



Concurrentie in de thuiszorg

Een analyse van de juridische en economische context

November 2007

Drs. M. Varkevisser

Drs. S.A. van der Geest

Prof. dr. F.T. Schut

Onderzoeksrapport in opdracht van de Nederlandse Mededingingsautoriteit

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Wettelijke concurrentiemogelijkheden in de thuiszorg	5
2.1 Inleiding	5
2.2 Thuiszorg in de AWBZ.....	5
2.2.1 Vrijheid ten aanzien van samenstelling en vorm	5
2.2.2 Vrijheid ten aanzien van prijs	9
2.2.3 Vrijheid ten aanzien van kwaliteit	10
2.2.4 Vrijheid ten aanzien van hoeveelheid	11
2.3 Thuiszorg in de WMO	12
2.3.1 Vrijheid ten aanzien van samenstelling en vorm	12
2.3.2 Vrijheid ten aanzien van prijs	13
2.3.3 Vrijheid ten aanzien van kwaliteit	13
2.3.4 Vrijheid ten aanzien van hoeveelheid	14
2.4 Conclusie	15
3. Prikkels voor concurrentie vanuit de vraagzijde	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Contracteer- en inkoopbeleid zorgkantoren	17
3.3 Contracteer- en inkoopbeleid gemeenten.....	24
3.4 PGB-houders.....	26
3.5 Overstapbelemmeringen en transparantie	27
3.6 Conclusie	30
4. Potentiële effecten marktverdelingsafspraken	31
4.1 Inleiding	31
4.2 Nadelen marktverdelingsafspraken.....	31
4.3 Mogelijke voordelen marktverdelingsafspraken thuiszorg.....	32
4.3.1 Potentiële efficiëntieverbeteringen thuiszorg	32
4.3.2 Meer evenwichtige machtsposities	33
4.4 Conclusie	35
5. Samenvatting en conclusie.....	37
Referenties	39
Bijlage A. Achtergrondinformatie aanbodzijde	43
A.1 Concentratiegraad	43
A.2 Toetredingsdrempels	46
A.3 Conclusie.....	49
Bijlage B. Interviews	51

1. Inleiding

Thuiszorg is een vorm van extramurale zorg waarbij de cliënt thuis woont en ook thuis zorg ontvangt. Voorbeelden zijn huishoudelijke hulp, verpleging of verzorging. De wet- en regelgeving op het gebied van thuiszorg is de afgelopen jaren op een aantal punten veranderd. Er zijn wijzigingen aangebracht in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en aanverwante regelgeving en per 1 januari 2007 is een deel van de thuiszorg – te weten de huishoudelijke verzorging – vanuit de AWBZ overgeheveld naar de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Mede naar aanleiding van deze ontwikkelingen heeft de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) behoefte aan een onderzoeksrapport over de concurrentiemogelijkheden op de markt voor thuiszorg sinds 1 januari 2004. Het Erasmus Competition and Regulation institute (ECRi) dat verbonden is aan de Erasmus Universiteit Rotterdam is gevraagd dit onderzoek uit te voeren.

In het voorliggende rapport staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

1. Welke speelruimte biedt de Nederlandse wet- en regelgeving aan thuiszorgaanbieders om onderling te kunnen concurreren?
2. In hoeverre kunnen thuiszorgaanbieders daadwerkelijk met elkaar concurreren gegeven de specifieke (markt)omstandigheden (waaronder wet- en regelgeving)?
3. Indien er sprake is van mogelijkheden voor concurrentie, wat zijn dan de potentiële positieve en/of negatieve gevolgen van eventuele marktverdelingsafspraken tussen aanbieders van thuiszorg?

De eerste onderzoeksvraag heeft tot doel inzicht te krijgen in de juridische context waarin thuiszorgaanbieders opereren. De tweede onderzoeksvraag betreft de economische context waarin aanbieders van thuiszorg actief zijn. Voor een goede beoordeling van de mogelijkheden voor concurrentie is het niet voldoende om na te gaan hoeveel ruimte de relevante wet- en regelgeving hiervoor biedt. Van belang is ook om na te gaan of aanbieders door de vraagzijde van de markt geprikkeld kunnen worden om de wettelijke speelruimte daadwerkelijk te benutten. De juridische en economische context bepalen derhalve gezamenlijk de intensiteit van de concurrentie in de praktijk. De derde onderzoeksvraag maakt onderdeel uit van het onderzoek omdat de NMa over signalen beschikt dat er marktverdelingsafspraken bestaan tussen aanbieders van thuiszorg.

Om bovenstaande onderzoeksvragen op een verantwoorde manier te kunnen beantwoorden, is in de eerste plaats gebruik gemaakt van ‘desk research’. Daarnaast hebben enkele verdiepende gesprekken plaatsgevonden met veldpartijen. In Bijlage B is

een lijst opgenomen van mensen met wie wij op persoonlijke titel over de markt voor thuiszorg hebben gesproken.

Gezien de verschillen in regelgeving maken we in dit onderzoek een onderscheid tussen de thuiszorg die wordt gefinancierd vanuit de AWBZ en het deel van de thuiszorg dat sinds 1 januari 2007 gefinancierd wordt vanuit de WMO.¹ De zorgverzekeraars zijn formeel verantwoordelijk voor de inkoop van de zogenaamde AWBZ-thuiszorg voor hun verzekerden. Deze taak hebben zij echter via een mandaat opgedragen aan zogeheten zorgkantoren. Een zorgkantoor is een onderdeel van een verzekeraar (vaak de grootste) die per regio namens alle verzekeraars als inkoper richting de thuiszorgaanbieders optreedt. Met de inwerkingtreding van de WMO zijn de gemeenten formeel verantwoordelijk geworden voor de inkoop van de huishoudelijke hulp. Thuiszorg die is ingekocht door het zorgkantoor dan wel de gemeente wordt zorg-in-natura genoemd. Daarnaast kunnen verzekerden ook zelf als inkoper optreden. Het zorgkantoor dan wel de gemeente keert dan een zogeheten Persoongebonden budget (PGB) uit waarmee de cliënt zelf de thuiszorgaanbieder kan kiezen die hij of zij wil.

Het rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 geeft een analyse van de speelruimte die de wet- en regelgeving aan bestaande marktpartijen in de thuiszorg biedt om te kunnen concurreren. In hoofdstuk 3 onderzoeken we welke prikkels thuisaanbieders vanuit de vraagzijde ondervinden om daadwerkelijk onderling te kunnen concurreren. Hoofdstuk 4 heeft aandacht voor mogelijke marktverdelingsafspraken en de potentiële gevolgen hiervan voor de verlening van thuiszorg. Het rapport sluit af met een samenvatting en conclusie in hoofdstuk 5.

¹ Om voor vergoeding van de kosten van thuiszorg in aanmerking te komen, dient een cliënt over een geldige indicatie te beschikken. In de AWBZ inventariseert het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) de zorgbehoefte van de verzekerde en stelt de inhoud en omvang van de aanspraak vast. In de WMO kan de gemeente besluiten om de indicatiestelling zelf te doen of deze uit besteden aan bijvoorbeeld het CIZ.

2. Wettelijke concurrentiemogelijkheden in de thuiszorg

2.1 Inleiding

In dit onderzoek maken we gebruik van de definitie van concurrentie zoals gehanteerd in het 'Visiedocument AWBZ-zorgmarkten' van de NMa. Dit betekent dat er sprake is van concurrentie wanneer tenminste in enige mate voldaan is aan de volgende drie voorwaarden (NMa, 2004a):

1. Er bestaat vrijheid voor aanbieders in het bepalen van de hoeveelheid, samenstelling, vorm, prijs en/of kwaliteit van het aanbod.
2. Er bestaan voor aanbieders prikkels om de 'productie' te verhogen.
3. Aanbieders kunnen met behulp van de hiervoor genoemde vrijheden invloed uitoefenen op de vraag naar hun product. Zij zullen hiertoe vooral worden geprikkeld wanneer afnemers meer mogelijkheden hebben om een aanbieder te kiezen en de inhoud en omvang van de zorgvraag te bepalen.

De mogelijkheden voor concurrentie nemen toe, naarmate in hogere mate voldaan wordt aan de drie genoemde voorwaarden. In dit hoofdstuk staat eerstgenoemde voorwaarde centraal: biedt de relevante wet- en regelgeving aanbieders van thuiszorg de vrijheid om de samenstelling, vorm, prijs, kwaliteit en/of hoeveelheid van hun aanbod te bepalen en zo ja, in welke mate? Bij onze analyse van de juridische context maken we onderscheid tussen de wettelijke mogelijkheden voor concurrentie in de AWBZ (paragraaf 2.2) en die in de WMO (paragraaf 2.3). Het hoofdstuk sluit af met een algemene conclusie over de wettelijke mogelijkheden voor concurrentie in de thuiszorg (paragraaf 2.4)

2.2 Thuiszorg in de AWBZ

2.2.1 Vrijheid ten aanzien van samenstelling en vorm

De AWBZ is een volksverzekering die – althans oorspronkelijk – bedoeld was voor de dekking van particulier onverzekerbare ziektekostenrisico's. In het Besluit Zorgaanspraken AWBZ staat de aard, inhoud en omvang van de zorg beschreven waar een verzekerde aanspraak op heeft. Sinds 1 april 2003 zijn de AWBZ-aanspraken omschreven in termen van functies (Staatsblad, 2002). Voorheen was het Besluit Zorgaanspraken AWBZ sterk aanbodgericht opgesteld en onderverdeeld naar sectoren.

Tot 1 januari 2007 werden er binnen de AWBZ zeven functies onderscheiden: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Met de inwerkingtreding

van de WMO is de functie huishoudelijke verzorging in de AWBZ komen te vervallen (Staatsblad, 2006a). Sindsdien kent de AWBZ dus nog zes functies. Met betrekking tot thuiszorg geldt dat de functie verblijf niet relevant is, omdat deze betrekking heeft op het tijdelijk of permanent wonen in een instelling. Ook de functie behandeling behoort niet tot de thuiszorg. Tabel 2.1 geeft de voor thuiszorg relevante functieomschrijvingen weer zoals opgenomen in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ en enkele praktische voorbeelden.

In navolging van de invoering van functiegerichte aanspraken vindt ook de indicatiestelling, de toelating en de tariefstelling/financiering plaats naar functies. Doel van de functiegerichte benadering is geweest een omslag van aanbod- naar vraagsturing te realiseren (Tweede kamer, 2003, blz. 4): *“Invoering van een AWBZ-brede functiegerichte bekostiging, die recht doet aan de gewenste dynamiek en flexibiliteit in de zorg en waarbij de schotten tussen de onderscheiden sectoren vervallen, ondersteunt deze omslag. Partijen krijgen maximale ruimte om afspraken te maken over prijzen en producten die nodig zijn om in de zorgbehoefte van cliënten te voorzien.”*

Door ook de toelating van zorgaanbieders naar functies te laten plaatsvinden is het sectorale onderscheid in de AWBZ komen te vervallen (de zogeheten ‘ontschotting’). Aanbieders van AWBZ-zorg hebben hierdoor meer vrijheid gekregen om de **samenstelling** van hun aanbod te bepalen. Voorheen kwamen aanbieders van thuiszorg alleen voor AWBZ-toelating (zie ook Bijlage A) in aanmerking wanneer zij – al dan niet via een samenwerkingsovereenkomst – het hele palet aan thuiszorg konden leveren. De functiegerichte benadering maakt het voor thuiszorgaanbieders ten aanzien van de samenstelling van hun aanbod echter mogelijk om ervoor te kiezen zich te richten op één of enkele functies (CVZ, 2004, blz. 3): *“Vóór 1 april 2003 moest een instelling de gehele aanspraak kunnen leveren om voor toelating in aanmerking te komen. Sinds die datum krijgt een instelling een toelating als deze instelling de betreffende aanspraak in tenminste één verschijningsvorm levert. Dit hangt samen met het feit dat de functiegerichte aanspraken op zeer verschillende manieren kunnen worden ingevuld.”* Ook kunnen zorgaanbieders die dat eerder niet konden nu besluiten om elkaar te gaan beconcurreren (Staatsblad, 2002): *“Door het laten vervallen van de sectoren (ontschotting) wordt het bestaande aanbieders mogelijk gemaakt ook in andere sectoren zorg te bieden.”*

Tabel 2.1: Functieomschrijvingen in de thuiszorg (Besluit Zorgaanspraken AWBZ)

Functie	Formele omschrijving in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ	Praktische voorbeelden
Huishoudelijke verzorging (tot 1 januari 2007)	<i>Art. 3:</i> Huishoudelijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van het verzorgen van het huishouden in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem die of dat leidt of dreigt te leiden tot het disfunctioneren van de verzorging van het huishouden van de verzekerde dan wel van de leefeenheid waartoe de verzekerde behoort, te verlenen door een instelling.	Opruimen, schoonmaken, het verzorgen van planten, ramen lappen en maaltijden klaarmaken.
Persoonlijke verzorging	<i>Art. 4:</i> Persoonlijke verzorging omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling.	Helpen met douchen, wassen op bed, aankleden, scheren, huidverzorging, hulp bij toiletgang en hulp bij eten en drinken.
Verpleging	<i>Art. 5:</i> Verpleging omvat verpleging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling.	Wondverzorging, toedienen van medicijnen, geven van injecties, advies hoe om te gaan met ziekte en het zelf leren injecteren.
Ondersteunende begeleiding	<i>Art. 6:</i> Ondersteunende begeleiding omvat ondersteunende activiteiten in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling.	Ondersteuning om de dag te structureren, ondersteuning om beter de regie te kunnen voeren over het eigen leven, dagverzorging, dagbesteding, hulp bij het leren zorgen voor het eigen huishouden.
Activerende begeleiding	<i>Art. 7:</i> Activerende begeleiding omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op: a. herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek; of b. het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.	Gesprekken om gedrag te veranderen of te leren hanteren bij gedragsproblemen of een psychische stoornis.

Wat betreft de **vorm** van de aangeboden zorg binnen een functie zijn thuiszorgaanbieders gehouden aan centraal vastgestelde, prestatiebeschrijvingen. Hierbij is het overigens nadrukkelijk de bedoeling om de landelijke sturing te beperken tot het globale niveau, zodat de daadwerkelijke invulling op het niveau van specifieke producten/diensten decentraal kan plaatsvinden (Staatsblad, 2002): *“De concretisering van de aanspraken vindt dus op individueel verzekerde-niveau plaats, waardoor daadwerkelijk zorg-op-maat wordt gerealiseerd.”* Sinds de inwerkingtreding van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) op 1 oktober 2006 behoort het vaststellen van prestatiebeschrijvingen tot het takenpakket van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Op markten waar geen eenduidigheid bestaat over de precieze producten/diensten waarover marktpartijen moeten onderhandelen – zoals bij een heterogeen ‘product’ als thuiszorg – is realisatie van duidelijke productomschrijvingen een voorwaarde voor concurrentie tussen aanbieders (Tweede Kamer, 2005c, blz. 23): *“Reguleren van product- en prestatieomschrijvingen is gewenst wanneer er in de sector geen eenduidigheid bestaat over de precieze producten en diensten die marktpartijen gaan contracteren. (...) Eenduidige omschrijvingen maken een goede prijsvergelijking mogelijk. Vooral bij markten in transitie kan dit helpen bij het op gang brengen van marktwerking.”*

Om te voorkomen dat het gebruik van vooraf vastgestelde prestatiebeschrijvingen vernieuwingen in de zorg belemmert, kunnen innovatieve experimenten op grond van de vigerende wetgeving via een specifieke beleidsregel voor financiering in aanmerking komen (CTG/ZAio, 2005a). In de thuiszorg worden op deze manier momenteel twee experimenten gefinancierd. Dit betreft het experiment ‘screen-to-screen’ zorg (sinds 1 juli 2006 met opeenvolgende beleidsregels CA-94, CA-123 en CA-197) en het experiment met de elektrische kousenhulp (sinds 1 juni 2006 met opeenvolgende beleidsregels CA-111, CA-116 en CA-196).

Tabel 2.2 laat zien dat het aantal prestaties op het gebied van thuiszorg is toegenomen van 11 in 2004 tot maximaal 17 in 2006. Na de overheveling van de huishoudelijke verzorging naar de WMO bestaat de AWBZ-thuiszorg in 2007 nog uit 16 mogelijke prestaties. De toevoeging van nieuwe prestatiebeschrijvingen in de thuiszorg heeft vooral tot doel gehad om recht te doen aan bestaande verschillen in zorgzwaarte, zodat de mogelijkheden voor *eerlijke* concurrentie tussen aanbieders in genoemde periode zijn toegenomen. Wanneer de heterogeniteit (zorgzwaarte) van patiënten per prestatiebeschrijving sterker uiteenloopt hebben aanbieders met relatief veel qua zorgzwaarte ongunstige patiënten een slechte concurrentiepositie.

Tabel 2.2: Prestatiebeschrijvingen thuiszorg

Functie	Beleidsregel	II-651	II-721	CA-45	CA-124
	Jaar	2004	2005	2006	2007
Huishoudelijke verzorging		X	X	X	
Persoonlijke verzorging		X	X	X	X
Persoonlijke verzorging extra		X	X	X	X
Persoonlijke verzorging speciaal				X	X
Verpleging		X	X	X	X
Verpleging extra		X	X	X	X
Gespecialiseerde verpleging		X	X	X	X
Verpleging – advies, instructie en voorlichting			X	X	X
Begeleiding		X	X	X	X
Begeleiding extra		X	X	X	X
Begeleiding speciaal		X	X		
Begeleiding speciaal 1				X	X
Begeleiding speciaal 2				X	X
Activerende thuiszorg		X	X	X	X
Activerende psychologische thuiszorg		X			
Activerende begeleiding speciaal			X		
Activerende begeleiding speciaal 1				X	X
Activerende begeleiding speciaal 2				X	X
Activerende begeleiding speciaal 3				X	X
Transfer/Indicatiestelling			X	X	X
Aantal onderscheiden prestaties		11	13	17	16

Concluderend kan gesteld worden dat de wet- en regelgeving aanbieders van AWBZ-thuiszorg een aanzienlijke vrijheid laat om zelf de samenstelling en vorm van hun aanbod te bepalen. Weliswaar dienen aanbieders zich hierbij te houden aan de in de geldende beleidsregels gespecificeerde prestatiebeschrijvingen, maar deze zijn zeer globaal.

2.2.2 Vrijheid ten aanzien van prijs

De NZa heeft op grond van de WMG de wettelijke bevoegdheid om op zorginkoopmarkten tarieven te reguleren. Hiervoor stelt zij beleidsregels op die de minister van VWS goedkeurt. Deze bepaalt namelijk (i) op welke deelmarkten de tarieven gereguleerd moeten worden en (ii) welke vorm van tariefregulering daar dan toegepast moet worden. Mogelijke vormen van tariefregulering zijn vaste tarieven, maximum-, minimum- en bandbreedtetarieven.

In de thuiszorg stelt de NZa door middel van een beleidsregel momenteel voor iedere prestatiebeschrijving een maximumtarief vast.² Dat betekent dat de thuiszorgaanbieders geen hoger tarief in rekening mogen brengen dan de maximum beleidsregelwaarde. Ter

² Gedurende de jaren voorafgaand aan de inwerkingtreding van de WMG was de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) van kracht. Op grond van deze wet – die op 1 februari 2005 werd gewijzigd in WTG ExPres (Staatsblad, 2005) – stelde het toenmalige College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) maximumtarieven voor de AWBZ-thuiszorg vast.

illustratie zijn in tabel 2.3 de maximumtarieven per thuiszorgprestatie sinds 2004 opgenomen.

Tabel 2.3: Maximumprijzen prestatiebeschrijvingen thuiszorg

Functie	Beleidsregel	II-651	II-721	CA-45	CA-124
	Jaar	2004	2005	2006	2007
Huishoudelijke verzorging (HV-2)		€26,70	€26,30	€24,30	
Persoonlijke verzorging		€34,10	€39,10	€41,60	€42,20
Persoonlijke verzorging extra		€36,50	€41,90	€44,50	€45,20
Persoonlijke verzorging speciaal				€62,10	€63,00
Verpleging		€58,90	€59,40	€62,10	€63,00
Verpleging extra		€63,10	€63,60	€66,50	€67,50
Gespecialiseerde verpleging		€65,60	€64,30	€67,20	€68,30
Verpleging – advies, instructie en voorlichting			€59,40	€62,10	€63,00
Begeleiding		€42,90	€44,20	€44,60	€45,30
Begeleiding extra		€45,90	€47,40	€47,80	€48,50
Begeleiding speciaal		€82,00	€71,90		
Begeleiding speciaal 1				€73,80	€75,10
Begeleiding speciaal 2				€73,80	€75,80
Activerende thuiszorg		€42,90	€45,40	€47,50	€48,20
Activerende psychologische thuiszorg		€133,40			
Activerende begeleiding speciaal			€84,40		
Activerende begeleiding speciaal 1				€86,60	€88,10
Activerende begeleiding speciaal 2				€99,60	€101,30
Activerende begeleiding speciaal 3				€101,80	€104,60
Transfer/Indicatiestelling		€87,40	€90,20	€91,00	€92,30
Aantal onderscheiden prestaties		11	13	17	16

Wat betreft de vrijheid die thuiszorgaanbieders hebben bij het bepalen van hun prijs geldt dat het per prestatie vastgestelde maximumtarief de bovengrens vormt. Het staat thuiszorgaanbieders dus vrij om een lager tarief dan het geldende maximumtarief in rekening te brengen, zodat prijsconcurrentie tussen aanbieders mogelijk is.

2.2.3 Vrijheid ten aanzien van kwaliteit

Iedere aanbieder die zorg omschreven bij of krachtens de AWBZ levert, dient te voldoen aan de in de Kwaliteitswet zorginstellingen omschreven kwaliteitseisen. Deze wet – die in 1996 in werking is getreden – heeft als doel te bewerkstelligen dat de zorg die door “instellingen van gezondheidszorg” wordt verleend van verantwoorde kwaliteit is (Staatsblad, 1996, artikel 2): “De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.” Het is echter de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder hoe het verlenen van verantwoorde zorg tot stand komt. De overheid geeft niet in detail aan hoe kwaliteit en kwaliteitsborging eruit moet zien. Het wordt nadrukkelijk aan ‘het veld’ zelf

overgelaten om met behulp van in de praktijk ontwikkelde normen en standaarden inhoud te geven aan deze begrippen (artikel 3): *“De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Hierbij betreft hij de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties.”*

Het toezicht op naleving van de Kwaliteitswet Zorginstellingen berust bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Overigens stelt deze wet slechts globale eisen aan zorgaanbieders. De centrale gedachte van deze wet is dat aanbieders in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg en daarom de ruimte moeten hebben om een eigen kwaliteitsbeleid vorm te geven. Aanbieders (of hun koepelorganisaties) moeten de algemene eisen die de wet stelt zelf nader uitwerken en invullen, zodat eigen verantwoordelijkheid het uitgangspunt vormt. De Kwaliteitswet Zorginstellingen specificeert louter de minimumkwaliteitseisen waaraan aanbieders in ieder geval moeten voldoen. Deze wet biedt hen de volledige vrijheid om te komen tot extra inspanningen op het gebied van kwaliteit.

2.2.4 Vrijheid ten aanzien van hoeveelheid

Tot 2005 was in de gehele AWBZ – en dus ook op de markt voor thuiszorg – sprake van het zogeheten ‘boter-bij-de-vis’ principe: als de situatie daartoe aanleiding gaf konden zorgaanbieders met het zorgkantoor extra productieafspraken maken en – mits deze productie ook daadwerkelijk werd gerealiseerd – extra financiële middelen ontvangen. De vrijheid voor thuiszorgaanbieders ten aanzien van de hoeveelheid zorg die bij het zorgkantoor in rekening kon worden gebracht was daardoor maximaal.

Geconfronteerd met forse jaarlijkse overschrijdingen van het voor AWBZ-zorg beschikbare macrobudget – onderdeel van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) – is het ‘boter-bij-de-vis’ principe in 2005 vervangen door een bekostigingssysteem met regionaal afgeperkte budgetten. Sindsdien is sprake van een macrokader (de totale financiële contracteerruimte) dat vervolgens verdeeld wordt in contracteerruimtes per individueel zorgkantoor (Tweede Kamer, 2004c). Deze zogeheten regionale contracteerruimte vormt de bovengrens van de productieafspraken die het zorgkantoor in totaal met zorgaanbieders mag maken (zie bijvoorbeeld NZa, 2007c).³ Een thuiszorgaanbieder die meer cliënten aantrekt dan vooraf met het zorgkantoor is afgesproken, kan extra productie

³ Onlangs heeft Achmea middels een kort geding geëist dat dit budgettaire plafond van de AWBZ wordt afgehaald. Deze eis is echter afgewezen omdat “niet aannemelijk is geworden dat de contracteerruimte aanspraken van verzekerden frustreert” (Rechtbank 's-Gravenhage, 2007). Zie ook de artikelen ‘Achmea zet aanval in op AWBZ-systeem’ en ‘Plafond AWBZ is toch hoog genoeg’ in *Het Financieele Dagblad* van respectievelijk 26 oktober 2007 en 14 november 2007.

in beginsel alleen bekostigd krijgen als bij concurrerende zorgaanbieders in de regio – of eventueel bij aanbieders in een andere regio – sprake is van een overschrijding.⁴ Met andere woorden, sinds 2005 is de vrijheid die individuele aanbieders van thuiszorg hebben ten aanzien van de hoeveelheid zorg die zij in rekening mogen brengen begrensd door de regionaal beschikbare contracteerruimte en de uit het contracteer- en inkoopbeleid van zorgkantoren (paragraaf 3.2) voortvloeiende verdeling van deze financiële middelen. Deze begrenzing is echter niet hard, aangezien cliënten – daartoe al dan niet gestimuleerd door zorgaanbieders zelf – een beroep kunnen doen op een PGB. Hoewel voor de PGB-uitgaven in de AWBZ een zogeheten subsidieplafond van kracht is, wordt dit in de praktijk verhoogd zodra een overschrijding ervan dreigt. Zo bedroeg het subsidieplafond in 2007 aanvankelijk 1.064 miljoen euro, maar dat is inmiddels in vier stappen verhoogd tot 1.445 miljoen euro (Tweede Kamer, 2007c). De omvang van de PGB-uitgaven stijgt sterk: in 2007 tot op heden dus al met ruim 35%.

2.3 Thuiszorg in de WMO

2.3.1 Vrijheid ten aanzien van samenstelling en vorm

In tegenstelling tot in de AWBZ zijn in de WMO geen specifieke aanspraken geformuleerd. De WMO legt gemeenten een zogeheten compensatieplicht op. Dit betekent dat gemeenten ervoor zorg dienen te dragen dat iedere burger de ondersteuning krijgt die gezien zijn/haar beperking(en) nodig is. Artikel 4 van de WMO verwoordt deze verplichting als volgt (Staatsblad, 2006b): *“Ter compensatie van de beperkingen die een persoon (...) ondervindt in zijn zelfredzaamheid en zijn maatschappelijke participatie, treft het college van burgemeester en wethouders voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning die hem in staat stellen: (a) een huishouden te voeren; (b) zich te verplaatsen in en om de woning; (c) zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel; (d) medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan.”*

Het compensatiebeginsel houdt in dat gemeenten burgers met beperkingen moeten compenseren via het treffen van voorzieningen. De WMO laat het vervolgens aan de gemeenten zelf over om te bepalen welke voorzieningen zij nodig achten en hoe zij hierin wensen te voorzien. Er is namelijk gekozen voor een grote mate van lokale beleidsvrijheid van gemeenten (Tweede Kamer, 2004b). De Memorie van Toelichting bij

⁴ Een uitzondering vormt de situatie wanneer sprake is van een regionaal knelpunt. In dat geval kan een beroep worden gedaan op de knelpuntenprocedure waarbij het gaat om de mogelijke inzet van *extra* financiële middelen bovenop het vastgestelde budgettaire kader. De inzet van extra geld is echter alleen aan de orde als via een vastomlijnde procedure kan worden aangetoond dat er inderdaad een problematisch knelpunt is. Hiervan is sprake “indien het niet mogelijk is om met de regionaal beschikbare middelen, eventueel aangevuld met onbestede middelen uit de andere regio’s, aan verzekerden de geïndiceerde AWBZ-zorg binnen de Treeknorm te leveren” (NZA, 2007d, blz. 5).

het oorspronkelijke wetsvoorstel benadrukt dat gemeentelijke beleidsvrijheid het dominante sturingsmodel van de WMO is (Tweede Kamer, 2005b, blz. 18): *“Gemeenten krijgen een grote mate van vrijheid bij de invulling van de WMO. Zij zijn vrij om op de wijze die zij zelf het meest efficiënt en doelmatig achten noodzakelijke contracten, regelingen en administratieve procedures te regelen.”*

Voor de hulp bij het huishouden betekent dit dat gemeenten de vrijheid hebben om deze vorm van thuiszorg indien gewenst op een geheel nieuwe manier in te richten dan de zorgkantoren voorheen deden. Gemeenten hoeven zich daarbij niet te houden aan de prestatiebeschrijvingen voor huishoudelijke verzorging zoals die in de AWBZ van kracht waren. De uitwerking van het compensatiebeginsel uit artikel 4 WMO geeft gemeenten de vrijheid om zelf tot een eigen invulling te komen van de definitie van hulp bij het huishouden. Wel is bij de overheveling van de AWBZ-functie huishoudelijke verzorging naar de WMO wettelijk geregeld dat cliënten ‘overgangsrechten’ hebben. Op grond van artikel 41 van de WMO houden burgers hun rechten en plichten voor huishoudelijke verzorging tijdens de looptijd van hun indicatie, tot maximaal één jaar na inwerkingtreding van de WMO. Hierbij wordt de rol van de zorgverzekeraar overgenomen door het college van burgemeester en wethouders. Er bestaat echter geen recht op het behoud van de AWBZ-zorgaanbieder, zodat de gemeente ook voor burgers die voor inwerkingtreding van de WMO reeds huishoudelijke verzorging ontvingen zelf kan bepalen welke aanbieder deze zorg nu gaat leveren.

De beleidsvrijheid die gemeenten op het gebied van huishoudelijke hulp hebben gekregen, betekent dat concrete invulling van deze vorm van thuiszorg per gemeente kan verschillen. Aanbieders hebben de vrijheid om hier bij het bepalen van de samenstelling en vorm van hun aanbod zo goed mogelijk op in te spelen.

2.3.2 Vrijheid ten aanzien van prijs

Met de overheveling vanuit de AWBZ naar de WMO zijn de maximumtarieven voor huishoudelijke verzorging niet langer van kracht. Op de nieuwe markt voor huishoudelijke hulp is sinds 1 januari 2007 sprake van vrije prijsvorming.

2.3.3 Vrijheid ten aanzien van kwaliteit

Net als bij de thuiszorg die nog wel onderdeel uitmaakt van de AWBZ geldt ook voor de hulp bij het huishouden dat geen sprake is van gedetailleerde wettelijke kwaliteitseisen. Wel dient de door gemeente geboden hulp bij het huishouden aan twee algemene randvoorwaarden te voldoen. Allereerst vloeit logisch uit het compensatiebeginsel voort dat de kwaliteit tenminste zodanig moet zijn dat de burger “ermeê geholpen wordt” (Tweede Kamer, 2007a, blz. 12). Daarnaast is de Kwaliteitswet Zorginstellingen onverminderd van toepassing (Tweede Kamer, 2005b, blz. 16): *“De Kwaliteitswet zorginstellingen is van toepassing op zorg als omschreven bij of krachtens de*

Ziekenfondswet en de AWBZ (artikel 1, eerste lid, onder a, van de Kwaliteitswet zorginstellingen). Dat betekent dat deze wet onverminderd van toepassing is (blijft) op onderdelen van de AWBZ die deels onderdeel blijven uitmaken van het verzekerde pakket van de AWBZ, en deels, in het kader van de WMO, tot de verantwoordelijkheid van de gemeente gaan behoren.”

Om eventuele onduidelijkheden op dit punt volledig weg te nemen heeft de toenmalige staatssecretaris van VWS toegezegd de Kwaliteitswet Zorginstellingen uitdrukkelijk van toepassing te verklaren op de huishoudelijke verzorging ook na overheveling van deze AWBZ-functie naar de WMO (Tweede Kamer, 2006a, blz. 70): *“Ik zal in elk geval de toepasselijkheid van de kwaliteitswet op huishoudelijke verzorging bij AMvB buiten twijfel zetten. Dus ook als een schoonmaakbedrijf wordt ingehuurd, zal dat voor dit deel van de dienstverlening onder de Kwaliteitswet vallen en dus ook onder het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.”* Met ingang van 1 januari 2007 is “huishoudelijke verzorging als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder h, van de Wet maatschappelijke ondersteuning” middels een wijziging van het relevante uitvoeringsbesluit dan ook expliciet aangewezen als zorg in de zin van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Staatsblad, 2006a).

Dit betekent dat alle aanbieders van hulp bij het huishouden – en dus ook eventuele nieuwe toetreders zoals gespecialiseerde schoonmaakbedrijven (zie Bijlage A) – aan de in genoemde wet geformuleerde globale minimumkwaliteitseisen moeten voldoen. Zoals reeds geconstateerd in paragraaf 2.2.3 is de centrale gedachte van de Kwaliteitswet dat instellingen in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg en daarom de vrijheid hebben om een eigen kwaliteitsbeleid vorm te geven.

2.3.4 Vrijheid ten aanzien van hoeveelheid

Zowel voor de gehele WMO als voor de hulp bij het huishouden die daar onderdeel van is, wordt door het kabinet een macrobudget vastgesteld. Wat betreft de minimaal benodigde omvang van het macrobudget voor de huishoudelijke hulp brengt het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) jaarlijks een bindend advies uit. Het beschikbare macrobudget wordt vervolgens met behulp van een verdeelmodel over de verschillende gemeenten verdeeld. Voor 2007 is bij deze verdeling louter gebruik gemaakt van historische gegevens. Met ingang van 2008 worden de beschikbare WMO-middelen verdeeld volgens een objectief verdeelmodel dat door het ministerie van BZK in nauwe samenwerking met de VNG en het ministerie van VWS is ontwikkeld. De financiële middelen die een gemeente ter dekking van de (verwachte) uitgaven aan huishoudelijke hulp ontvangt, maken onderdeel uit van de uitkering uit het Gemeentefonds en zijn niet geoormerkt. Gemeenten zijn derhalve vrij in de besteding van hun integrale budget.

Voor aanbieders van hulp bij het huishouden geldt dat de vrijheid die zij hebben ten aanzien van de hoeveelheid zorg die zij in rekening mogen brengen, begrensd kan zijn door (i) de financiële middelen die gemeenten hiervoor in hun begroting hebben gereserveerd en/of (ii) de uit het gevoerde contracteer- en inkoopbeleid (paragraaf 3.3) resulterende verdeling ervan. In dit kader is voor individuele aanbieders met name van belang of sprake is van een contract met een vooraf afgesproken maximale productieomvang per aanbieder of zogeheten raamcontracten waarbij de uiteindelijke productieomvang van iedere aanbieder volledig afhankelijk is van de voorkeuren die cliënten gedurende het jaar laten blijken. Net als bij de AWBZ-thuiszorg geldt ook hier dat een eventuele begrenzing niet hard is, aangezien cliënten – daartoe al dan niet gestimuleerd door zorgaanbieders zelf – een beroep kunnen doen op een PGB.

2.4 Conclusie

Op grond van de in dit hoofdstuk beschreven wet- en regelgeving kan geconcludeerd worden dat zowel in de AWBZ als in de WMO de wettelijke mogelijkheden voor concurrentie tussen thuiszorgaanbieders aanzienlijk zijn. In tabel 2.4 is overzichtelijk samengevat welke vrijheidsgraden de vigerende wetgeving aan aanbieders laat bij het vaststellen van de samenstelling/vorm, prijs, kwaliteit en hoeveelheid thuiszorg.

Tabel 2.4: Wettelijke mogelijkheden voor concurrentie thuiszorg in AWBZ en WMO

	Thuiszorg in de AWBZ		Thuiszorg in de WMO	
	Vrijheid	Randvoorwaarde(n)	Vrijheid	Randvoorwaarde(n)
Samenstelling/vorm	+	Prestatiebeschrijvingen	++	
Prijs	+	Maximumtarieven	++	
Kwaliteit	+	Minimumkwaliteitseisen	+	Minimumkwaliteitseisen
Hoeveelheid	+	Contracteerruimte Subsidieplafond PGB	+	Macrobudget

Uit bovenstaande overzichtstabel blijkt dat de wettelijke mogelijkheden voor concurrentie in de WMO groter zijn dan in de AWBZ, waar de concurrentiemogelijkheden enigszins worden begrensd door de wettelijke maximumprijzen per prestatiebeschrijving. Niettemin bestaan ook in de AWBZ volop mogelijkheden voor concurrentie aan de aanbodzijde.

3. Prikkel voor concurrentie vanuit de vraagzijde

3.1 Inleiding

Wanneer de wet- en regelgeving thuiszorgaanbieders ruimte biedt om te concurreren, is daarmee nog niet gezegd dat aanbieders daadwerkelijk met elkaar concurreren. Daarvoor is het, zie ook de eerdergenoemde definitie van concurrentie, noodzakelijk dat thuiszorgaanbieders prikkels ondervinden van de vraagzijde van de markt om onderling te concurreren. In dit hoofdstuk is achtereenvolgens aandacht voor het contracteer- en inkoopbeleid van zorgkantoren (paragraaf 3.2), het contracteer- en inkoopbeleid van gemeenten (paragraaf 3.3), de PGB-houders (paragraaf 3.4) en mogelijke overstapbelemmeringen (paragraaf 3.5). In de afsluitende paragraaf 3.6 worden onze bevindingen samengevat.

3.2 Contracteer- en inkoopbeleid zorgkantoren

Voor de thuiszorg die onderdeel uitmaakt van de AWBZ geldt dat zorgverzekeraars formeel verantwoordelijk zijn voor de zorginkoop voor hun verzekerden. Met behulp van een mandaatconstructie is deze taak ondergebracht bij regionale zorgkantoren. Een zorgkantoor is een onderdeel van een verzekeraar (vaak de grootste) die per regio de uitvoering van de AWBZ voor zijn rekening neemt en dus namens alle betrokken verzekeraars als inkoper richting de zorgaanbieders optreedt (IBO-AWBZ, 2005). In totaal kent Nederland 32 verschillende zorgkantorregio's. Als gevolg van de huidige mandaatconstructie beschikt in elk van deze regio's het betreffende zorgkantoor over een regionale monopoliepositie. Om te voldoen aan de wettelijke zorgplicht dient een zorgkantoor voldoende zorg in te kopen bij aanbieders die (i) over een geldige toelating beschikken en (ii) statutair gevestigd zijn in de betreffende zorgkantorregio.

Tot 1 september 2004 gold er voor zorgkantoren een contracteerplicht voor alle vormen van AWBZ-zorg en dus ook voor thuiszorg. Dit betekende dat het zorgkantoor wettelijk verplicht was met elke toegelaten instelling die daarom verzocht in zijn regio een overeenkomst te sluiten. Bovendien gold er een omgekeerde contracteerplicht: aanbieders die met een bepaald zorgkantoor een contract hadden gesloten, waren verplicht om op verzoek van een ander zorgkantoor onder dezelfde voorwaarden ook een overeenkomst te sluiten. Met de opheffing van de contracteerplicht voor de extramurale AWBZ-zorg is een contract met het regionale zorgkantoor voor thuiszorgaanbieders geen vanzelfsprekendheid meer (Staatsblad, 2004).⁵ Zorgkantoren hebben de wettelijke mogelijkheid om selectief te contracteren waardoor hun onderhandelingspositie ten opzichte van zorgaanbieders in elk geval op papier is versterkt (CTG/ZAio, 2005b). Om meer kans te maken op een (grotere) hoeveelheid gecontracteerde zorg zullen

⁵ Verzekerden die ontevreden zijn over het inkoopbeleid van hun regionale zorgkantoor hebben de mogelijkheid om via een PGB zelf zorg in te kopen (zie paragraaf 3.4).

thuiszorgaanbieders zich in positieve zin moeten differentiëren op het gebied van samenstelling, vorm, prijs en/of kwaliteit van hun aanbod. Tevens van belang is dat zorgkantoren ten aanzien van extramurale AWBZ-zorg weliswaar geen contracteerplicht meer hebben, maar wel een zorgplicht. Dat wil zeggen dat zij de opdracht hebben om voldoende zorg in te kopen voor de cliënten in hun regio die daar recht op hebben. In geval van eventuele schaarste aan de aanbodzijde is dus feitelijk sprake van een *indirecte* contracteerplicht. De wettelijke zorgplicht die zorgkantoren hebben maakt dat zij altijd voldoende kwalitatief goede zorg moeten inkopen voor de cliënten in hun regio. Dit verschaft hen in beginsel prikkels om doelmatige zorg in te kopen.

Wat betreft de wijze van financiering is van belang dat na beëindiging van het ‘boter-bij-de-vis’ principe in 2005 het beschikbare macrokader wordt verdeeld in regionale contracteerruimtes per individueel zorgkantoor (paragraaf 2.2.4). De zorgkantoren lopen hierover echter geen financieel risico: de regionale contracteerruimte vormt simpelweg de bovengrens van de productieafspraken die met zorgaanbieders mogen worden gemaakt. Naast een budget om hun zorguitgaven mee te financieren ontvangen zorgkantoren ook een budget ter dekking van beheerskosten. Dit budget is afhankelijk van verschillende regionale omstandigheden zoals het aantal inwoners. In tegenstelling tot de kosten van zorg zijn zorgkantoren wel risicodragend voor hun beheerskostenbudget. Door deze wijze van financiering kan een perverse prikkel ontstaan. Zie bijvoorbeeld NZa (2007a, blz. 36): *“Aangezien zorgkantoren geen risico dragen over de zorgkosten, maar er uitsluitend sprake is van een prikkel om de beheerskosten laag te houden, ondervinden zorgkantoren een prikkel om niet te veel te onderhandelen en snel akkoord te gaan met de wensen van de zorgaanbieders. Ook is het daardoor voordelig om zoveel mogelijk zorg in te kopen bij een beperkt aantal aanbieders (weinig contracten) en niet te veel nieuwe partijen op de markt toe te laten (status-quo bias).”*

Gehanteerde uitgangspunten

Ondanks het feit dat de context waarbinnen zorgkantoren actief zijn hen niet zonder meer dwingt om scherp in te kopen, is het stimuleren van concurrentie tussen aanbieders wel degelijk onderdeel van hun contracteer- en inkoopbeleid. Zo bevatte het convenant dat VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) voor het jaar 2005 hadden gesloten de afspraak dat zorgkantoren voor de inkoop van zorg een “transparant en toetsbaar contracteerbeleid” zouden ontwikkelen (Staatscourant, 2005). In het daaropvolgende convenant voor de periode 1 januari 2006 tot en met 31 december 2008 is deze passage als volgt aangescherpt (Staatscourant, 2006): *“Voor de zorginkoop ontwikkelt het zorgkantoor een transparant, non discriminatoir en toetsbaar contracteerbeleid waarin bestaande en nieuwe aanbieders op gelijke manier worden*

behandeld.” Wel is daaraan toegevoegd dat het zorgkantoor “rekening houdt” met de continuïteit van zorg.⁶

In navolging van bovenstaande convenantafpraak heeft ZN een ‘gezamenlijk referentiekader’ voor het contracteer- en inkoopbeleid van zorgkantoren opgesteld. Nadat de opheffing van de contracteerplicht voor extramurale AWBZ-zorg al eerder tot een aanscherping van het contracteerbeleid van zorgkantoren had geleid (zie bijvoorbeeld ZN, 2004 en 2005), staat in het gezamenlijke contracteer- en inkoopbeleid dat zorgkantoren voor 2007 hebben ontwikkeld nadrukkelijk dat bij de inkoop van extramurale zorg “de spelregels van aanbesteding” zullen worden gehanteerd. De zorgkantoren nemen daarbij de volgende uitgangspunten in acht (ZN, 2006, blz. 10):

- Het contracteer- en inkoopbeleid is transparant, objectief en non-discriminatoir.
- Er wordt gekozen voor (i) een openbare procedure of (ii) een onderhandelingsprocedure met voorafgaande bekendmaking.
- Alle zorgkantoren hanteren dezelfde “geschiktheideisen” om te beoordelen of een aanbieder in aanmerking komt voor een contract.
- De algemene gunningvereisten worden in een overeenkomst vastgelegd.
- De beschikbare contracteerruimte wordt volgens het principe van “economische voordelige aanbieding” (lees: prijs-kwaliteitverhouding) aan aanbieders toebedeeld. Met dien verstande dat het zorgkantoor vooraf aangeeft welk percentage van de beschikbare contracteerruimte “vanuit de optiek van continuïteit van zorgverlening” aan bestaande aanbieders wordt toegekend en dus niet voor een dergelijke “selectieve gunning” is bestemd.

Zorgkantoren garanderen de continuïteit van zorgverlening door bestaande aanbieders een zogeheten budgetgarantie te bieden. Dat wil zeggen dat reeds gecontracteerde aanbieders jaarlijks een bepaald percentage van de in het voorafgaande jaar gerealiseerde productie behouden. Ieder zorgkantoor stelt zelf de hoogte van dit percentage vast. In het inkoopbeleid dat zorgkantoren voor 2007 hebben ontwikkeld staat over de “ruimte voor marktwerking” het volgende (ZN, 2006, blz. 13): *“Het zorgkantoor maakt een keuze ten aanzien van de verhouding tussen continuïteit en marktwerking (= een percentage van de contracteerruimte voor extramurale zorg waarin de inkoop is gebaseerd op een weging van de relatieve prestaties van aanbieders).”*

⁶ Ten aanzien van de continuïteit van zorg is artikel 15, lid 4 van de AWBZ van belang: *“Indien na beëindiging van een overeenkomst voor een bepaalde vorm van zorg door een zorgverzekeraar geen aansluitende overeenkomst voor die vorm van zorg met dezelfde zorgaanbieder tot stand komt, behoudt de verzekerde, zolang die zorg noodzakelijk is, jegens de zorgverzekeraar aanspraak op ononderbroken voortzetting van die vorm van zorg, te verlenen door dezelfde zorgaanbieder, wanneer die zorg is aangevangen voor de datum waarop de overeenkomst met die zorgaanbieder voor die desbetreffende vorm van zorg is beëindigd.”*

Beoordeling contracteer- en inkoopbeleid zorgkantoren door toezichthouders

Tot de inwerkingtreding van de WMG op 1 oktober 2006 was het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) belast met het toezicht op een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren. In 2005 heeft het CTZ de inkoop van zorg door zorgkantoren beoordeeld met als uitgangspunt de afspraken uit het 'Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren' (Staatscourant, 2005) voor zover die betrekking hadden op de toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en registratie van zorg. Het CTZ (2005) concludeerde destijds dat de zorgkantoren de meeste taken "in het algemeen" goed hadden uitgevoerd. Zo constateerde men dat de zorgkantoren er niet alleen in geslaagd waren om hun contracteerbeleid aan te passen aan de situatie die na opheffing van de contracteerplicht voor extramurale AWBZ-zorg en invoering van de regiobudgetten was ontstaan, maar ook dat zij in 2005 meer kortingen hadden weten te bedingen dan in 2004. Het algemene oordeel was dus "overwegend positief."

Sinds 1 oktober 2006 ziet de NZa toe op de uitvoering van de AWBZ. Net als het CTZ een jaar eerder concludeert ook de NZa ten aanzien van de zorgkantoren dat deze "gemeten aan wat van hen in 2005 verwacht werd op grond van de wet- en regelgeving en het Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren van 30 december 2004, de AWBZ in 2005 gemiddeld op ruim voldoende wijze hebben uitgevoerd" (NZa, 2006b, blz. 7). Deze algemene rapportage van de NZa bevat onder andere een tabel die de prestaties per concessiehouder per deelgebied inzichtelijk maakt om te komen tot "een vorm van benchmarking" en zorgkantoren zodoende te prikkelen "de uitvoering van de AWBZ op deelgebieden verder te verbeteren". Gezien de toegenomen mogelijkheden voor concurrentie in de extramurale AWBZ-zorg heeft de NZa in het bijzonder aandacht voor de ontwikkelingen in deze deelmarkt. Ten aanzien van het inkoopgedrag van zorgkantoren noemt de zorgautoriteit het in haar eerste monitorrapportage 'Extramurale AWBZ-zorg' positief dat bijna alle zorgkantoren in 2006 "volgens de principes van aanbesteding" zorg hebben ingekocht. Wel staat daar volgens hen tegenover dat "het deel van de contracteeruimte dat werd verdeeld op basis van deze zogenaamde principes van aanbesteding in 2006 zo beperkt [was] dat hiervan slechts beperkte prikkels tot het leveren van kwalitatief goede zorg uitgingen" (NZa, 2006a, blz. 7). Daarnaast constateert men dat de kwaliteitsindicatoren die zorgkantoren bij het beoordelen en vergelijken van zorgaanbieders hanteren nog te weinig uitkomstgericht zijn.

Ten opzichte van 2006 constateert de zorgautoriteit dat in 2007 "verbeteringen" in het inkoop- en contracteerbeleid van zorgkantoren waarneembaar zijn (NZa, 2007b). Zo is het gevoerde beleid transparanter geworden en spelen innovatie en kwaliteit inmiddels bij alle zorgkantoren een rol. Ook zijn de zogeheten garantiebudgetten die zorgkantoren voor bestaande aanbieders hanteren (iets) kleiner geworden, maar deze vormen volgens de NZa nog steeds een beperking van de ruimte voor onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders. In vergelijking met voorgaande jaren noemt men het wel positief dat in

2007 alle zorgkantoren een model hanteren waarbij het garantiebudget van de zorgaanbieder, de volumegroei van een zorgaanbieder, of de maximale prijs die een zorgaanbieder in rekening mag brengen, afhankelijk is van kwaliteitsaspecten of organisatorische en administratieve randvoorwaarden. Uit de meest recente monitorrapportage van de NZa (2007b) blijkt dat zorgkantoren in 2007 een gemiddelde korting van 3,1% hebben weten te bedingen op de voor extramurale AWBZ-zorg – inclusief thuiszorg – geldende maximumtarieven (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1: Gemiddeld door zorgkantoren bedongen korting extramurale AWBZ-zorg^a

	Korting op maximumtarief
2004	-1,4%
2005	-3,1%
2006	-3,2%
2007 ^b	-3,1%

Bron: NZa (2007b, blz. 52)

a. De genoemde percentages betreffen niet alleen de thuiszorg.

b. Betreft voorlopige omzet 2007.

Ten aanzien van thuiszorg blijkt uit tabel 3.2 dat de gemiddelde korting in 2007 het hoogst was voor de functie ‘verpleging extra’ en het laagst voor de functie ‘gespecialiseerde verpleging’.

Tabel 3.2: Gemiddeld door zorgkantoren bedongen korting uitgesplitst naar functie

	2006	2007
Huishoudelijke hulp: alfa	-0,5%	n.v.t.
Huishoudelijke verzorging	-1,3%	n.v.t.
Begeleiding	-5,8%	-3,4%
Begeleiding extra	-7,1%	-3,1%
Persoonlijke verzorging	-2,6%	-3,2%
Persoonlijke verzorging extra	-2,8%	-3,5%
Verpleging	-2,3%	-3,1%
Verpleging extra	-2,9%	-3,9%
Gespecialiseerde verpleging	-1,2%	-1,8%

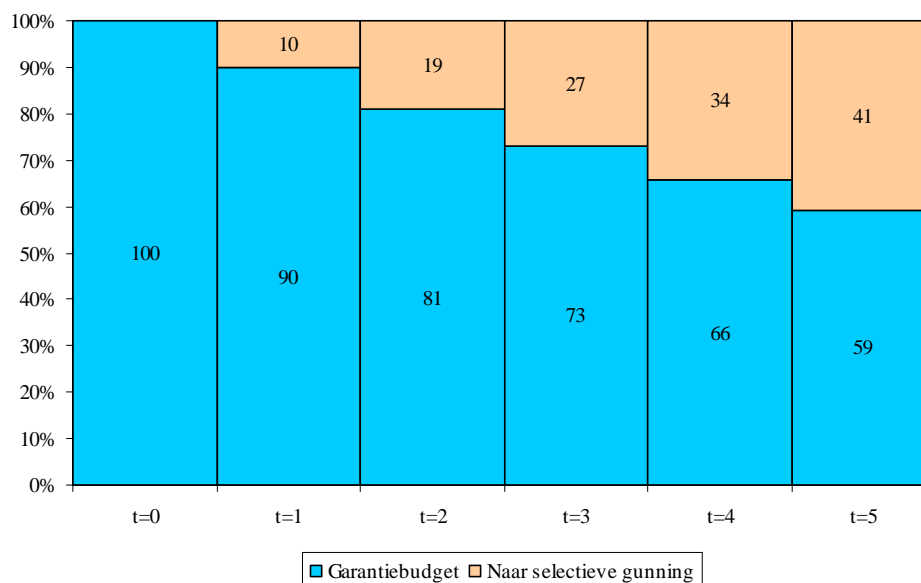
Bron: NZa (2007b, blz. 75)

Budgetgaranties en de mate van concurrentie

De mate van concurrentie op de markt voor AWBZ-thuiszorg wordt voor een belangrijk deel bepaald door de garantiebudgetten die zorgkantoren hanteren. Zoals de NZa in haar monitorrapportages terecht constateert vormen de omvangrijke budgetgaranties een beperking van de ruimte voor concurrentie tussen thuiszorgaanbieders, maar sluit deze nadrukkelijk niet uit (NZa, 2006a en 2007b). Reeds gecontracteerde aanbieders krijgen in dat geval immers jaarlijks een substantieel deel van de in het voorafgaande jaar gerealiseerde productie gegarandeerd. Het deel van de regionale contracteerruimte dat wordt verdeeld op basis van selectieve gunning is dan beperkt. In 2006 bedroeg de budgetgarantie voor reeds gecontracteerde aanbieders minimaal 90% (ZN, 2006).

Een budgetgarantie van 90% betekent dat thuiszorgaanbieders voor 10% van de regionale contracteerruimte onderling concurreren. Ondanks de garantiebudgetten ondervinden ook bestaande thuiszorgaanbieders prikkels om goed te presteren. Wanneer een individuele thuiszorgaanbieder er namelijk jaar op jaar niet in slaagt om via de door het zorgkantoor gehanteerde procedure van selectieve gunning bovenop het garantiebudget enig extra productievolume binnen te halen, dan resulteert dit erin dat na een periode van 5 jaar nog slechts 59% van het initiële productievolume ($t=0$) is gegarandeerd (zie figuur 3.1).⁷ Dit komt omdat de garantiebudgetten die zorgkantoren hanteren cumulatief zijn: het budgetdeel dat een aanbieder kan houden wordt afgeleid van de realisatie in het voorafgaande jaar. Een thuiszorgaanbieder die op grond van zijn relatieve prestaties geen extra productievolume wordt gegund krijgt zodoende in de loop van de tijd steeds minder budget gegarandeerd. Dit effect treedt nog sterker op wanneer een thuiszorgaanbieder in de onderlinge concurrentie met andere aanbieders gedurende een jaar minder cliënten weet aan te trekken dan waarvoor via het garantiebudget met het zorgkantoor een productieafspraken is gemaakt (zie ook paragraaf 2.2.4). De gerealiseerde productie is immers bepalend voor de omvang van het garantiebudget in het volgende jaar.

Figuur 3.1: Cumulatieve ontwikkeling garantiebudget individuele thuiszorgaanbieder zonder enige aanvulling via procedure van selectieve gunning



De precieze gevolgen van de cumulatieve budgetgaranties voor de ontwikkeling van de mate van concurrentie tussen thuiszorgaanbieders zijn afhankelijk van de manier hoe zorgkantoren de voor selectieve gunning beschikbare contracteerruimte onder de geïnteresseerde thuiszorgaanbieders verdelen. In tegenstelling tot een voortdurende

⁷ Te weten: 90% maal 90% maal 90% maal 90% maal 90%.

afname van de budgetgarantie (figuur 3.1) kan de omvang hiervan ook stabiel blijven of toenemen:

- Wanneer de reeds gecontracteerde thuiszorgaanbieders er jaarlijks in slagen om hun totale budget via de selectieve gunning weer tot 100% aan te vullen, dan ontstaat een status-quo. Afhankelijk van de door de overheid beschikbaar gestelde regionale groeirimte veranderen de historisch gegroeide marktaandeelen in dat geval niet of nauwelijks.
- Wanneer een zorgkantoor – bijvoorbeeld om ‘doelmatig met de beheerskosten om te gaan’ – er de voorkeur aan geeft om de voor selectieve gunning beschikbare contracteerruimte (grotendeels) bij de regionale grootste aanbieders onder te brengen, dan ontstaat een situatie waarin het gegarandeerde budget van deze aanbieders in absolute zin steeds groter worden. In dat geval nemen hun marktaandeelen van jaar op jaar toe, zodat hun marktpositie steeds sterker wordt.

Volgens de NZa (2007b) is overigens een duidelijke trend waarneembaar dat zorgkantoren hun garantiebudgetten verlagen. In 2006 bedroegen deze 90% tot 100% van de gerealiseerde productie. Dat jaar garandeerden 14 van 32 zorgkantoren aan reeds gecontracteerde zorgaanbieders zelfs nog 100% van hun budget. In 2007 hanteren slechts twee zorgkantoren nog een budgetgarantie van 100%, terwijl het aantal zorgkantoren met een budgetgarantie van 90% ten opzichte van 2006 is verdubbeld van 4 naar 8. Voor zover door ons achterhaald kon worden, laat het individuele contracteer- en inkoopbeleid van zorgkantoren zien dat de garantiebudgetten voor aanbieders van extramurale AWBZ-zorg – inclusief thuiszorg – in 2008 over het algemeen verder afnemen (tabel 3.3).

Tabel 3.3: Garantiebudgetten inkoop extramurale AWBZ-zorg 2008

Concessiehouder zorgkantoor	2007	2008
Achmea Zorg	95%	83%-92% ^a
Agis Zorgverzekeringen	95%	90%
CZ/OZ	n.b.	90%-97% ^b
De Friesland	n.b.	93%
Delta Lloyd Zorg	n.b.	85%
DSW	n.b.	n.b.
Menzis Zorg	n.v.t. ^c	n.v.t. ^c
Salland	95%	95%
Univé	97%	93%
VGZ / Trias	n.b.	90%
Zorg & Zekerheid	95%	94%

Bron: eigen onderzoek ECRi

- Het precieze percentage is afhankelijk van de aanvullende afspraken die aanbieders met het zorgkantoor willen maken.
- Het precieze percentage is afhankelijk van de status (A, B of C) die zorgaanbieders tijdens de aanbesteding weten te verwerven.
- Tot het moment dat de regionale contracteerruimte wordt overschreden, hanteert men het zogeheten ‘geld-volgt-klant-principe’: bevoorschotting vindt steeds plaats op grond van de gerealiseerde productie, zodat de productieafspraken feitelijk fictieve afspraken zijn die enkel en alleen om administratietechnische redenen worden gemaakt.

3.3 Contracteer- en inkoopbeleid gemeenten

Sinds de inwerkingtreding van de WMO per 1 januari 2007 dragen gemeenten het volledige financiële risico voor de huishoudelijke hulp die voorheen als de functie huishoudelijke verzorging onderdeel uitmaakte van de AWBZ. Ter dekking van hun verwachte uitgaven aan huishoudelijke hulp ontvangen gemeenten een ongeoormerkte uitkering uit het Gemeentefonds. In tegenstelling tot de zorgkantoren zijn gemeenten wel geheel financieel risicodragend voor hun uitgaven aan thuiszorg. Dit betekent enerzijds dat wanneer de werkelijke uitgaven aan huishoudelijke hulp hoger uitpakken dan vooraf verwacht gemeenten hiervoor zelf een oplossing zullen moeten vinden.⁸ Anderzijds betekent het ook dat gemeenten eventuele financiële meevallers als gevolg van doelmatig inkopen kunnen aanwenden voor alternatieve publieke doeleinden. Het financiële risico dat gemeenten lopen verschaft hen in beginsel sterke prikkels voor het afdwingen van zo laag mogelijke inkooprijzen. Hun positie als monopsonistische zorginkoper verschaft de gemeenten bovendien de nodige onderhandelingsmacht om lage inkooprijzen te bedingen.

Gehanteerde uitgangspunten

Artikel 10 van de WMO stelt dat gemeenten het verlenen van maatschappelijke ondersteuning zoveel mogelijk laten verrichten door derden (Staatsblad, 2006b). Hoewel het gemeenten niet verboden is om voor de benodigde maatschappelijke ondersteuning een eigen gemeentelijke dienst op te richten, heeft voor zover bekend geen enkele gemeente hiervoor gekozen (Tweede Kamer, 2007a). Wanneer gemeenten ervoor kiezen om diensten bij derden (zoals bestaande thuiszorgaanbieders en gespecialiseerde schoonmaakbedrijven) in te kopen, dan dient men zich hierbij te houden aan de Europese aanbestedingsregels. Deze verplichting heeft als doel om te voorkomen dat bepaalde lokale of regionale aanbieders worden voorgetrokken. De algemene beginselen die gemeenten als gevolg van deze verplichting bij een aanbesteding in ogenschouw moeten nemen zijn de volgende (Kuypers e.a., 2006, blz. 19/20):

- Gelijke behandeling: gelijke omstandigheden mogen niet verschillend worden beoordeeld, tenzij een dergelijke beoordeling objectief gezien gerechtvaardigd is.
- Transparantie: de gevolgde procedure moet doorzichtig (en dus controleerbaar) zijn.
- Objectiviteit: eisen die gesteld worden, moeten objectief toetsbaar zijn.
- Proportionaliteit: de gekozen maatregelen en criteria moeten zowel noodzakelijk als passend zijn met het oog op hetgeen de aanbestedende dienst wil bereiken, dus in verhouding staan tot de te verlenen diensten.

⁸ Wel geldt dat, zoals aangegeven in paragraaf 2.3.4, het SCP jaarlijks een bindend advies uitbrengt aan de overheid over het minimaal benodigde macrobudget voor huishoudelijke hulp. Op deze manier wordt voorkomen dat gemeenten eenzijdig opdraaien voor eventuele financiële tegenvallers die het gevolg zijn van factoren die voor hen niet-beïnvloedbaar zijn (zoals een onvoorziene groei van het aantal indicaties).

- Wederzijdse erkenning: lidstaten van de EU moeten goederen en diensten van ondernemingen uit andere lidstaten toelaten voor zover die goederen en diensten op gelijkwaardige wijze beantwoorden aan de legitieme doelstellingen van de lidstaat van bestemming.

Uit een eerste onderzoek naar de aanbestedingen van hulp bij het huishouden blijkt dat in het algemeen drie verschillende modellen onderscheiden kunnen worden (Research voor Beleid, 2007). Het eerste model is een ‘normale’ vergelijkende toets waarbij aanbieders zowel op prijs als kwaliteit met elkaar worden vergeleken. Ruim de helft van de Nederlandse gemeenten blijkt hiervoor te hebben gekozen. Het tweede model kent een vaste prijs, zodat aanbieders alleen op kwaliteit concurreren. Dit wordt het ‘Zeeuwse model’ genoemd. Bijna 20% van de gemeenten heeft een dergelijke procedure gevolgd. Het derde model is een bepaalde vorm van een aanbestedingsveiling, al dan niet met een maximumprijs. Voor ongeveer 30% van de gemeenten geldt dat het door hen toegepaste aanbestedingsmodel tot deze categorie behoort.

Gemeenten kunnen met de door hen geselecteerde aanbieders een vast contract of een raamcontract afsluiten. Waar bij een vast contract een vooraf bepaald (maximum)aantal uren hulp in de huishouden bij een aanbieder wordt ingekocht, wordt bij een raamcontract de hoeveelheid hulp in het huishouden per aanbieder niet vooraf vastgelegd. In het geval van een raamcontract kunnen cliënten gedurende de loop van de contractperiode vrij kiezen voor een zorgaanbieder of worden de opdrachten verdeeld door middel van een zorgveiling. Uit een eerste onderzoek blijkt dat ongeveer 70% van de gemeenten heeft gekozen voor het gebruik van raamcontracten (Research voor Beleid, 2007)

Contracteer- en inkoopbeleid van gemeenten: beoordeling

Hoewel het nog te vroeg is om een totaalbeeld te kunnen geven van alle effecten, is in ieder geval wel duidelijk dat de aanbesteding van huishoudelijke hulp zowel van de gemeenten als van de zorgaanbieders veel tijd en inzet heeft gevraagd. Volgens Research voor Beleid (2007) kan medio 2007 geen uitspraak worden gedaan over de kwaliteit van de door gemeenten ingekochte hulp in het huishouden. Mede als gevolg hiervan is nog onduidelijk of de relatief lagere prijs die nu door een deel van de gemeenten wordt gehanteerd een reële prijs is. In de eerste voortgangsrapportage over de invoering van de WMO oordeelt de verantwoordelijke staatssecretaris van VWS “overwegend positief” over de uitkomsten van de aanbestedingen (Tweede Kamer, 2007a). Niet alleen heeft volgens haar “kwaliteit een grote rol gespeeld in het aanbestedingsproces” maar ook zijn de afgesproken uurtarieven huishoudelijke hulp over het algemeen lager dan de maximumtarieven zoals die voor 1 januari 2007 van kracht waren voor de AWBZ-functie huishoudelijke verzorging. De door ons gevoerde gesprekken met direct betrokken veldpartijen bevestigen het beeld dat de aanbestedingen van gemeenten hebben geleid tot een (forse) concurrentie tussen aanbieders van huishoudelijke hulp.

3.4 PGB-houders

Sinds 1995 kunnen cliënten ervoor kiezen een PGB te ontvangen om daarmee buiten het zorgkantoor om zelf AWBZ-zorg in te kopen bij een aanbieder naar keuze. Zoals tabel 3.4 laat zien is het aantal PGB-houders in de AWBZ de afgelopen jaren sterk toegenomen. Weliswaar waren er op 30 juni 2007 21% minder PGB-houders dan ultimo 2006, maar dat is een direct gevolg van het feit dat op 1 januari 2007 alle budgethouders met alleen een PGB voor huishoudelijke verzorging vanuit de AWBZ naar de WMO zijn gestroomd. Wanneer deze vertekening buiten beschouwing wordt gelaten blijkt ook dit jaar nog steeds sprake te zijn van een sterk groeiend aantal PGB-houders. Tussen 1 februari 2007 en 1 juli 2007 is het aantal budgethouders in de AWBZ met 9.655 gestegen van 65.549 naar 75.204 (CVZ, 2007). Dit komt overeen met een maandelijkse stijging van gemiddeld 1.931 PGB-houders.

Tabel 3.4: Aantal PGB-houders in AWBZ per half jaar

	Totaal	
31-12-2003	62.557	
30-06-2004	65.015	+4%
31-12-2004	67.958	+5%
30-06-2005	77.024	+13%
31-12-2005	80.543	+5%
30-06-2006	86.618	+8%
31-12-2006	94.740	+9%
30-06-2007	75.204	-21%

Bron: CVZ (2007, blz. 36)

Ook in de WMO hebben cliënten de keuze tussen zorg-in-natura of een PGB. Voor budgethouders die al een PGB voor de AWBZ-functie huishoudelijke verzorging hadden, is geregeld dat zij tot het moment van herindicatie of tot en met 31 december 2007 nog onder de voorwaarden van de AWBZ het PGB voor hulp bij het huishouden krijgen (Tweede Kamer, 2007a). Voor zover ons bekend zijn er (nog) geen gegevens voorhanden over het precieze aantal PGB-houders voor huishoudelijke hulp in de WMO.

Desalniettemin kan op grond van het bovenstaande worden geconcludeerd dat individuele PGB-houders voor thuiszorgaanbieders een steeds belangrijkere afzetmarkt worden. In 2006 bedroegen de totale uitgaven van het PGB circa 1,1 miljard euro, zodat dat jaar ongeveer 14% van de totale uitgaven aan extramurale AWBZ afkomstig was van PGB-houders (NZa, 2007b). Merk op dat de hierboven genoemde cijfers betrekking hebben op *alle* vormen van extramurale AWBZ-zorg en dus niet alleen op de thuiszorg. Wel blijkt uit tabel 3.5 dat in 2006 het merendeel van de budgethouders een indicatie had voor één of meerdere vormen van thuiszorg.

Tabel 3.5: Verdeling PGB-houders naar AWBZ-functie^a

AWBZ-functie	2005	2006
Huishoudelijke verzorging	59%	58%
Persoonlijke verzorging	40%	43%
Verpleging	25%	26%
Ondersteunende begeleiding algemeen	45%	48%
Ondersteunende begeleiding in dagdelen	21%	23%
Activerende begeleiding algemeen	16%	15%
Activerende begeleiding in dagdelen	4%	4%
Kortdurende verblijf	16%	16%

Bron: Ramakers e.a. (2007)

a. Een budgethouder heeft over het algemeen meerdere indicaties.

Binnen de AWBZ blijven de PGB-uitgaven gestaag groeien. Zoals eerder opgemerkt is het subsidieplafond in 2007 in vier stappen verhoogd tot 1.445 miljoen euro (paragraaf 2.2.4). Voor 2008 wordt het plafond voor de PGB-uitgaven vastgesteld op 1.750 miljoen euro (Tweede Kamer, 2007e).

Over het algemeen zullen individuele cliënten met een PGB sterke prikkels ondervinden om doelmatige zorg in te kopen (CPB, 2004). In combinatie met de volledige keuzevrijheid die zij hebben kan derhalve worden aangenomen dat een toename van het aantal PGB-houders ertoe leidt dat zorgaanbieders in principe meer prikkels ondervinden om in te spelen op de wensen van cliënten. Dat wil zeggen, wanneer in ieder geval sprake is van voldoende keuzemogelijkheden en een goede informatievoorziening (transparantie) over bijvoorbeeld de kwaliteit van zorgaanbieders. Daarnaast moeten de houders van een PGB ook in staat zijn om daadwerkelijk als kritische zorginkoper te fungeren. De huidige vormgeving van het PGB veronderstelt namelijk niet alleen dat budgethouders zelf in staat zijn om hun zorg in te kopen, maar ook dat zij in staat zijn om zelf contracten met zorgaanbieders af te sluiten, betalingen te verrichten en verantwoording af te leggen (VWS, 2006a). Niet ieder individu beschikt over de vaardigheden die hiervoor nodig zijn. In de gesprekken die wij met veldpartijen hebben gevoerd is bevestigd dat zorgaanbieders (potentiële) cliënten aanbieden hen op dit gebied bij te staan. In dat geval bestaat het gevaar dat een afhankelijkheid ontstaat die de PGB-houder belemmert in het benutten van zijn/haar keuzevrijheid.

3.5 Overstapbelemmeringen en transparantie

Ten aanzien van zowel de AWBZ-thuiszorg als de WMO-thuiszorg is voor cliënten geen sprake van **wettelijke overstapbelemmeringen**. Met inachtneming van de contractueel vastgelegde, redelijke opzegtermijn kunnen ontevreden cliënten in beginsel zonder meer van de ene naar een andere thuiszorgaanbieder overstappen. Wel geldt voor de thuiszorg-in-natura dat de betreffende aanbieders door respectievelijk het regionale zorgkantoor of de gemeenten moet zijn gecontracteerd. Voor de thuiszorg die onderdeel uitmaakt van de AWBZ is deze keuzevrijheid voor cliënten wettelijk vastgelegd in artikel 10, lid 1 van de AWBZ: “De verzekerde die zijn aanspraak op zorg tot gelding wil brengen, wendt zich

daartoe tot een zorgaanbieder naar eigen keuze, met wie de zorgverzekeraar waarbij hij is ingeschreven tot dat doel een overeenkomst (...) heeft gesloten.” In de wettekst van de WMO is een dergelijke bepaling afwezig omdat “wettelijke verplichtingen ter zake van de inhoud niet stroken met het dominante sturingsconcept” ervan (Tweede Kamer, 2005b, blz. 14): *“Als de wetgever de primaire beslissing, welke voorzieningen er lokaal verleend zullen worden, in beginsel aan de gemeente laat, dient hij zich eveneens te onthouden van regels ten aanzien van de belangrijke maar secundaire vraag of en hoe er binnen die categorie sprake zou moeten zijn van keuzevrijheid voor de burgers.”* Wel bepaalt artikel 3, lid 4 van de WMO dat gemeenten moeten aangeven welke maatregelen ze nemen om hun burgers “keuzevrijheid te bieden met betrekking tot de activiteiten van maatschappelijke ondersteuning” (Staatsblad, 2006b).

Wanneer cliënten niet tevreden zijn met de door het zorgkantoor of de gemeente gecontracteerde aanbieders biedt het PGB hen de mogelijkheid om hun keuzevrijheid te vergroten. PGB-houders zijn namelijk volledig vrij om te bepalen bij wie zij de geïndiceerde zorg inkopen. Net als bij de AWBZ sinds 1995 het geval is, bestaat na een amendement van de Tweede Kamer ook in de WMO het wettelijke recht op een PGB (Staatsblad, 2006b, artikel 6): *“Het college van burgemeester en wethouders biedt personen die aanspraak hebben op een individuele voorziening de keuze tussen het ontvangen van een voorziening in natura of het ontvangen van een hiermee vergelijkbaar persoonsgebonden budget, tenzij hiertegen overwegende bezwaren bestaan.”*

Ondanks de grote mate van keuzevrijheid die op papier bestaat kunnen cliënten wel degelijk last ondervinden van **praktische overstapbelemmeringen** die de marktpositie van thuiszorgaanbieders kunnen versterken. Allereerst kan de situatie zich voordoen dat cliënten niet terecht kunnen bij hun meest geliefde thuiszorgaanbieder wanneer deze gedurende het jaar het met de zorgkantoren of gemeenten overeengekomen productieplafond overschrijdt en vervolgens een cliëntenstop (moet) inlasten. Een manier voor cliënten om toch direct zorg bij de voorkeursaanbieders te kunnen afnemen is door een PGB aan te vragen en zo eventuele knellende productieafspraken te omzeilen, maar dit brengt wel enige administratieve lasten met zich mee. Voor wat betreft de WMO zijn er overigens signalen dat gemeenten deze mogelijkheid in de praktijk frustreren door voor huishoudelijke hulp dusdanige lage vergoedingen te bieden dat PGB-houders geen aanbieders kunnen vinden die de geïndiceerde thuiszorg willen leveren.^{9, 10}

⁹ Zie bijvoorbeeld het bericht ‘Gemeenten frustreren PGB in WMO’ in de nieuwsbrief van *Zorgvisie* d.d. 26 oktober 2007.

¹⁰ Een aantal gemeenten is inmiddels door de rechter gesommeerd het uurtarief voor PGB-houders te verhogen. Zie bijvoorbeeld het artikel ‘Vergoeding in thuiszorg loopt uiteen’ in dagblad *Trouw* van 24 juli 2007.

De afgelopen jaren zijn in de AWBZ verschillende initiatieven ontplooid om de **transparantie** te vergroten en daarmee de concurrentie tussen aanbieders te stimuleren. Zo is om het uitwisselen van informatie tussen de indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders te vergemakkelijken in 2004 een begin gemaakt met de realisatie van een AWBZ brede zorgregistratie (AZR). Het AZR heeft tot doel om zorgkantoren te ondersteunen bij het proces van zorgtoewijzing, wachtlijstbeheer en zorginkoop (Tweede Kamer, 2007c, blz. 6): *“De gegevens zijn nodig voor de indicatiestelling, de zorgtoewijzing, de levering van zorg en het inzichtelijk maken van de doorstroom in de keten. Dit levert een bijdrage aan het verminderen van de wachtlijsten. Deze processen zijn bij uitstek gericht op de cliëntlogistiek in de keten. Alle gegevens lopen via het zorgkantoor, dat fungeert als informatieknoppunt in elke regio.”* Een adequaat functionerend AZR zal de transparantie op de markt voor thuiszorg vergroten en zodoende de zorgkantoren beter in staat stellen om aanbieders van thuiszorg tot onderlinge concurrentie aan te zetten.

Daarnaast is vanaf 1 januari 2007 het toetsingskader ‘Verantwoorde zorg’ verplicht voor de thuiszorg (VWS, 2006b). Met behulp van dit kader moeten aanbieders de kwaliteit van hun zorg inzichtelijk maken. Het toetsingskader is een gezamenlijk product van de IGZ, zorgaanbieders, cliënten, professionals en zorgverzekeraars. Alle aanbieders van thuiszorg moeten hun resultaten op de indicatoren uit het toetsingskader in hun jaardocument vermelden. Dit stelt niet alleen de IGZ in staat om beter toezicht te houden, maar zorgt er tevens voor dat zorgkantoren bij hun contracteer- en inkoopbeleid rekening kunnen houden met de door thuiszorgaanbieders behaalde kwaliteitsresultaten. Ook worden de gegevens via de website ‘www.kiesbeter.nl’ toegankelijk gemaakt voor cliënten zodat die bij hun keuze voor een aanbieder van thuiszorg kwaliteit een (grotere) rol kunnen laten spelen.

Net als in de AWBZ is verbetering van de transparantie ten aanzien van kwaliteit ook in de WMO een belangrijk aandachtspunt. Zo is eind augustus 2007 het zogeheten ‘Kwaliteitskader voor verantwoorde huishoudelijke verzorging’ vastgesteld (Tweede Kamer, 2007b). Dit kader is onder leiding van de IGZ opgesteld door vertegenwoordigers van de betrokken veldpartijen en VWS. Het is de bedoeling dat de IGZ en andere belanghebbende partijen er per 1 januari 2008 mee aan de slag kunnen. Behalve dat het kader door de IGZ wordt gebruikt voor het uitoefenen van toezicht, heeft het ook andere doeleinden. Allereerst biedt het gemeenten een inhoudelijk kader dat zij kunnen gebruiken bij het invullen en monitoren van hun contracteer- en inkoopbeleid. Zij worden door de toegenomen transparantie beter in staat gesteld om concurrerende aanbieders van huishoudelijk hulp op het gebied van kwaliteit met elkaar te vergelijken. Daarnaast versterkt het kader ook de positie van cliënten ten opzichte van aanbieders. Niet alleen wordt het voor individuele cliënten (meer) inzichtelijk wat zij van een bepaalde aanbieder kunnen

verwachten, maar ook krijgen cliëntenraden handvatten aangereikt om de belangen van hun achterban (beter) te behartigen.

3.6 Conclusie

Hoewel de bestaande wet- en regelgeving zowel in de AWBZ als in de WMO aanzienlijke mogelijkheden biedt voor concurrentie tussen thuiszorgaanbieders, houdt dit niet automatisch in dat ook daadwerkelijk concurrentie plaatsvindt. Hiervoor is het noodzakelijk dat thuiszorgaanbieders door de vraagzijde geprikkeld worden om onderling te concurreren.

Ten aanzien van de **AWBZ-thuiszorg** geldt dat de ruimte voor concurrentie wordt beperkt door de hoge budgetgaranties die zorgkantoren verstrekken aan reeds gecontracteerde thuiszorgaanbieders. Deze ruimte neemt echter vanzelf toe als nieuwe thuiszorgaanbieders een substantieel deel van de voor selectieve gunning (lees: aanbesteding onder *alle* aanbieders) beschikbare contracteerruimte weten te bemachtigen. Daarnaast is een duidelijke trend waarneembaar dat de garantiebudgetten langzaam afnemen. De specifieke positie van zorgkantoren is eveneens van invloed op de aard en mate van concurrentie tussen thuiszorgaanbieders in de AWBZ. Doordat zorgkantoren een regionale monopoliepositie hebben en wel risico lopen over hun beheerskosten maar niet over de zorguitgaven, ondervinden zij geen sterke prikkels om scherp in te kopen. Desalniettemin vormt het stimuleren van concurrentie aan de aanbodzijde wel degelijk onderdeel van hun contracteer- en inkoopbeleid. Verder is aan de vraagzijde van de AWBZ-zorg ook het snel groeiende aantal PGB-houders van belang. Deze cliënten vormen voor thuiszorgaanbieders een steeds belangrijker afzetmarkt bovenop de wettelijk begrensde contracteerruimte. Aangezien houders van een PGB over het algemeen sterke prikkels ondervinden om voor zichzelf zorg van een goede prijs-kwaliteitverhouding in te kopen, kan deze ontwikkeling eraan bijdragen dat de onderlinge concurrentie tussen thuiszorgaanbieders toeneemt. Hiervoor is het dan wel noodzakelijk dat voldoende keuzemogelijkheden bestaan, de markt transparant is en de PGB-houders een rol als kritische zorginkoper daadwerkelijk aan kunnen.

Voor de **WMO-thuiszorg** kan gesteld worden dat de aanbestedingen van gemeenten hebben geleid tot een (forse) concurrentie tussen aanbieders van huishoudelijke hulp. Gemeenten zijn geheel risicodragend voor hun uitgaven aan thuiszorg en ondervinden derhalve sterke prikkels om scherp in te kopen en de onderlinge concurrentie tussen aanbieders te stimuleren. Welke rol PGB-houders aan de vraagzijde van de markt voor WMO-thuiszorg spelen is vooralsnog onduidelijk.

4. Potentiële effecten marktverdelingsafspraken

4.1 Inleiding

Zoals reeds opgemerkt in hoofdstuk 1 beschikt de NMa over signalen dat in Nederland sprake is van marktverdelingsafspraken tussen aanbieders van thuiszorg. Marktverdelingsafspraken zijn een uitingsvorm van horizontale samenwerking tussen concurrerende aanbieders die op hetzelfde niveau van een bepaalde markt werkzaam zijn. Hiertoe behoren afspraken over de vestiging, de geografische verdeling van markten en de verdeling van klanten. Ook zogeheten paraplu-overeenkomsten waarbij een zorginkoper met een groep zorgaanbieders een gezamenlijk productievolume afspreekt dat zij vervolgens onderling moeten verdelen zijn een vorm van marktverdeling (NMa, 2002). In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan potentiële gevolgen van eventuele marktverdelingsafspraken in de thuiszorg. Paragraaf 4.2 gaat in op de nadelen van dergelijke afspraken, terwijl paragraaf 4.3 de mogelijke voordelen voor de verlening van thuiszorg bespreekt. Het hoofdstuk sluit af met een conclusie in paragraaf 4.4.

4.2 Nadelen marktverdelingsafspraken

Marktverdelingsafspraken worden – net als prijsafspraken en afspraken over productie- of afzetbeperking – door mededingingsautoriteiten tot de zogenaamde ‘hardcore’ mededingingsbeperkende afspraken gerekend. Het verwachte effect van dergelijke afspraken op de mededinging wordt dermate ongunstig geacht dat deze zelden of nooit voor ontheffingen of groepsvrijstellingen in aanmerking komen. Zo stelt de Europese Commissie (EC, 2001): *“De verdeling van markten of afnemers beperkt de keuze waarover de afnemers beschikken en leidt derhalve eveneens tot hogere prijzen of een beperkte productie. Er kan derhalve worden aangenomen dat deze beperkingen negatieve marktgevolgen hebben. Zij zijn derhalve bijna steeds verboden.”*

In tegenstelling tot prijsafspraken zijn marktverdelingsafspraken tot op heden nauwelijks onderwerp geweest van specifiek theoretisch en empirisch economisch onderzoek. Maar door de deregulering van voorheen territoriaal verdeelde netwerk- en dienstensectoren (zoals energie, telecom en gezondheidszorg) is de relevantie van en belangstelling voor marktverdelingsafspraken toegenomen. In een recente theoretische analyse van de stabiliteit en welvaartseffecten van marktverdelingsafspraken geven Belleflame en Bloch (2004) aan dat de prikkels die aanbieders ondervinden om markten onderling te verdelen door twee conflicterende effecten worden beïnvloed. Enerzijds heeft deelname aan marktverdelingsafspraken voor de producenten als ‘positief’ effect dat het aantal concurrenten op de thuishandelsmarkt afneemt, maar daar staat als ‘negatief’ effect tegenover dat de mogelijkheid van toetreding tot een andere markt verloren gaat. Gebruikmakend van een sterk versimpeld model met twee identieke aanbieders die onderling afspreken elkaars gelijke markten niet te betwisten, concluderen Belleflame en Bloch (2004) dat

marktverdelingsafspraken vanuit welvaartspectief bezien ongewenst zijn (blz. 406): *“Our study shows unambiguously that, in a symmetric setting, the formation of market sharing alliances is harmful and should be corrected by an adequate antitrust policy.”*

4.3 Mogelijke voordelen marktverdelingsafspraken thuiszorg

Horizontale samenwerkingsafspraken kunnen ook positieve gevolgen hebben. Deze positieve gevolgen kunnen in beginsel dusdanig groot zijn dat ze de negatieve gevolgen van minder concurrentie overtreffen. Artikel 6, lid 2 van de Mededingingswet stelt dan ook dat horizontale samenwerking onder bepaalde omstandigheden is toegestaan (Staatsblad, 1997): *“Het [kartelverbod] geldt niet voor overeenkomsten, besluiten en onderling afgestemde feitelijke gedragingen die bijdragen tot verbetering van de productie of van de distributie of tot bevordering van de technische of economische vooruitgang, mits een billijk aandeel in de daaruit voortvloeiende voordelen de gebruikers ten goede komt, en zonder nochtans aan de betrokken ondernemingen: (a) beperkingen op te leggen die voor het bereiken van deze doelstellingen niet onmisbaar zijn, of (b) de mogelijkheid te geven, voor een wezenlijk deel van de betrokken goederen en diensten de mededinging uit te schakelen.”* Ook de Europese mededingingswetgeving kent vergelijkbare bijzondere omstandigheden waaronder een samenwerkingsovereenkomst voor ontheffing in aanmerking komt (EC, 2004). Zoals uiteengezet in paragraaf 4.2. worden de concurrentiebeperkende effecten van marktverdelingsafspraken echter in de regel als zo nadelig beschouwd dat de positieve voordelen daar volgens de mededingingsautoriteiten doorgaans niet tegenop (kunnen) wegen.

Wegens de specifieke kenmerken van de thuiszorgmarkt, is het niettemin nuttig om de mogelijke voordelen van marktverdelingsafspraken op deze markt te verkennen. Op grond van interviews met betrokkenen (zie bijlage B) onderscheiden wij hier de volgende twee categorieën potentiële voordelen, te weten (i) potentiële efficiëntieverbeteringen en (ii) meer evenwichtige machtsposities.

4.3.1 Potentiële efficiëntieverbeteringen thuiszorg

Door geografische gebieden en/of cliënten onderling te verdelen, krijgen thuiszorgaanbieders elk hun eigen werkgebied. In de door ons gevoerde gesprekken met veldpartijen zijn de volgende mogelijke efficiëntievoordelen genoemd:

- Allereerst zou een dergelijke vorm van marktverdeling tot lagere reiskosten kunnen leiden. De door een aanbieder te verlenen thuiszorg wordt namelijk in een vooraf afgebakend werkgebied geconcentreerd, zodat de route die de betreffende medewerkers moeten afleggen kan worden geoptimaliseerd. Dit wordt ‘postcodestroomlijning’ genoemd.

- In de tweede plaats zou het creëren van vooraf afgebakende werkgebieden tot gevolg kunnen hebben dat thuiszorgaanbieders stabiele relaties met andere lokale/regionale zorgverleners – zoals huisartsen, fysiotherapeuten e.d. – kunnen opbouwen zodat de zorg van verschillende zorgverleners beter kan worden gecoördineerd en op elkaar kan worden afgestemd (ketenzorg). De ontwikkeling van ketenzorg zou zowel kunnen leiden tot lagere kosten als tot hogere kwaliteit en daarmee dus ook tot een grotere efficiëntie.
- Ten derde zouden marktverdelingsafspraken thuiszorgaanbieders in staat kunnen stellen om meer kennis op te doen van het in ‘hun’ werkgebied aanwezige sociale (ondersteunende) netwerk, waardoor efficiënter gebruik kan worden gemaakt van informele zorgverlening (mantelzorg) en de aanwezige maatschappelijke voorzieningen.
- Tenslotte zou door een concentratie in bepaalde werkgebieden de patiënten een grotere continuïteit van zorg kunnen worden geboden doordat tussen zorgverleners en patiënten langdurige relaties kunnen worden opgebouwd. Dit kan informatieproblemen en transactiekosten als gevolg van een wisseling van aanbieder reduceren en zodoende de kwaliteit van zorg ten goede komen.

Wij hebben geen empirisch onderzoek kunnen vinden waarin de genoemde potentiële voordelen van marktverdelingsafspraken worden aangetoond. In een inventariserende studie uit 1997 naar de motieven van thuiszorgorganisaties voor horizontale en verticale samenwerking en integratie werd geconcludeerd dat bij horizontale samenwerkingsvormen machtsmotieven relatief vaak een rol spelen, terwijl efficiëntieverbeteringen veelal van ondergeschikt belang werden geacht (Berkhout e.a. 1997). Afgezien van het feit dat het onduidelijk is of marktverdelingsafspraken tot de hierboven genoemde voordelen leiden, is het tot slot sowieso de vraag in hoeverre concurrentiebeperkende marktverdelingsafspraken noodzakelijk zijn om de positieve effecten van samenwerking in de praktijk te kunnen realiseren. Uiteindelijk is het aan de NMa en eventueel aan de rechter om dergelijke afspraken te toetsen in het licht van artikel 6, lid 1 dan wel artikel 6, lid 3 van de Mededingingswet.

4.3.2 Meer evenwichtige machtsposities

Een andere mogelijke reden voor thuiszorgaanbieders om marktverdelingsafspraken te maken is het realiseren van meer ‘countervailing power’ tegenover de relatief sterke inkooppositie van zorgkantoren en/of gemeenten.¹¹ Het argument zou kunnen zijn dat marktverdelingsafspraken nodig zijn om te voorkomen dat zorginkopers individuele aanbieders tegen elkaar uitspelen. Hoewel het contracteer- en inkoopbeleid van

¹¹ De door het vorige kabinet uitgesproken wens om de taken van de zorgkantoren na 2009 bij de individuele verzekeraars onder te brengen (Tweede Kamer, 2006b), maakt het aannemelijk dat in dit kader ook de consolidatietendens op de zorgverzekeringsmarkt een rol speelt.

zorgkantoren en gemeenten voor individuele thuiszorgaanbieders kan betekenen dat zij geconfronteerd worden met een alles-of-niets keuze – acceptatie van eenzijdig opgestelde contractvoorwaarden of geen contract – is dergelijk gedrag niet per definitie verboden. Sterker nog, de wettelijke mogelijkheden voor concurrentie die zowel in de AWBZ als de WMO zijn gecreëerd (zie hoofdstuk 2) hebben juist tot doel om zorginkopers tot scherpe (prijs)onderhandelingen met aanbieders aan te zetten. Alleen wanneer zorginkopers ertoe zouden overgaan om aanbieders dwingend contractvoorwaarden op te leggen die niet objectief, onredelijk en/of discriminatoir zijn, ontstaat een ongewenste situatie. Er is dan sprake van misbruik van inkoopmacht (NMa, 2005b).

Misbruik van inkoopmacht door een dominante zorginkoper zal tot uitdrukking komen in een combinatie van te lage prijzen en een tekortschietend zorgaanbod in termen van volume of kwaliteit (Pauly, 1998). Er is vooralsnog geen empirische evidentie dat er in sommige regio's sprake is van een tekortschietend aanbod omdat zorgkantoren en/of gemeenten een te lage prijs (beneden competitief niveau) hebben afgedwongen. Hierbij is het overigens nuttig om een onderscheid te maken tussen de inkooppositie van de zorgkantoren (AWBZ) en van de gemeenten (WMO).

Ten aanzien van de zorgkantoren geldt dat zij weliswaar beschikken over monopsonistische inkoopmacht, maar dat zij geen prikkels hebben om deze machtspositie te gebruiken om zodanig lage prijzen te bedingen dat er schaarste ontstaat. Zij lopen immers op de zorgkosten zelf geen financieel risico, terwijl zij in het geval van een tekortschietend zorgaanbod niet kunnen voldoen aan hun wettelijke zorgplicht. Wegens de budgettering van de beheerskosten kunnen zorgkantoren prikkels ondervinden om vooral met een beperkt aantal grote thuiszorgaanbieders zaken te doen. In dat geval kunnen marktverdelingsafspraken uit oogpunt van minimalisering van hun beheerskosten voor zorgkantoren zelfs aantrekkelijk zijn. Zoals eerder geconcludeerd is mede hierdoor weliswaar sprake van concurrentie tussen aanbieders van AWBZ-thuiszorg, maar is deze vooral door de gehanteerde budgetgaranties nog relatief beperkt (hoofdstuk 3). In dit kader is ook van belang dat de markt voor AWBZ-thuiszorg een hoge concentratiegraad kent en nieuwe aanbieders last ondervinden van praktische toetredingsbelemmeringen, zodat bestaande aanbieders in hun eigen zorgkantorregio reeds over een relatief sterke marktpositie beschikken (Bijlage B). De overweging van de Europese Commissie dat “hoe sterker de mededinging op de betrokken markt reeds is verzwakt, des te geringer de verdere verzwakking is die nodig is om de mededinging uit te schakelen” lijkt hier dan ook uiterst relevant (EC, 2004).

In tegenstelling tot zorgkantoren hebben gemeenten wel een sterke prikkel om hun wettelijke inkoopmacht aan te wenden om lage prijzen te bedingen. In hoeverre de tarieven voor huishoudelijke hulp te laag zijn om voldoende aanbieders in de markt te houden zal de tijd moeten uitwijzen. Maar zelfs al zou hiervan (in sommige gemeenten)

sprake zijn, dan nog is het creëren van ‘countervailing power’ via kartelvorming uit maatschappelijk oogpunt geen wenselijke oplossing. Zo stelt Gaynor (2006, p.507): “[S]uppose there is market power on one side of the market, and that cannot be altered. Is it socially beneficial to allow increased market power on the other side of the market? The answer is no, in general.” Wanneer in tegenreactie op een monopoliepositie aan de inkoopzijde (monopsonie) ook aan de aanbodzijde van de markt – bijvoorbeeld door intensieve samenwerking – feitelijk sprake is van een monopolie, dan ontstaat namelijk een bilateraal monopolie. Beide marktpartijen beschikken dan over aanzienlijke marktmacht. De uitkomst van hun contractonderhandelingen zijn in een dergelijke situatie op voorhand uiterst moeilijk te voorspellen (Baumol en Blinder, 1997, blz. 396/397): “*In practice, the outcome of bilateral monopoly will depend partly on economic logic, partly on the relative power [of the buyer and seller], partly on the skill and preparation of the negotiators, and partly on luck.*” Als gevolg van deze onzekerheid kan een bilateraal monopolie de welvaart zowel doen toe- als afnemen (Gaynor en Vogt, 2000, blz. 1468): “*If price is determined by bargaining and output is determined by the lessens of supply or demand, what price and output will prevail cannot be generally determined, but outcomes that reduce or improve welfare are possible.*”

Mededingingsautoriteiten, zoals in de Verenigde Staten, staan in het algemeen dan ook sceptisch tegenover eventuele argumenten van zorgaanbieders dat (nauwe) onderlinge samenwerking nodig is om in hun onderhandelingen met zorginkopers over meer ‘countervailing power’ te beschikken (DOJ en FTC, 2004, samenvatting: blz. 27-28 en hoofdstuk 2: blz. 21): “*Countervailing power should not be considered an effective response to disparities in bargaining power between payors and providers. (...) The Agencies believe that antitrust enforcement to prevent the unlawful acquisition or exercise of monopsony power by insurers is a better solution than allowing providers to exercise countervailing power.*” Kortom, als inkopers van thuiszorg misbruik zouden (gaan) maken van hun relatief sterke inkooppositie is het beter om een dergelijk misbruik tegen te gaan dan toe te staan dat via kartelvorming aan de aanbodzijde een tegenkracht ontstaat.

4.4 Conclusie

Marktverdelingsafspraken tussen aanbieders leiden onmiskenbaar tot een afname van de onderlinge concurrentie. Dergelijke afspraken vergroten de marktmacht van aanbieders en dat kan voor afnemers van thuiszorg betekenen dat zij geconfronteerd worden met een ongunstige prijs-kwaliteitverhouding. De nadelige effecten van marktverdelingsafspraken worden door mededingingsautoriteiten doorgaans dermate groot geacht dat zij worden beschouwd als ‘hardcore’ kartelafspraken die in beginsel verboden zijn. Niettemin is het vanwege de specifieke situatie op de thuiszorgmarkt nuttig om de mogelijke voordelen van marktverdelingsafspraken nader te verkennen. Uit gesprekken met betrokkenen is naar voren gekomen dat marktverdelingsafspraken zouden kunnen leiden tot

verschillende efficiëntievoordelen en tot meer evenwichtige machtsposities. Het is echter niet duidelijk in hoeverre marktverdelingsafspraken ook daadwerkelijk tot efficiëntievoordelen (kunnen) leiden en of dergelijke concurrentiebeperkende afspraken hiervoor noodzakelijk zijn. Het argument dat marktverdelingsafspraken nodig zijn om te komen tot meer evenwichtige machtsposities lijkt in ieder geval niet op te gaan voor de AWBZ. Niet alleen hebben zorgkantoren geen prikkels om hun inkoopmacht te misbruiken door excessief lage prijzen af te dwingen, maar ook zal de afname van het zorgaanbod die dergelijk inkoopgedrag in de regel veroorzaakt hen in conflict brengen met hun wettelijke zorgplicht. Afgezien hiervan, is van belang dat de concurrentie tussen aanbieders van AWBZ-thuiszorg nog relatief beperkt is zodat marktverdelingsafspraken vrij snel tot gevolg zullen hebben dat de mededinging voor een wezenlijk deel wordt uitgeschakeld. Ten aanzien van de relatief sterke inkooppositie die gemeenten op grond van de WMO hebben, geldt dat het toestaan van de vorming van een machtspositie aan de aanbodzijde vanuit welvaartsperspectief eveneens niet wenselijk is.

5. Samenvatting en conclusie

Zowel in de AWBZ als in de WMO zijn de wettelijke mogelijkheden voor concurrentie tussen thuiszorgaanbieders aanzienlijk. Op grond van de wet- en regelgeving bestaan voor aanbieders vrijheden bij het bepalen van de samenstelling/vorm, prijs, kwaliteit en hoeveelheid van hun aanbod. Hoewel de wettelijke mogelijkheden voor concurrentie door de afwezigheid van maximumprijzen in de WMO groter zijn dan in de AWBZ, bestaan ook in de AWBZ volop mogelijkheden voor concurrentie. Om ervoor te zorgen dat de wettelijke concurrentiemogelijkheden ook worden benut zodat daadwerkelijk onderlinge concurrentie plaatsvindt, moeten thuiszorgaanbieders daartoe door de vraagzijde geprikkeld worden.

Voor de AWBZ-thuiszorg geldt dat de budgetgaranties die zorgkantoren hanteren de ruimte voor onderlinge concurrentie weliswaar belangrijk beperken, maar dat er significante concurrentieruimte resteert. Bovendien nemen deze garantiebudgetten (langzaam) af. Hoewel zorgkantoren relatief weinig prikkels ondervinden om hun sterke inkooppositie te gebruiken, proberen zij met hun contracteer- en inkoopbeleid de concurrentie aan de aanbodzijde wel te stimuleren. Aan de vraagzijde van de markt is verder van belang dat het groeiende aantal PGB-houders thuiszorgaanbieders tot onderlinge concurrentie aanzet. Geconcludeerd kan worden dat de vraagzijde van de markt voor AWBZ-thuiszorg kenmerken bezit die de ruimte voor concurrentie beperken, maar dat ondanks deze kenmerken onderlinge concurrentie tussen thuiszorgaanbieders wel degelijk mogelijk is en tot op zekere hoogte ook plaatsvindt.

Voor de WMO-thuiszorg geldt dat gemeenten sterke prikkels ondervinden om scherp in te kopen en de onderlinge concurrentie tussen aanbieders te stimuleren. In de praktijk is dan ook sprake van (forse) concurrentie tussen aanbieders van huishoudelijke hulp. Welke rol PGB-houders op de markt voor WMO-thuiszorg spelen is vooralsnog onduidelijk.

Eventuele marktverdelingsafspraken tussen thuiszorgaanbieders leiden onmiskenbaar tot een afname van de onderlinge concurrentie. Hoewel dergelijke afspraken in theorie voordelen voor de thuiszorg met zich mee kunnen brengen, is niet duidelijk in hoeverre deze mogelijke voordelen zich in de praktijk voordoen. Bovendien is onduidelijk in hoeverre concurrentiebeperkende afspraken hiervoor noodzakelijk zijn. Marktverdelingsafspraken zijn in elk geval geen geschikt middel om meer evenwichtige machtsposities te realiseren. Het toestaan van een machtspositie aan de aanbodzijde in reactie op een machtspositie aan de vraagzijde is vanuit welvaartspectief namelijk inferieur aan het bestrijden van eventueel misbruik van inkoopmacht. Op de markt voor AWBZ-thuiszorg geldt bovendien dat zorgkantoren weinig prikkels ondervinden om hun

sterke inkooppositie uit te buiten. Mede daardoor is de onderlinge concurrentie tussen aanbieders op deze markt nog relatief beperkt. Marktverdelingsafspraken zullen voor de thuiszorg die onderdeel uitmaakt van de AWBZ daarom al vrij snel tot gevolg hebben dat de concurrentie voor een wezenlijk deel wordt uitgeschakeld.

Referenties

- Baumol, W.J. en A.S. Blinder (1997), *Economics: principles and policy*, 7e editie, Orlando: The Dryden Press
- Belleflame, P. en F. Bloch (2004), 'Market sharing agreements and collusive networks', *International Economic Review*, 45(2): 387-411
- Berkhout, L. e.a. (1997), *Verticaal of horizontaal wat maakt het uit? Een studie naar horizontale en verticale integratieprocessen vanuit het perspectief van de thuiszorg*, afstudeerscriptie TIAS, KUB, Tilburg (<http://www.xs4all.nl/~mediatz/scriptie.htm>)
- CIZ (2005), *Verkorte versie Handboek Standaard Indicatieprotocollen (SIPs)*, Centrum Indicatiestelling Zorg, Driebergen
- CPB (2004), *Momentopname van de AWBZ: een analyse van de sterke en zwakke punten*, CPB Document 54, Centraal Planbureau, Den Haag
- CTG/ZAio (2005a), *CTG/ZAio maakt innovatie in de thuiszorg mogelijk*, nieuwsbericht d.d. 23 maart, Utrecht
- CTG/ZAio (2005b), *Visiedocument extramurale AWBZ-zorg: analyse en aanbevelingen voor concurrentie*, College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o., Utrecht
- CTZ (2005), *Zorginkoop zorgkantoren: onderzoeksrapport*, College Toezicht Zorgverzekeringen, Diemen
- CVZ (2004), *Signalement toelating instellingen AWBZ*, College voor Zorgverzekeringen, Diemen
- CVZ (2007), *Uitvoeringsverslag PGB-AWBZ: juli 2006 – juli 2007*, College voor Zorgverzekeringen, Diemen
- DOJ en FTC (2004), *Improving health care: a dose of competition*, U.S. Department of Justice and the U.S. Federal Trade Commission, Washington D.C.
- EC (2001), 'Richtsnoeren inzake de toepasselijkheid van artikel 81 van het EG-Verdrag op horizontale samenwerkingsovereenkomsten', *Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen*, 2001/C3/02, Brussel
- EC (2004), 'Richtsnoeren betreffende de toepassing van artikel 81, lid 3, van het Verdrag', *Publicatieblad van de Europese Gemeenschappen*, 2004/C101/08, Brussel
- Gaynor, M. (2006), 'Why don't courts treat hospitals like tanks for liquefied gases? Some reflections on health care antitrust enforcement', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(3): 497-510
- Gaynor, M. and W.B. Vogt (2000), 'Antitrust and competition in health care markets', in A.J. Cuyler en J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, volume I: 1405-1487, Amsterdam: Elsevier Science
- IBO-AWBZ (2005), *Toekomst AWBZ: eindrapportage van de werkgroep Organisatie romp AWBZ*, Den Haag

- Kuypers, P. e.a. (2006), *Handreiking inkopen en aanbesteden in de Wmo*, publicatie opgesteld in opdracht van VWS en de VNG, Den Haag
- NMa (2002), *Richt snoeren voor de zorgsector*, Nederlandse Mededingingsautoriteit, Den Haag
- NMa (2004a), *Visiedocument AWBZ-zorgmarkten*, Nederlandse Mededingingsautoriteit, Den Haag
- NMa (2004b), *Zaak 4295 / Stichting Icare – Sensire – Thuiszorg Groningen: besluit*, Nederlandse Mededingingsautoriteit, Den Haag
- NMa (2005a), *Besluit betreffende zaak 4988/Oosterlengte – Thuiszorg Groningen – Sensire*, Nederlandse Mededingingsautoriteit, Den Haag
- NMa (2005b), *Visiedocument inkoopmacht*, Nederlandse Mededingingsautoriteit, Den Haag
- NZa (2006a), *Monitor extramurale AWBZ-zorg: analyse van de marktontwikkelingen in 2005 en 2006*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2006b), *Uitvoering AWBZ 2005 door de uitvoeringsorganen, zorgkantoren en CAK-BZ*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2007a), *Care voor de toekomst*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2007b), *Monitor extramurale AWBZ-zorg: analyse van de marktontwikkelingen in 2006 en 2007*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2007c), *Beleidsregel CA-112: contracteerruimte 2007*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2007d), *Rapportage contracteerruimte 2007 (julironde) en knelpunten*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- NZa (2007e), *Uitbesteding extramurale AWBZ-zorg*, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht
- Pauly, M.V. (1998), 'Managed care, market power, and monopsony', *Health Services Research*, 33 (5): 1439-1460
- Ramakers C. e.a. (2007), *Evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006: eindrapport*, ITS, Nijmegen
- Rechtbank 's-Gravenhage (2007), *Vonnis in kort geding van 13 november 2007: zaak- en rolnummer 295485 / KG 07/1152*, Den Haag
- Research voor Beleid (2007), *Aanbesteden hulp bij het huishouden*, Leiden
- Staatsblad (1996), *Kwaliteitswet zorginstellingen*, 80, Den Haag
- Staatsblad (1997), *Mededingingswet*, 242, Den Haag
- Staatsblad (2002), *Besluit zorgaanspraken AWBZ*, 527, Den Haag
- Staatsblad (2004), *Besluit opheffing contracteerplicht extramurale zorg AWBZ*, 419, Den Haag
- Staatsblad (2005), *WTG ExPres*, 24, Den Haag
- Staatsblad (2006a), *Besluit maatschappelijke ondersteuning*, 450, Den Haag
- Staatsblad (2006b), *Wet maatschappelijke ondersteuning*, 351, Den Haag
- Staatscourant (2005), *Convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren*, nr. 253, blz. 35

- Staatscourant (2006), *Convenant zorgkantoren 2006-2008*, nr. 66, blz. 17
- Tweede Kamer (2003), *Modernisering AWBZ*, 26 631, nr. 55, Den Haag
- Tweede Kamer (2004a), *Modernisering AWBZ*, 26 631, nr. 117, Den Haag
- Tweede Kamer (2004b), *Zorg en maatschappelijke ondersteuning*, 29 538, nr. 1, Den Haag
- Tweede Kamer (2004c), *Modernisering AWBZ*, 26 631, nr. 116, Den Haag
- Tweede Kamer (2005a), *Inzake de verplichting die zorgkantoren aan thuiszorgorganisaties opleggen om ook op regionaal niveau een erkenning aan te vragen en over problemen met interregionale budgetoverheveling: door de Kamer gestelde vragen en de daarop door de regering gegeven antwoorden*, 485, Den Haag
- Tweede Kamer (2005b), *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning): memorie van toelichting*, 30 131, nr. 3, Den Haag
- Tweede Kamer (2005c), *Wet Marktordening Gezondheidszorg: memorie van toelichting*, 30 186, nr. 3, Den Haag
- Tweede Kamer (2006a), *Nieuwe regels betreffende maatschappelijke ondersteuning (Wet maatschappelijke ondersteuning): verslag van een wetgevingsoverleg*, 30 131, nr. 98, Den Haag
- Tweede Kamer (2006b), *Toekomst AWBZ*, 30 597, nr. 1, Den Haag
- Tweede Kamer (2007a), *Zorg en maatschappelijke ondersteuning: eerste voortgangsrapportage WMO*, 29 538, nr. 38, Den Haag
- Tweede Kamer (2007b), *Zorg en maatschappelijke ondersteuning: tweede voortgangsrapportage WMO*, 29 538, nr. 58, Den Haag
- Tweede Kamer (2007c), *Modernisering AWBZ: dertiende voortgangsrapportage*, 26 631, nr. 229, Den Haag
- Tweede Kamer (2007d), *Modernisering AWBZ*, 26 631, nr. 227, Den Haag
- Tweede Kamer (2007e), *Modernisering AWBZ*, 26 631, nr. 232, Den Haag
- VWS (2006a), *Zelf zorg inkopen: is het volledig invoeren van persoonsgebonden bekostiging in de AWBZ haalbaar?*, Den Haag
- VWS (2006b), *Factsheet ontwikkelingen in de AWBZ in 2007*, Den Haag
- ZN (2004), *Handreiking contracteerbeleid extramurale zorg*, Zorgverzekeraars Nederland, Zeist
- ZN (2005), *Leidraad contracteerbeleid zorgkantoren 2006*, Zorgverzekeraars Nederland, Zeist
- ZN (2006), *Contracteer- en inkoopbeleid 2007: gezamenlijk referentiekader zorgkantoren*, Zorgverzekeraars Nederland, Zeist

Bijlage A. Achtergrondinformatie aanbodzijde

A.1 Concentratiegraad

AWBZ-thuiszorg

In 2006 beschikten 943 aanbieders over een toelating voor extramurale AWBZ-zorg, een toename van bijna 8% ten opzichte van een jaar eerder (NZa, 2007e). Om de marktconcentratie te kunnen bepalen moet eerst worden vastgesteld wat voor thuiszorgaanbieders de relevante geografische markt is. Zowel ten aanzien van AWBZ-zorg in het algemeen als de thuiszorg die hiervan deel uitmaakt is de NMa er tot op heden van uitgegaan dat de relevante geografische markt, mede als gevolg van toetredingsdrempels, in ieder geval niet groter is dan een zorgkantoorregio (zie bijvoorbeeld NMa, 2004a, 2004b, 2005a en 2007). De NZa sluit zich hierbij aan (zie bijvoorbeeld CTG/ZAio, 2005b en NZa, 2006a en 2007b).

Uit de verschillende monitorrapportages van de NZa blijkt dat de markt voor extramurale AWBZ-zorg een hoge mate van concentratie aan de aanbodzijde kent (NZa, 2006a en 2007b). Weliswaar zijn in de meeste zorgkantoorregio's een groot aantal aanbieders actief, maar daar staat tegenover dat (i) het merendeel van deze aanbieders slechts een zeer klein marktaandeel heeft en (ii) veel aanbieders niet in de gehele zorgkantoorregio actief zijn. Tabel A.1 laat zien dat in 2005 in bijna de helft van de zorgkantoorregio's de grootste aanbieder een marktaandeel van 50% of meer had.

Tabel A.1: Marktaandeel regionaal grootste aanbieder extramurale AWBZ-zorg in 2005

Omzetaandeel in zorgkantoorregio	Aantal zorgkantoorregio's	Percentage
90%-100%	0	0,0%
80%-90%	2	6,3%
70%-80%	4	12,5%
60%-70%	6	18,8%
50%-60%	2	6,3%
40%-50%	3	9,4%
30%-40%	8	25,0%
20%-30%	5	15,6%
10%-20%	2	6,3%
0%-10%	0	0,0%
	32	100%

Bron: NZa (2007e, blz. 28)

Ook de verdeling van marktaandelen in zorgkantoorregio's duidt op een hoge marktconcentratie. Uit tabel A.2 blijkt dat voor wat betreft de AWBZ-functies verpleging en verzorging gemiddeld per zorgkantoorregio ongeveer 80% van de markt in handen is van de vier grootste aanbieders. Bij de functies ondersteunende en activerende begeleiding is de concentratie iets minder groot, maar ook daar ligt het gezamenlijke marktaandeel van de vier grootste aanbieders boven de 60%.

Tabel A.2: Gemiddeld marktaandeel grootste vier aanbieders in zorgkantorregio

	Verpleging en verzorging		Ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding	
	2005	2006	2005	2006
Aanbieder 1	50%	47%	29%	27%
Aanbieder 2	18%	17%	16%	17%
Aanbieder 3	9%	10%	10%	11%
Aanbieder 4	5%	6%	7%	8%
C4-index	82%	80%	62%	63%

Bron: NZa (2007b, blz. 19)

Hetzelfde beeld ontstaat wanneer voor ieder zorgkantorregio de zogeheten Herfindahl Hirschmann Index (HHI) wordt bekeken. Ten aanzien van dit indexcijfer – zijnde de som van de gekwadrateerde marktaandelen van alle aanbieders in een bepaalde regio – wordt als vuistregel gehanteerd dat een waarde groter dan 1.800 op een dusdanig sterke marktconcentratie duidt dat de concurrentie erdoor kan worden belemmerd. Uit tabel A.3 blijkt dat voor wat betreft de AWBZ-functies verpleging en verzorging in 2005 en 2006 respectievelijk 26 en 25 van de in totaal 32 zorgkantorregio's sprake was een HHI van meer dan 1.800. Opnieuw blijkt dat de markt voor de AWBZ-functies ondersteunende en activerende begeleiding (iets) minder geconcentreerd is, maar ook voor deze functies geldt dat in 2005 en 2006 respectievelijk 8 en 11 van de in totaal 32 zorgkantorregio's een (zeer) lage concentratiegraad kenden.

Tabel A.3: Gemiddeld marktaandeel grootste vier aanbieders in zorgkantorregio

	Verpleging en verzorging		Ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding	
	2005	2006	2005	2006
HHI < 1.000	1	1	8	11
1.000 ≤ HHI < 1.800	5	6	15	13
HHI ≥ 1.800	26	25	9	8

Bron: NZa (2007b, blz. 20)

WMO-thuiszorg

Hoewel exacte cijfers over de mate van concentratie op de markt voor WMO-thuiszorg (nog) niet voorhanden zijn, is het om verschillende redenen aannemelijk dat de concentratiegraad lager is dan in de AWBZ-thuiszorg. Ten eerste zijn er voor aanbieders van huishoudelijke hulp geen drempels om thuiszorg te gaan leveren in gemeenten die oorspronkelijk niet tot hun werkgebied behoorden. Bovendien mogen gemeenten ook bij andere dan de voor AWBZ-zorg toegelaten aanbieders huishoudelijke hulp inkopen. Uit onderzoek is gebleken dat bijna alle aanbieders tijdens de eerste aanbestedingsronde hebben meegedongen met de aanbesteding in voor hen nieuwe gemeenten (Research voor Beleid, 2007). Wel geldt voor ongeveer eenderde van de zorgaanbieders dat zij zich hierbij hebben beperkt tot 'nieuwe' gemeenten in de regio waar ze van oudsher al actief waren. Op grond hiervan is het waarschijnlijk dat de relevante geografische markt voor WMO-thuiszorg groter is dan voor AWBZ-thuiszorg, i.c. de traditionele

zorgkantoorregio. Als gevolg van de grotere geografische markt en het grotere aantal potentiële aanbieders is het waarschijnlijk dat de concentratiegraad op de markt voor WMO-thuiszorg lager zal zijn dan op de markt voor AWBZ-thuiszorg.

Consolidatietendens

Voor zowel AWBZ-thuiszorg als WMO-thuiszorg geldt dat een consolidatietendens waarneembaar is die de marktpositie van aanbieders kan versterken. Opvallend hierbij is dat waar fusies tot voor kort over het algemeen horizontaal van aard waren en zich vooral op lokaal niveau afspeelden, fusies er nu steeds vaker in resulteren dat thuiszorgaanbieders hun werkgebied en/of productaanbod aanzienlijk uitbreiden.¹²

Hoewel het behalen van schaal- en synergievoordelen door marktpartijen vaak wordt opgevoerd als een belangrijke reden voor de huidige schaalvergroting, zijn ook andere factoren van belang.¹³ Allereerst lijkt de invoering van de WMO per 1 januari 2007 een rol te spelen. Schaalvergroting stelt aanbieders van thuiszorg in staat om een (dreigend) verlies aan marktaandeel in de ene regio te compenseren in andere regio's. Daarnaast lijkt de aanbodzijde te anticiperen op de toenemende concentratie aan de vraagzijde. Schaalvergroting, zo luidt een veel gehoord argument van thuiszorgaanbieders, is nodig om sterker te staan in de onderhandelingen met de steeds groter wordende, landelijk werkende zorgverzekeraars.¹⁴

In de door ons gevoerde gesprekken is naar voren gebracht dat naast de horizontale integratie van thuiszorgaanbieders onderling vooral de verticale integratie van thuiszorgaanbieders met intramurale zorgaanbieders – zoals verpleeg- en verzorgingshuizen – een punt van zorg vormt. Dergelijke fusies brengen onder andere het gevaar met zich mee dat alle cliënten die rondom de betreffende intramurale instelling woonachtig zijn naar de 'eigen' thuiszorgaanbieder worden doorverwezen, zodat voor andere concurrerende aanbieders van thuiszorg een (sterk) versnipperd en daarmee onrendabel 'buitengebied' resteert. Een versnipperd buitengebied is mogelijk onrendabel omdat een thuiszorgaanbieder dan relatief veel reiskosten moet maken om een beperkt aantal cliënten te bedienen.

Onderaannemerschap

Een andere ontwikkeling is het omvangrijke gebruik van zogeheten uitbestedingsconstructies. Er is sprake van een uitbestedingsconstructie – ook wel onderaanneming genoemd – wanneer een gecontracteerde aanbieder de ingekochte

¹² Zie bijvoorbeeld het artikel 'Thuiszorg gaat in zaken' in dagblad *Trouw* van 19 december 2006.

¹³ Zie bijvoorbeeld het artikel 'Groot groeien om klein te zijn' in het magazine *Zorgvisie* van oktober 2007 (nummer 10).

¹⁴ Zie paragraaf 4.3.2 voor een kritische beschouwing over de noodzaak van meer 'countervailing power'.

thuiszorg niet feitelijk zelf verleent, maar hiervoor gebruik maakt van bijvoorbeeld zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers) of uitzendbureaus. Voor zowel de AWBZ-thuiszorg als de WMO-thuiszorg is het als gevolg van het gebruik van uitbestedingsconstructies lastig is om een precies beeld te krijgen van de marktconcentratie (NZa, 2007e). Afhankelijk van wie uiteindelijk de zorg levert kan deze in werkelijkheid zowel lager als hoger zijn.

A.2 Toetredingsdrempels

AWBZ-thuiszorg

Wat betreft de **wettelijke toetredingseisen** geldt dat thuiszorgaanbieders een formele toelating nodig hebben. Tot en met 2005 behoorde het afgeven van toelatingen tot het takenpakket van het CVZ. Mede omdat de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) niet van toepassing was op thuiszorgaanbieders – wat onder andere betekende dat zij in tegenstelling tot andere zorgaanbieders winst mogen uitkeren – waren de toelatingseisen voor extramuraal AWBZ-functies minimaal en vormden ze geen serieuze toetredingsdrempel (CTG/ZAio, 2005b). Met de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) op 1 januari 2006 zijn de toelatingseisen voor aanbieders van thuiszorg zelfs nog iets verder versoepeld. Zo hoeft het standpunt van het regionale zorgkantoor ten aanzien van de voorgenomen toelating niet langer bij de aanvraag te worden gevoegd. De inwerkingtreding van de WTZi heeft ertoe geleid dat het afgeven van toelatingen door VWS is overgedragen aan het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG). Hoewel de WTZi nadrukkelijk tot doel heeft om de toetreding van nieuwe aanbieders te vergemakkelijken, zijn vanuit ‘het veld’ geluiden te horen dat de werkwijze van het CIBG vooralsnog tot bureaucratische hindernissen leidt.¹⁵

De afwezigheid van substantiële wettelijke toetredingsdrempels betekent niet dat het voor nieuwe aanbieders zonder meer gemakkelijk is om een plek op de markt voor AWBZ-thuiszorg te verkrijgen. Er zijn namelijk verschillende **praktische toetredingsbelemmeringen** te onderscheiden. Allereerst is het zo dat door de budgetgaranties die zorgkantoren voor reeds eerder gecontracteerde aanbieders hanteren nieuwe aanbieders slechts mee kunnen meedingen naar een relatief beperkt deel van de beschikbare regionale contracteeruimte wat het voor hen moeilijk kan maken om de minimaal efficiënte schaalgrootte (MES) te realiseren. Daarnaast kan het voor nieuwe aanbieders moeilijker zijn om aan de door het zorgkantoor gestelde kwaliteitseisen te voldoen. Niet alleen heeft men nog geen bewezen ‘track record’, maar ook kunnen eisen zoals het laten uitvoeren van een onafhankelijke cliëntenraadpleging, certificering, en het opstellen van (strikte) zorgprotocollen dusdanige hoge kosten met zich meebrengen dat

¹⁵ Zie bijvoorbeeld het artikel ‘CIBG niet berekend op nieuwe taak’ in de nieuwsbrief van *Zorgvisie* d.d. 28 september 2007.

het met name voor relatief kleine aanbieders moeilijk is deze op te brengen. Tot slot zijn nieuwe toetreders in het nadeel omdat zij ten opzichte van de gevestigde thuiszorgaanbieders (nog) niet over een grote naamsbekendheid beschikken. Deze achterstand levert vooral problemen op wanneer doorverwijzers – zoals huisartsen, het CIZ¹⁶ en zogeheten transferverpleegkundigen¹⁷ – bij hun keuzeondersteuning van cliënten een voorkeur hebben voor de aanbieders van thuiszorg die van oudsher in de betreffende regio werkzaam zijn zonder dat deze onderbouwd kan worden met verschillen in prijs-kwaliteitverhouding.

Naast de toetreding van geheel nieuwe marktpartijen wordt ook de toetreding van zorgaanbieders die reeds in een bepaalde zorgkantoorregio actief zijn maar hun werkgebied naar een andere zorgkantoorregio willen uitbreiden in de praktijk bemoeilijkt. Bovenregionaal werkende thuiszorgaanbieders die alle productie met één zorgkantoor willen regelen zijn voor de financiering van hun productie afhankelijk van zogeheten budgetoverhevelingen tussen de betrokken zorgkantoren. Al enkele jaren zijn er signalen dat zorgaanbieders die in meer dan één zorgkantoorregio actief (willen) zijn op dit gebied problemen ondervinden. Hoewel de toenmalige staatssecretaris van VWS de Tweede Kamer in 2005 liet weten dat “budgetoverhevelingen naar andere regio’s ten behoeve van bovenregionaal werkende zorginstellingen (...) conform de algemene lijn in de praktijk veelvuldig plaatsvinden” (Tweede Kamer, 2005a), wordt deze opvatting niet door iedereen gedeeld. Zo constateerde CTG/ZAio in datzelfde jaar juist dat het voor een bovenregionale aanbieder vaak moeilijk is om “voldoende groeirimte los te krijgen” met als gevolg dat de mogelijkheden voor andere aanbieders om bovenregionaal te gaan aanbieden worden beperkt (CTG/ZAio, 2005b). Ook in latere jaren zijn er signalen dat de overheveling van contracteeruimte in de praktijk problematisch is (NZa (2006b, blz. 19): *“In 2005 klaagden aanbieders van bovenregionale zorg over bevoordeling van aanbieders van regionale zorg. Bovenregionale zorgaanbieders zouden meer in hun groei worden belemmerd dan regionale zorgaanbieders, zonder dat dit verband hield met de kwaliteit of de prijs van zorg. (...) In 2006 zijn er opnieuw signalen en klachten van*

¹⁶ Sinds 2005 is het voor zorgaanbieders mogelijk om van het CIZ een mandaat te krijgen, zodat men aan de hand van een standaard indicatieprotocol (SIP) voor eenvoudige, kortdurende zorg zelf een indicatieadvies voor de cliënt mag opstellen. De zorg kan vervolgens op basis van vertrouwen direct worden geleverd en het advies van de zorgaanbieder wordt door CIZ achteraf steekproefsgewijs gecontroleerd. In 2006 is circa 14% van de besluiten in het kader van de AWBZ op deze wijze afgegeven (Tweede Kamer, 2007d). Hoewel een dergelijke handelwijze bijdraagt aan een vermindering van de bureaucratie kan het mandateren van de indicatiestelling aan aanbieders ook tot misbruik leiden. Zo bestaat het gevaar dat aanbieders via de indicatiestelling hun eigen marktaandeel vergroten. Vanuit het perspectief van toetreding is van belang dat volgens het CIZ alle thuiszorgaanbieders “die dat wensen” met hen een overeenkomst kunnen sluiten om gebruik te maken van de SIPs (CIZ, 2005).

¹⁷ Een transferverpleegkundige begeleidt vanuit het ziekenhuis mensen die na hun ontslag uit het ziekenhuis nog een vorm van zorg behoeven. Zij kunnen worden gefinancierd door verschillende organisaties, zoals het ziekenhuis, één of meerdere thuiszorgaanbieders en/of het CIZ (NZa, 2007b).

bovenregionale aanbieders over ongelijke behandeling.” Deze ongelijke behandeling bestaat eruit dat sommige aanbieders voor het leveren van bovenregionale zorg meer toelatingen moeten aanvragen dan waar zij oorspronkelijke statutair gevestigd zijn, terwijl andere aanbieders dit niet hoeven.

In reactie op de gesignaleerde problemen zijn in het gezamenlijke referentiekader voor het contracteer- en inkoopbeleid van zorgkantoren “gezamenlijke spelregels voor coördinatie” geformuleerd waarmee de zorgkantoren zullen werken in het geval van productieafspraken met bovenregionaal werkende aanbieders (ZN, 2006). Overigens wordt in dat kader door ZN nadrukkelijk opgemerkt dat een “toereikende groei van de contracteerruimte voor extramurale zorg” een voorwaarde is voor productieafspraken met bovenregionaal werkende instellingen (blz. 20): *“In 2006 was die ruimte – door beleid van VWS – zeer klein, zodat overheveling nagenoeg onmogelijk was.”* De gezamenlijke afspraken van zorgkantoren op het gebied van budgetoverheveling lijken bovenregionale toetreding in algemene zin inderdaad “minder moeilijk” te hebben gemaakt (NZa, 2007b), maar de zorgautoriteit voegt daaraan wel toe dat zorgkantoren in de praktijk verschillend omgaan met het overhevelen van contracteerruimte en dat de problemen zeker nog niet opgelost zijn (blz. 21/22): *“Zorgaanbieders geven in de interviews aan dat overheveling nog steeds stroef verloopt. Slechts enkele zorgaanbieders geven aan dat in 2006 overheveling soepeler is verlopen dan in voorgaande jaren.”* Een belangrijke reden hiervoor is dat zorgkantoren vaak niet bereid zijn om een deel van ‘hun’ contracteerruimte in te zetten voor verzekerden in andere regio’s (NZa, 2007a). Zorgaanbieders die bovenregionaal werkzaam zijn kunnen de hierboven beschreven problematiek feitelijk alleen omzeilen door in iedere zorgkantorregio waar men werkzaam is een aparte toelating aan te vragen. Een dergelijke gekunstelde constructie met verschillende ‘satellietondernemingen’ brengt echter ook (organisatorische) nadelen met zich mee.

WMO-thuiszorg

Voor aanbieders van huishoudelijke hulp die daarnaast ook AWBZ-thuiszorg aan cliënten leveren, heeft de inwerkingtreding van de WMO geen effect gehad op de **wettelijke toetredingsdrempels**: zij hebben nog steeds een formele toelating nodig. Aanbieders die uitsluitend huishoudelijke hulp leveren vallen sinds 1 januari 2007 echter geheel buiten de AWBZ en daarmee ook buiten de reikwijdte van de WTZi. Dergelijke aanbieders hoeven dan ook geen toelating aan te vragen bij het CIBG om op grond van de WMO thuiszorg te mogen leveren (VWS, 2006b).

Wat betreft mogelijke **praktische toetredingsbelemmeringen** geldt dat hiervan op de markt voor WMO-thuiszorg geen sprake lijkt te zijn. Sterker nog, in enkele gevallen is de voorheen grootste lokale/regionale aanbieder van huishoudelijke verzorging (AWBZ)

geheel buiten de boot gevallen.¹⁸ Een eerste onderzoek naar de resultaten van de door gemeenten uitgevoerde aanbestedingen laat zien dat slechts 10% van de gemeenten uitsluitend aanbieders heeft gecontracteerd die voor 1 januari 2007 de AWBZ-functie huishoudelijke verzorging binnen de betreffende gemeente leverde (Research voor Beleid, 2007). Voor 89% van de gemeenten geldt dat zij een mix van bestaande en nieuwe aanbieders heeft gecontracteerd. Wel geldt dat het merendeel van de gemeenten die nieuwe aanbieders hebben gecontracteerd gekozen heeft voor een beperkt aantal nieuwe toetreders. Hoewel ook gespecialiseerde schoonmaakbedrijven in aanmerking kunnen komen voor het leveren van huishoudelijke hulp, zijn dergelijke bedrijven in de eerste aanbestedingsronde niet of nauwelijks door gemeenten gecontracteerd. Wel fungeren dergelijke bedrijven vaker als onderaannemer van door gemeenten gecontracteerde bestaande thuiszorgaanbieders (Research voor Beleid, 2007). In de door ons gevoerde gesprekken met veldpartijen is naar voren gekomen dat schoonmaakbedrijven medio 2006/2007 in veel gevallen nog niet konden voldoen aan de door de gemeenten gehanteerde (minimum)kwaliteitseisen en daarom niet zelfstandig aan de aanbestedingen hebben deelgenomen. Men sprak daarbij de verwachting uit dat dergelijke nieuwe toetreders bij de volgende aanbestedingsronde(s) wel een rol zullen gaan spelen.

A.3 Conclusie

Wat betreft de aanbodzijde van de markt voor AWBZ-thuiszorg is van belang dat deze in de meeste zorgkantorregio's een hoge concentratiegraad kent. In combinatie met de praktische toetredingsbelemmeringen waar nieuwe marktpartijen en bovenregionaal werkende (bestaande) thuiszorgaanbieders mee te maken hebben, leidt dit ertoe dat bestaande aanbieders in hun eigen zorgkantorregio over een relatief sterke marktpositie beschikken. Dit kan de onderlinge concurrentie verzwakken. Voor de WMO-thuiszorg geldt dat de concentratiegraad aan de aanbodzijde naar verwachting aanzienlijk lager is dan in de AWBZ-thuiszorg. Daarnaast lijkt ook geen sprake te zijn van toetredingsbelemmeringen.

¹⁸ Zie bijvoorbeeld het artikel 'Lokale thuiszorgclub verliezer bij aanbesteding' in dagblad *Trouw* van 29 september 2006.

Bijlage B. Interviews

Naam	Organisatie
Ico Kloppenburg	Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
Ineke Wever	Zorgkantoor Haaglanden
Joop Jaspers	Zorgkantoor VGZ
Marijke Verbeek	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Ger Rutten	ActiZ
Michiel Kooijman	ActiZ
Jan Verschuren	Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN)
Dora Tjalsma	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
Willemijn Zuelen-Valk	Samenwerkende Professionele Organisaties in de Thuiszorg (SPOT)