bij de regionale situatie." Oosterom merkt dat de zorgkantoren nog zoekende zijn naar hun nieuwe rol. "Er is nu een scheiding tussen de inkoop van langdurige zorg en de tijdelijke zorg. De aansluiting daartussen is nog niet helemaal duidelijk. Dat moet groeien."

"Eén zorgkantoor voor heel Nederland is een spannende gedachte," vindt Van Driel. "Dan kan ook bij de langdurige zorg de cliënt kiezen uit instellingen in heel Nederland. Dat gaat mogelijk ten koste van de aandacht voor de regio, maar de relatie tussen zorgkantoor en instellingen is afhankelijker van de inkoopmanager dan van de afstand tot het kantoor. En die inkoopmanagers wisselen nogal, ook bij regionale zorgkantoren."

Dat er in 2015 nog niet zo veel is veranderd, is logisch. De zorginkoop voor dit jaar is al in 2014 gedaan, nog voordat de Wet Langdurige Zorg was aangenomen. Er is voortgeborduurd op bestaande afspraken uit de AWBZ. Nieuw is wel dat in één keer het hele budget voor het komende jaar beschikbaar was, ondanks alle onzekerheden over de decentralisatie.

In aanloop naar 2015 hebben zorgverzekeraars al behoorlijk gesaneerd bij hun zorgkantoren, stellen Johan Boonstra en Annika van der Heiden, beleidsmedewerkers bij ZN met de zorgkantoren in hun portefeuille. >

De zorgkantoren in cijfers

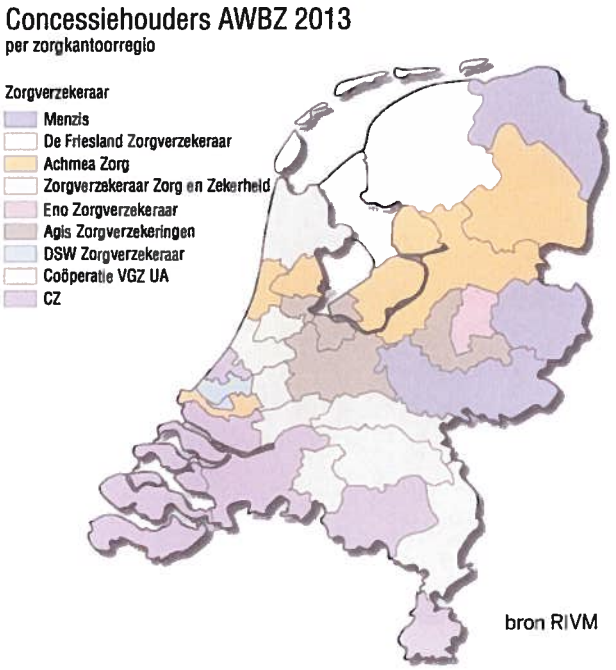
De Nederlandse Zorgautoriteit vindt dat de kwaliteit van zorgkantoren omhoog moet. Van de elf door de NZa beoordeelde concessiehouders scoorden er in 2013 maar acht goed, zo blijkt uit onderzoek dat eind januari werd gepresenteerd. Het zorgkantoor van DSW presteerde het beste door maximaal te scoren op de onderzochte prestatie-indicatoren: service aan cliënten, zorginkoop en –contractering en administratieve organisatie.

De elf onderzochte zorgverzekeraars zijn concessiehouder voor in totaal 32 zorgkantoren. 'Winnaar' DSW heeft twee zorgkantoren, Salland slechts één. Van de grote zorgverzekeraars scoorden CZ en Menzis het beste. Niet één concessiehouder scoorde een onvoldoende, maar Achmea en Salland halen ternauwernood een voldoende, net als een jaar eerder. De NZa vindt dat zij meer aandacht moeten besteden aan de administratie en de bestrijding van misbruik. De totale AWBZ-uitgaven bedroegen in het onderzoeksjaar 2013 24,8 miljard euro. Inmiddels is door de decentralisatie het bedrag dat via de zorgkantoren wordt verdeeld, teruggelopen tot 17 miljard.

Ranglijst zorgkantoren 2013

1. DSW (100%)
2. CZ (98%)
3. Menzis (95%)
4. Zorg en Zekerheid (93%)
5. Friesland (83%)
6. VGZ en Univé (80%)
8. Trias (73%)
9. Agis (70%)
10. Achmea (63%)
11. Salland (59%)

Inkrimping van het aantal kantoren ligt voor de hand. Er komt waarschijnlijk een proef met een samenvoeging van de twee zorgkantoren van DSW. Boonstra: "Maar dat is nog helemaal niet zo eenvoudig. Elke verandering in het aantal kantoren betekent een nieuwe verdeelsleutel voor de zorggelden."



Directer contact

Er is nog veel onzeker. Zoals over de status van de Wlz-uitvoerders. Dat is de nieuwe juridische entiteit bij de zorgverzekeraar die formeel de zorgkantoren gaat aansturen en er toezicht op moet houden. Boonstra: "Dat is nu nog een puur juridische entiteit die alle uitvoerende taken mandateert aan het zorgkantoor." De verwachting is dat de zorgkantoren ook meer betrokken zullen raken bij de cliënt. "Nu is het zorgkantoor voor de cliënt onzichtbaar", aldus Van der Heiden. "Alleen als je niet terechtkunt bij de zorgaanbieder van je keuze, kom je bij het zorgkantoor terecht. Het zorgkantoor kijkt nu naar de zorgvraag en niet naar de verzekerde. Dat gaat veranderen. De bedoeling is dat het zorgkantoor meer verantwoordelijkheid krijg bij het begeleiden van de cliënt naar de juiste zorg. Daarvoor is directer contact met de cliënt nodig. Dat vereist ook andere kwaliteiten van het personeel. Die moeten kunnen omgaan met cliënten."

Zorginstellingen hebben nog meer wensen bij de zorginkoop. Meerjarige afspraken met het zorgkantoor, zodat niet elk jaar opnieuw hoeft te worden onderhandeld over een groep zorgvragers die vrij stabiel is. "Onze cliënten zijn dertig jaar klant bij ons", zegt Zwart. "In die zorgvraag verandert weinig van jaar op jaar. Probleem met eenjarige afspraken is dat je als instelling niet vooruit kunt kijken, bijvoorbeeld niet kunt investeren in de zo gewenste innovatie."

Een tweede punt betreft de persoonsvolgende bekostiging. Nu maken zorgkantoren en instellingen afspraken over de verwachte af te nemen zorg. Als de vraag hoger is, ligt het financiële risico bij de instelling omdat er voor extra cliënten niet automatisch extra budget is. Zwart: "Dat probleem verdwijnt als elke cliënt zijn eigen potje meebrengt. Ons streven is in drie woorden te vatten: uniform, regelarm en meerjarig."

2015 Is ook voor de zorgkantoren een overgangsjaar. "Ik denk dat we in 2016 veel meer gaan merken van de veranderde rolverdeling", zegt Johan Boonstra van ZN. De decentralisatie op zich is geen reden voor een uniformer inkoopbeleid door de zorgkantoren, maar alle zorginstellingen hopen wel dat de in gang gezette veranderingen een goede aanleiding zijn om de inkoop verder te harmoniseren en vereenvoudigen. "Het hele inkoopcircus dat we elk jaar optuigen moet echt eenvoudiger," vindt Herma Oosterom van ActiZ. ◆