

Thuiszorgmarkten in beweging

De discussies over de effecten van marktwerking in de thuiszorg zijn al aan de gang sinds de introductie van meer concurrentie in de zorgmarkt. Het beeld dat er vaak bestaat is dat de thuiszorg niet meer de kwaliteit biedt als vroeger. Vertrouwde hulpen worden vervangen door niet gekwalificeerd personeel en de marktwerking leidt misschien wel tot kostenbesparingen, maar dat gaat ten koste van de kwaliteit. Wat uit monitoring echter blijkt is dat meer concurrentie tussen thuiszorgaanbieders de kwaliteit juist heeft verbeterd en heeft gezorgd voor gedifferentieerde prijsstelling. Het is voor het kabinet zaak om deze beweging niet te frustreren.

LILIAN PETIT

Econoom bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)

KRIJN SCHEP

Econoom bij de NMa

JARIG VAN SINDEREN

Chief Economist bij de NMa en hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

Iedereen wordt vroeg of laat met zorg geconfronteerd. Maar ook met de kosten hiervan. Op dit moment gaat ongeveer vijftien procent van ons bruto binnenlands product naar de zorg (CBS, 2012). Als er niet ingegrepen wordt, zal er in de toekomst een steeds groter deel van ons inkomen naar toe gaan. Marktwerking moet dat proces mitigeren. Toch zijn er veel divergerende opvattingen over marktwerking in de zorg, die zeer verwachtingsvol en met overtuiging in het begin van deze eeuw is geïntroduceerd. Marktwerking zou moeten resulteren in efficiënte, doelmatige en goede zorg, maar of dat ook daadwerkelijk het geval is, wordt door velen betwijfeld.

Een onderdeel van de zorg waar marktwerking is geïntroduceerd, is de thuiszorg binnen de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). Deze beslaat de varianten begeleiding, behandeling, verzorging en verpleging. Vanaf 2004 is de thuiszorg onderworpen aan concurrentie en daarmee een sector waar de NMa toezicht op houdt. De NMa is in 2009 een

monitor gestart die beoogt de ontwikkelingen in de AWBZ-thuiszorgmarkten op het gebied van concurrentie in kaart te brengen vanaf 2007. Dit biedt de gelegenheid om relevante ontwikkelingen te presenteren.

ORGANISATIE VAN DE THUISZORG

Er wordt veel beroep gedaan op de AWBZ-thuiszorg in Nederland; in termen van cliënten en zorguren. In de monitor gaat de aandacht in het bijzonder uit naar verpleging en verzorging, verantwoordelijk voor 72 procent van de 70,1 miljoen AWBZ-thuiszorguren in 2011 (exclusief persoonsgebonden budget (PGB); NZa, 2012). Vooral door de vergrijzing neemt de vraag naar langdurige verzorging toe, evenals door de wens om langer zelfstandig te blijven wonen. De jaarlijkse groei van thuiszorg tussen 2009 en 2030 wordt geraamd op ten minste 1,4 en 1,6 procent voor respectievelijk verpleging en verzorging (SCP, 2012). Naast de toenemende uitgaven die voortvloeien uit de toenemende vraag naar thuiszorg, is er de laatste jaren bovendien sprake van stijgende arbeidskosten bij de AWBZ en de via de Zorgverzekeringswet (ZVW) gefinancierde ouderen- en thuiszorginstellingen (CBS, Statline, 2012). Arbeidskosten zijn een kostenpost van circa 73 procent in de AWBZ-thuiszorg (Actiz, 2012a). Daarbij komt dat de productiviteit in de zorg is achtergebleven bij de loongroei in deze sector (CPB, 2011). Ook de (thuis)zorginstellingen zien hoge kosten. In 2007 was het percentage zorginstellingen met een rentabiliteit kleiner dan nul procent voor de door de AWBZ/ZVW gefinancierde ouderen- en thuiszorg 39 procent. Hoewel dit percentage in 2010 gedaald is naar 17 procent (CBS Statline) is verdere kostenreductie noodzakelijk om de thuiszorginstellingen rendabel te maken.

De AWBZ-thuiszorg is in Nederland opgedeeld in 32 zorgkantorregio's. Dit zijn 32 separate gebieden waarbinnen de zorg wordt ingekocht door zorgkantoren. In ieder van deze zorgkantorregio's is er één zorgkantoor dat over de zorg onderhandelt met de zorginstellingen die de thuiszorg of de intramurale zorg aanbieden. Prijs-, kwaliteit- en hoeveelheidsaf-

spraken worden uitonderhandeld door het zorgkantoor. De grootste zorgverzekeraar in de regio is concessiehouder van het betreffende zorgkantoor. In deze monitor is aangenomen dat de zorgkantoorregio een redelijke benadering is van de relevante markt: het gebied waarbinnen de daadwerkelijke concurrentie plaatsvindt. Tot januari 2012 was het ook mogelijk om via het PGB de AWBZ-thuiszorg in te kopen. Cliënten waren vrij om de zorgaanbieder naar keuze uit te zoeken en de zorg zelf te organiseren. In 2011 betrof 12 procent van het totale AWBZ-budget een PGB (NZa, 2012).

Het kabinet-Rutte II stelt diverse aanpassingen voor in het AWBZ-systeem. Zo wordt in het regeerakkoord voorgesteld om de extramurale verpleging geheel over te hevelen van de AWBZ naar de ZVW. In 2013 wordt weer ruimte gecreëerd om het PGB voor AWBZ-thuiszorg te verstrekken: “het gebruik van persoonsgebonden budgetten heeft juist bij deze zorg overigens geleid tot zorg op maat en institutionele innovaties”, aldus het regeerakkoord. Er wordt voorgesteld om de gemeentes meer vrijheid te geven met betrekking tot de concrete invulling van de gedecentraliseerde voorzieningen. Verder worden de verschillen tussen de tarieven in verschillende regio’s gereguleerd. De concurrentie op prijs tussen de verschillende zorgaanbieders wordt aldus beperkt. Hoe een en ander in de praktijk uitgewerkt gaat worden is nog niet duidelijk. Wel is duidelijk dat doorvoering van deze vorm van tariefregulering de marktwerking in de thuiszorgmarkt zal beperken.

FEITELIJKE SITUATIE

De NMa-monitor tracht de ontwikkelingen in de thuiszorgsector als gevolg van de introductie van marktwerking in kaart te brengen. Deze richt zich in de monitor dan ook op indicatoren die betrekking hebben op de marktstructuur, dynamiek, prijzen en kwaliteit (Petit en Van Sinderen, 2011). De marktstructuur wordt gemeten aan de hand van het aantal aanbieders in een zorgkantoorregio, de C4-ratio en de Herfindahl Hirschman Index (HHI). De *churn* (het aantal toe- en uitredingen op het aantal actieve zorgaanbieders) en de variaties in de marktaandeelen weerspiegelen de dynamiek in een zorgkantoorregio. De kortingen op de maximumprijzen dienen als indicatie voor het prijsgedrag; welk percentage korting heeft een zorgkantoor weten te realiseren ten opzichte van de maximumtarieven zoals vastgesteld door de NZa? De kwaliteit van de thuiszorg wordt gedestilleerd

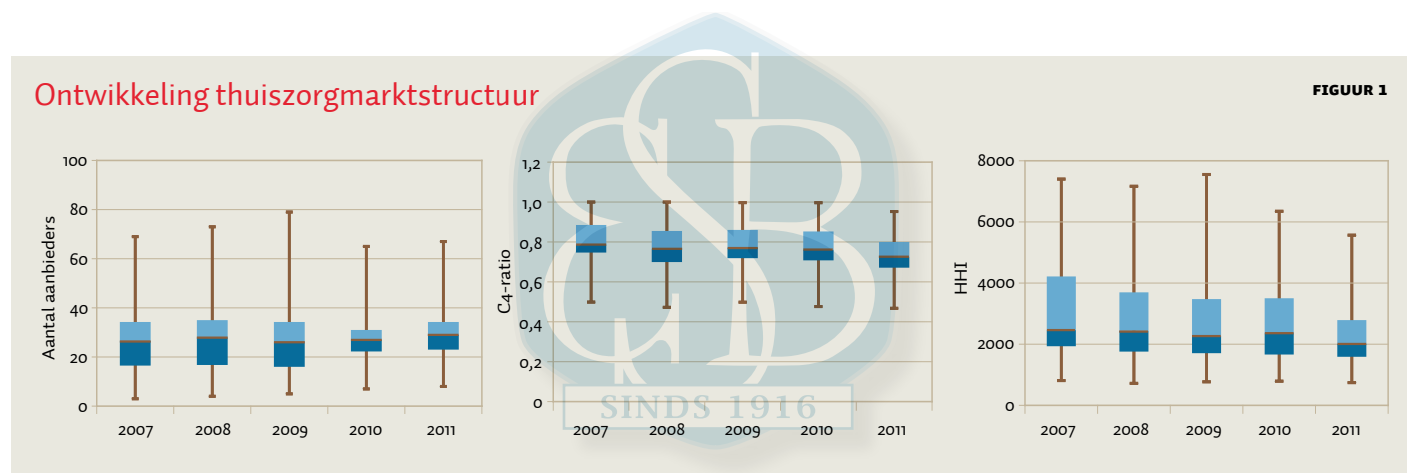
uit gegevens van de kwaliteitsdatabase van Zichtbare Zorg. Verder zijn data aangewend van het Centraal Administratie Kantoor (CAK) waarbij instellingen worden geïdentificeerd op basis van AGB-codes (Algemeen GegevensBeheer), en van de NZa voor wat betreft de kortingen, zoals ook gebruikt in Marktscan Extramurale Zorg AWBZ (NZa, 2012). Het kalenderjaar 2011 betreft productieafspraken, de overige jaren betreffen gerealiseerde productie. De concurrentie-indicatoren worden voor alle 32 zorgkantoorregio’s berekend.

Marktstructuur

De concurrentie valt via de marktstructuur deels te beschrijven, wat is gedaan aan de hand van een drietal indicatoren die zijn ondersteund door boxplots die informatie verschaffen over de spreiding van de waarden van de zorgkantoorregio’s. De boxplot geeft de spreiding aan door 25 tot 75 procent van de waarnemingen te plotten in de blauwe box, de horizontale bruine lijnen in deze boxen weerspiegelen de medianen. Voorts geven de uiteinden van de boxplot de extremen aan. Het aantal aanbieders van AWBZ-thuiszorg in een zorgkantoorregio verschaft een eerste impressie van de concentratie in de AWBZ-thuiszorg. Normaliter geldt dat meer aanbieders leiden tot meer concurrentie(druk). Figuur 1 illustreert de ontwikkeling van het aantal aanbieders per zorgkantoorregio. Zij vertoont een licht opwaartse trend, maar geen eenduidig verloop door de tijd. Zowel de gemiddelde waarden als de medianen schommelen afwisselend tussen de 26 en 29 aanbieders. Op basis van de getoonde boxplot valt daarbij te constateren dat de waarden tamelijk symmetrisch zijn verdeeld over de zorgkantoorregio’s en er onderlinge convergentie plaatsvindt. De regio’s vertonen onderling dus tamelijk gelijkwaardige resultaten.

Het aantal aanbieders biedt echter geen informatie over de omvang van aanbieders die prominent, in termen van regio-aandeel, aanwezig zijn in een zorgkantoorregio. De C4-ratio verschaft hiertoe additioneel inzicht. De C4-ratio is de som van de aandelen van de vier grootste aanbieders per regio. Veelal wordt een C4-ratio die tachtig procent overstijgt als een zeer geconcentreerde markt bestempeld. Uit figuur 1 blijkt dat dit vooral opgaat voor de situatie in 2007: vijftien zorgkantoorregio’s zaten destijds boven die grens van tachtig procent. De gemiddelden en de medianen vertonen een licht afnemend verloop. In 2011 zijn er nog acht zorgkantoorregio’s die een C4-ratio van tachtig procent of meer hebben.

De laatste gebruikte marktstructuurindicator is de Her-



De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

Gemiddelde korting en frequentie zorgkantoren per kortingscategorie

TABEL 1

Korting	2007	2008	2009	2010	2011
Gemiddelde korting (in %)	2,9	2,2	2,3	2,3	3,0
0 tot 2 procent (aantal)	7	13	13	14	11
2 tot 4 procent (aantal)	18	17	16	16	14
4 procent of meer (aantal)	7	2	3	2	7

Geografische verschillen 2011

TABEL 2

Regio	Percentage zorguren	Aantal aanbieders ¹	HHI ¹	Korting	Kwaliteit
Noord en Midden	24	35	1797	3,00	3,44
Oost	23	36	2090	3,60	3,45
West	25	24	2914	2,80	3,39
Zuid	29	25	2485	2,90	3,42

¹ Dit betreffen gemiddelden van de zorgkantoorregio's per regio.

findahl Hirschman Index (HHI). Deze combineert de inzichten van de twee voorgaande analyses: het aantal aanbieders en hun marktaandeelen. De HHI is gedefinieerd als de som van alle gekwadrateerde marktaandeelen. De HHI van de 32 zorgkantoorregio's in Nederland kent een stevig dalende trend (figuur 1). Over vijf jaar is de gemiddelde HHI met ruim 23 procent afgenomen. Aangezien het aantal aanbieders tamelijk stabiel is, is een HHI-reductie het gevolg van toegenomen symmetrie. Ook vertoont de hoogste HHI in 2007 een verschil van bijna 2000 punten met de hoogste HHI in 2011: de HHI-scores convergeren door de jaren heen sterk. Kort gezegd, de thuiszorgmarktstructuur vertoont een positieve tendens in termen van aanbieders en symmetrie; er zijn iets meer aanbieders, die bovendien minder ongelijk van grootte zijn in termen van regio-aandelen. De structuur wijst dus op sterkere concurrentie.

Dynamiek

Dynamische markten worden dikwijls geassocieerd met concurrentie. Inefficiënte ondernemingen verdwijnen, terwijl efficiënte ondernemingen groeien of de markt betreden. Vanaf 2008 is er structureel dynamiek waar te nemen in de thuiszorgsector. In de monitor wordt deze dynamiek gemeten aan de hand van twee indicatoren, de *churn* ofwel het aantal toetredingen ten opzichte van het aantal actieve zorgaanbieders in een markt en de gemiddelde variantie van de marktaandeelen in uren. We kunnen constateren dat circa veertig procent op het totaal aantal ondernemingen toe- of uitbreiding betreft. Dit getal geldt voor 2009, 2010 en in mindere mate in 2008. Verder is er sprake van variantie in de marktaandeelen van de zorgaanbieders. In 2010 en 2011 verwisselt een marktaandeel van circa twintig procent van eigenaar. In 2008 lag dit percentage nog onder de tien procent.

Kortingen

De marktstructuur en -dynamiek hebben uitwerking op de marktuitskomsten, waaronder de prijzen. Onder het motto 'ge-

reguleerde marktwerking' stelt de NZa jaarlijks maximumprijzen vast. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder kunnen vervolgens over de prijzen onderhandelen; voor elke aanbieder is bij de NZa bekend welk percentage korting is uitonderhandeld. Per zorgkantoorregio is hiervan een gewogen gemiddelde, op basis van het aantal geleverde zorguren, berekend (tabel 1). In 2007 werden er gemiddeld iets hogere kortingen gerealiseerd dan in de daaropvolgende jaren. In 2011 valt echter weer een lichte stijging in de gemiddelde kortingen te bespeuren.

Tussen de zorgkantoorregio's bestaan er aanmerkelijke verschillen. Zo was de laagste gemiddeld gewogen korting in 2007 0 procent, tegenover 6,6 procent als hoogste korting in datzelfde jaar. 2011 vertoont een zelfde spreiding: 0,2 procent ten opzichte van 5,8 procent als hoogste gemiddelde gewogen korting. Door de jaren heen variëren de kortingen nogal. Slechts voor een beperkt aantal zorgkantoorregio's blijft deze korting rond hetzelfde percentage schommelen. Tabel 1 illustreert de verdeling van de zorgkantoorregio's per kortingscategorie. De tabel laat zien dat een groter aantal zorgkantoren relatief hoge kortingen realiseert in 2011 dan in de voorgaande jaren (uitgezonderd 2007), zo zijn er zeven regio's met ten minste 4 procent korting in 2011.

Kortingen versus concentratie

Indien de concentratie van de markt wordt afgezet tegen de bedongen kortingen per zorgkantoorregio, dan volgt een significant negatief verband in 2007, 2008, 2009 en 2010: zorgkantoorregio's met een lagere HHI gaan gepaard met hogere bedongen kortingen. Dit effect is het sterkst aanwezig in 2008, de correlatiecoëfficiënt is namelijk $-0,53$ en het minst aanwezig in 2010, namelijk $-0,41$, beide met een betrouwbaarheidsniveau van 95 procent. In 2011 is er overigens geen significant effect.

Kwaliteit

Een belangrijk aspect van de thuiszorgmarkt is de kwaliteit. Kortingen hebben geen betekenis indien dit (disproportioneel) ten koste gaat van de kwaliteit. Op basis van de kwaliteitsmaatstaven valt voorzichtig te concluderen dat over het geheel genomen de thuiszorg in Nederland beter is beoordeeld in 2011 dan in 2008 op het gebied van klanttevredenheid (Client Quality, CQ). Hierbij is gekeken naar indicatoren zoals 'ervaren bejegening', 'ervaringen met lichamelijke verzorging', 'ervaren inspraak en overleg' en 'ervaren samenhang in de zorg'. Dergelijke indicatoren visualiseren de kwaliteit in de perceptie van klant.

Indien men de cijfers op geaggregeerd niveau voor de Nederlandse thuiszorg beschouwt, is de ongewogen gemiddelde score van de veertien onderzochte CQ-indicatoren in 2011 (3,42) 0,07 punten hoger dan dezelfde indicatoren in 2008 (3,35). *Independent samples t*-testen geven aan dat elf van de veertien indicatoren gemiddeld in 2011 zijn verbeterd ten opzichte van 2008. De *t*-test onderschrijft dat de gemiddelden van tien van deze elf indicatoren bovendien significant van elkaar verschillen op een betrouwbaarheidsniveau van negentig procent. Dat geldt niet voor alle kwaliteitsmaatstaven; de gemiddelden van drie CQ-indicatoren zijn verslechterd. Dit zijn 'ervaren veiligheid woon- en leefruimte', 'ervaringen met dagbesteding en participatie' en 'ervaren beschikbaarheid personeel'. Indien de kwaliteitsdata worden vertaald naar het zorgkan-

toorregioniveau, komen er resultaten voor 31 zorgkantoorregio's uit. Over één regio valt vanwege gebrek aan waarnemingen geen oordeel te vellen. Over de veertien indicatoren per zorginstelling wordt een ongewogen gemiddelde berekend per zorgkantoorregio. *Independent samples t*-testen geven aan dat vrijwel alle regio's, namelijk 30, zijn verbeterd in termen van cliëntentevredenheid. Hiervan vertonen 22 regio's een significant hoger gemiddelde in 2011 dan in 2008. Eén regio laat een (niet significante) verslechtering in 2011 ten opzichte van 2008 zien. Al met al blijkt dat de kwaliteit volgens de CQ-indicatoren over het geheel genomen een opwaartse beweging vertoont. Dit is in lijn met de opwaartse trend die thuiszorgbrancheorganisatie Actiz (2012b) constateert. Zij stelt met haar Benchmark in de Zorg vast dat de thuiszorg volgens circa 50.000 klanten in 2011 en 2012 met een 8,2 (op een tienpuntsschaal) is beoordeeld, in 2010 was dat nog een 8,1. In 2012 geeft 44 procent van de klanten bovendien een 9 of hoger tegenover 42 procent in 2011.

Regionale vergelijking

De vraag rijst in hoeverre er regionale verschillen bestaan in de prestaties van zorgkantoorregio's. In het zuiden en westen van Nederland worden gemiddeld lagere kortingen bedongen (tabel 2). De zorgkantoorregio's in Zuid- en West-Nederland vertonen tevens relatief hoge HHI's. De gemiddelde CQ-indicatoren illustreren voorts dat de regio's in West-Nederland gemiddeld iets lagere kwaliteit leveren. Onder de aanname dat het merendeel van de grote steden in West-Nederland is gesitueerd, stemt dit overeen met de kwaliteitsmeting van Actiz, waaruit blijkt dat cliënten in grotere steden minder positief oordelen over de zorg (Actiz, 2012b).

De geografische ligging zal op zichzelf niet bepalend zijn voor de geleverde prestaties. De oorzaak kan bijvoorbeeld ook liggen bij de exploitant van een zorgkantoorregio, ofwel het zorgkantoor. Nederland kent momenteel negen verzekeraars die de zorgkantoorregio's exploiteren. Mogelijk kunnen verzekeraars die op grotere schaal actief zijn, zorgen voor betere prestaties. Of geniet een gespecialiseerde (lokale) verzekeraar juist een comparatief voordeel omdat zij de regio kent? Tabel 3 illustreert dat er niet zomaar gesteld kan worden dat een grote verzekeraar betere resultaten boekt dan een kleine verzekeraar. Zowel verzekeraars die weinig zorgkantoren exploiteren, als verzekeraars die veel zorgkantoren exploiteren, bedingen lage kortingen. Dit geldt ook voor de concentratie op markt. Er is geen eenduidig antwoord op de vraag wat voor type verzekeraar de beste resultaten behaalt.

CONCLUSIE

AWBZ-thuiszorg is een omvangrijke en groeiende markt met ruim zeventig miljoen zorguren per jaar. Teneinde tot de meest efficiënte vorm van thuiszorg te komen, is gekozen voor marktwerking in de thuiszorg. Uit het monitoren van marktontwikkelingen sinds 2007 blijkt dat de thuiszorgmarkt in beweging is. In termen van marktwerking laat de AWBZ-thuiszorgmarkt wenselijke ontwikkelingen zien. De marktstructuur vertoont een positieve ontwikkeling op grond van concentratiemaatstaven, er vinden bovendien jaarlijks wisselingen plaats tussen de marktaandeel van de actieve thuiszorgaanbieders en er worden kortingen bedongen

Grote versus kleine verzekeraars 2011

TABEL 3

Aantal zorgkantoorregio's	Aantal aanbieders ¹	HHI ¹	Korting	Kwaliteit
Verzekeraar A: Weinig zorgkantoorregio's	37	1319	<3%	3,47
Verzekeraar B: Weinig zorgkantoorregio's	12	3677	<3%	3,45
Verzekeraar C: Veel zorgkantoorregio's	28	2356	<3%	3,40
Verzekeraar D: Veel zorgkantoorregio's	32	1636	<3%	3,41
Verzekeraar E: Veel zorgkantoorregio's	24	2940	>5%	3,43

¹ Dit betreffen gemiddelden van de zorgkantoorregio's per verzekeraar.

op de tarieven. Tevens valt te concluderen dat er een verband bestaat tussen de kortingen en de concentratie van de thuiszorgmarkten. De kwaliteitindicator vertoont overall gezien een opwaartse trend. Wel is bijvoorbeeld de indicator 'ervaren beschikbaar personeel' verslechterd. Dergelijke signalen krijgen vaak veel publiciteit en terecht. Het is dan ook zaak om daar extra beleidsaandacht aan te schenken. Wel is van belang om bij een oordeel over de effecten van concurrentie op het geheel aan doelstellingen te focussen. Het kabinet-Rutte II wil meer grip op de thuiszorgmarkt krijgen. Wat dat precies gaat betekenen is niet duidelijk. Wel wordt er gesteld dat een aantal elementen van de individualisering van de vraag gehandhaafd zal blijven, maar dat tegelijkertijd de regionale verschillen in prijs moeten verdwijnen. Het zou nuttig zijn om bij voorgenomen ingrepen te letten op de totale impact op de markt en te bezien of het middel ook effectief is om de doelstellingen te bereiken. Het is aan te bevelen om de dynamiek die deze markt laat zien niet onnodig te verstoren, gelet ook op het feit dat gemiddeld de kwaliteit een positieve trend vertoont.

LITERATUUR

- Actiz (2012a) *De verpleeg- en verzorgingshuiszorg en thuiszorg in kaart: Feiten, financiering, kosten en opbrengsten*. PowerPoint-presentatie op www.actiz.nl.
- Actiz (2012b) *Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2012 en de Erasmus Innovatiemonitor Zorg*. Rotterdam: Actiz.
- CBS (2012) *Gezondheid en zorg in cijfers 2011*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- CPB (2011) *Policy brief: trends in gezondheid en zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- NZA (2012) *Marktscan extramurale AWBZ weergave van de markt 2008–2011*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Petit, L.T.D. en J. van Sinderen (2011) Detectie van concurrentiegebrek in 2011. *ESB*, 96(4604), 118–121.
- SCP (2012) *Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009–2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.