

Is de marktwerking in de zorg doorgeschoten?

In s&d 2009/4 bekritiseerden Margo Trappenburg en Martin Buijsen het nieuwe zorgstelsel: marktwerking zou ongelijkheid in de hand werken. Erik Schut betoogt het tegenovergestelde: meer doelmatigheid gaat juist samen met een grotere toegankelijkheid. Curatieve, langdurige en welzijnszorg zijn verschillend georganiseerd. Is de markt te veel ruimte gegund? ‘Die vraag is niet met een volmondig “ja” of “nee” te beantwoorden.’

ERIK SCHUT

Mislukte megafusies, bankroete zorginstellingen, overbetaalde managers, onderbetaalde alfa-hulp en excessief stijgende specialisteninkomens: allemaal de schuld van de marktwerking in de zorg?

68 Van diverse kanten wordt gesteld dat de markt in de zorg ‘te ver is doorgeschoten’. ActiZ — de branchevereniging van organisaties in de sector verpleging en verzorging — verzocht de politiek in september 2008 om een parlementair onderzoek naar ‘de zorgmarkt’. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) schreef naar aanleiding van de problemen met zorgconglomeraten Meavita een brief aan de Tweede Kamer waarin wordt gesteld dat steeds meer gemeenten vraagtekens zetten bij de effectiviteit van de marktwerking in de zorgsector. De Tweede Kamer zelf wil paal en perk stellen aan horizon-

Over de auteur Erik Schut is hoogleraar Gezondheids-economie aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.
Noten zie pagina 80

tale en verticale fusies in de zorgsector. Ze lijkt de daarvoor aangestelde toezichthouders niet meer te vertrouwen. De SP wist altijd al dat de zorg geen markt was en bepleit een parlementaire enquête naar de stelselwijziging in de zorg. En in het aprilnummer van s&d stellen Trappenburg en Buijsen dat marktwerking in de zorg onherroepelijk leidt tot voorrangszorg en een verdeling van zorg naar merite in plaats van behoefte.¹

Is de marktwerking in de zorg inderdaad te ver doorgeschoten? Zijn politici en beleidsmakers in de zorg klakkeloos achter de neoliberale fetisj van de vrije markt aangelopen? Zal Hoogervorst straks à la Greenspan voor een parlementaire enquêtecommissie deemoedig moeten toegeven dat hij het allemaal fout heeft gezien?

MARKTWERKING IN DE ZORG

Een zwart-wit discussie over marktwerking in de zorg lijkt weinig zinvol. De stelling dat de zorg geen markt is levert misschien wel stem-

men op, maar miskent de complexiteit van de ordeningsproblematiek in de zorgsector. Aan de ene kant zijn er geen aanwijzingen dat een volledige uitschakeling van de markt in de zorg tot gunstige resultaten leidt. De overheid blijkt doorgaans geen goede ondernemer en in een complexe sector als de gezondheidszorg leidt een centraal gestuurde afstemming van vraag en aanbod tot grote informatie-, coördinatie- en motivatieproblemen.² Niet voor niets experimenteren landen met een overwegende staatsgezondheidszorg — zoals Groot-Brittannië en Zweden — al jaren met diverse vormen van *internal markets*, *quasi markets* en *public competition*.³ Ook leidt een volledig door de overheid gestuurd systeem niet vanzelfsprekend tot een gelijke verdeling waarin uitsluitend medische behoefte een rol speelt. In Groot-Brittannië bestaat er bijvoorbeeld naast de National Health Service een substantieel privaat systeem, waar de rijkere de wachtlijsten van het publieke systeem kunnen omzeilen: een vorm van gelegitimeerde en geïnstitutionaliseerde voor-

Een zwart-wit discussie over marktwerking in de zorg is weinig zinvol

rangzorg. Waar sprake is van rantsoenering, hebben koopkrachtige burgers een prikkel om versnelde of betere toegang tot zorg te kopen, hetzij in het binnenland, via een officieel privaat circuit of via informele betalingen ‘onder de tafel’, hetzij in het buitenland.

Aan de andere kant is duidelijk dat een vrije markt in de gezondheidszorg evenmin tot maatschappelijk wenselijke uitkomsten leidt. De grotendeels ongereguleerde zorgverzekeringsmarkt in de Verenigde Staten heeft tot een leger van 45 miljoen onverzekerden geleid. Een aantal dat, indien de nieuwe president Obama niet snel ingrijpt, door de economische recessie nog verder zal toenemen. Het ontbreken van

een adequate marktordening heeft bovendien een kostbaar en inefficiënt zorgsysteem teweeggebracht.⁵ In het algemeen zijn volledige vrije markten een uitzondering. Aangezien vrije markten vaak niet goed functioneren — bijvoorbeeld door gebrekkige informatie of eenzijdige machtsposities — zijn zij voor de meeste goederen en diensten aan allerlei regels gebonden. Zo wijst Trappenburg op de kwalijke kanten van de farmaceutische industrie, als ‘vanouds het meest vermarkte deel van de gezondheidszorg’.⁶ Maar zij vermeldt niet dat tot de val van het IJzeren Gordijn in het voormalige Oostblok niet één nieuw medicijn is ontwikkeld. Uitschakelen van de markt lijkt hier dus geen goede remedie om de kwalijke effecten van de markt te bestrijden.

DE CRUCIALE ROL VAN DE DERDE PARTIJ

Vanwege de grote nadelen van beide uitersten, gaat het in de gezondheidszorg — net als in andere sectoren — niet zozeer om de vraag of er sprake zou moeten zijn van marktwerking, maar om de vraag *hoe* de markt het beste kan worden geordend. In de gezondheidszorg is een adequate vormgeving van de markt extra ingewikkeld vanwege de maatschappelijke eis dat noodzakelijke zorg voor iedereen toegankelijk moet zijn. Waar de prijs doorgaans een cruciale rol speelt in de afstemming van vraag en aanbod, mag geld bij de verdeling van noodzakelijk zorg geen rol van betekenis spelen. Het gevolg is dat er naast vragers en aanbieders behoefte is aan een ‘derde partij’ die een belangrijk deel van het financiële risico draagt.⁷ Omdat de derde partij een groot deel van de zorgkosten betaalt, heeft deze doorgaans een belangrijke invloed op de aard en de hoeveelheid zorg die wordt ‘ingekocht’ ten behoeve van de uiteindelijke zorgvragers. De afstemming van vraag en aanbod gebeurt dus niet rechtstreeks — zoals in de meeste markten — maar via die derde partij. De invulling van de rol van deze derde partij is dan ook van cruciale invloed op de manier waarop zorgmarkten functioneren.

De rol van de derde partij is sterk verschillend in de curatieve zorg, de langdurige zorg en de welzijnszorg of maatschappelijke ondersteuning (zie tabel 1). In de curatieve zorg is die rol weggelegd voor private zorgverzekeraars en gereguleerd door de Zorgverzekeringswet (Zvw). In de langdurige zorg hebben zorgverzekeraars deze rol gemandateerd aan regionale zorgkantoren, waarvan de taken geregeld zijn op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In de welzijnszorg, ten slotte, is de rol van de derde partij toebedeeld aan de gemeenten, op grond van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Deze onderscheidende manieren waarop de rol van de derde partij geregeld is, leiden tot sterk verschillende typen zorgmarkten.

DE MARKT VOOR CURATIEVE ZORG (ZVW)

In de curatieve zorg wordt al decennia nagedacht over een adequate marktordening. Centraal staat de vraag hoe universele toegankelijkheid en solidariteit te combineren met prikkels voor een zo doelmatig mogelijke zorgverlening. Vooral gedurende de jaren negentig werd duidelijk dat het systeem van aanbod- en prijsregulering steeds verder vastliep, met toenemende wachtlijsten, gebrek aan innovatie en gebrek-

kige coördinatie (iedere zorgaanbieder vocht voor zijn eigen budget) tot gevolg. Op basis van een baanbrekend advies van de commissie-Dekker uit 1987 presenteerden opeenvolgende bewindslieden (Dees, Simons, Borst) plannen voor een fundamentele herziening van het zorgstelsel. Al deze plannen behelsden de invoering van een universele basisverzekering met geregleerde concurrentie. Uiteindelijk vormden zij de basis voor de door minister Hoogervorst in 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet (Zvw). De invoering van de Zvw was alleen mogelijk doordat er in de voorafgaande periode geleidelijk aan al belangrijke voorwaarden voor het beoogde systeem van geregleerde concurrentie waren gerealiseerd, zoals de ontwikkeling van een systeem van risicoverevening.⁸

Op grond van de Zvw moeten zorgverzekeraars zorg inkopen ten behoeve van hun verzekerden. Zorgverzekeraars zijn voor de basisverzekering gebonden aan een acceptatieplicht, wat impliceert dat verzekerden jaarlijks vrij kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar als hun huidige zorgverzekeraar niet bevalt. Onderlinge concurrentie moet zorgverzekeraars motiveren om voor hun verzekerden kwalitatief goede zorg in te kopen voor een zo gunstig mogelijke prijs. Zij mogen de premie voor de basisverzekering niet differentiëren naar per-

Tabel 1 Drie zorgsectoren met drie verschillende derde partijen

Zorgsector	Regulering	Derde partij	Financieel risico	Keuzevrijheid consument voor derde partij	Prikkels voor cliëntgerichtheid
Curatieve zorg	Zvw	Zorgverzekeraar	67%*	Jaarlijks	Overstappen (stemmen met de voeten)
Langdurige zorg	AWBZ	Zorgkantoor	0%	Geen / pgb	Geen
Maatschappelijke ondersteuning	WMO	Gemeente	100%	Geen / pgb	Locale democratie (stemhokje)

* Als gevolg van diverse ex-post kostenvergoedingen voor de gebudgetteerde ziekenhuiskosten, lopen zorgverzekeraars geen volledig risico over de zorguitgaven.

soonskenmerken zoals leeftijd, geslacht en gezondheidsrisico. Om onderling op gelijke voet te kunnen concurreren, worden verzekeraars voor voorspelbare verschillen in risico gecompenseerd via een risicovereveningssysteem. De zorgverzekeringsmarkt is dus fors gereguleerd: voor verzekeraars geldt een acceptatieplicht, een verbod op premiedifferentiatie, een verplicht basispakket, een zorgplicht en een verplichte risicoverevening. Daarnaast geldt voor verzekeren een verzekeringsplicht. Het voornaamste doel van deze regulering is om toegankelijkheid te kunnen combineren met eerlijke concurrentie en prikkels voor doelmatigheid.

De invoering van de Zvw heeft geleid tot scherpe prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars. De nominale premies zijn — anders dan in de voormalige ziekenfondsverzekering — sinds 2006 elk jaar lager uitgevallen dan vooraf door de overheid werd geraamd. Van 2006 tot en met 2008 hebben zorgverzekeraars dan ook op de basisverzekering gezamenlijk ruim 1 miljard euro verlies geleden (circa 1,5% van de premieomzet).⁹ Door de onderlinge concurrentie zijn de premieverschillen afgenomen en is de aanvankelijk hoge verzekerdenmobiliteit sterk gedaald. In tegenstelling tot wat soms wordt gesuggereerd, betekent een dalende mobiliteit niet dat de concurrentie afneemt. Een geloofwaardige dreiging dat een deel van de verzekerden overstapt als zij hun premies ten opzichte van de concurrentie verhogen houdt verzekeraars scherp.

Het doel van de Zvw is echter om zorgverzekeraars aan te sporen tot niet alleen een zo gunstig mogelijke premiestelling, maar vooral ook een zo goed mogelijke inkoop van zorg. De speelruimte voor zorgverzekeraars en aanbieders om afspraken te maken over de prijs, organisatie en kwaliteit van de zorgverlening is vooralsnog sterk beperkt door prijs- en aanbodregulering. Voor tweederde van de ziekenhuiszorg geldt een collectief vastgesteld instellingsbudget. Verder zijn honoraria voor huisartsen en specialisten vrijwel volledig wettelijk vastgelegd en is ook de toelating tot

de markt nog sterk gereguleerd (via beperking van de opleidingscapaciteit en strikte toelatingsvoorwaarden voor zorginstellingen, zoals een verbod op winstuitkering). Daar waar de afgelopen jaren meer ruimte is gecreëerd voor afspraken over prijs en kwaliteit van zorg, lijken zorgverzekeraars inderdaad in toenemende mate actief.

De invoering van de Zvw heeft geleid tot scherpe prijsconcurrentie tussen zorgverzekeraars

Uit de recente monitor Ziekenhuiszorg van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat zorgverzekeraars vaker afspraken maken met ziekenhuizen over kwaliteit van zorg in het vrij onderhandelbare B-segment (routinematige zorg) dan over die in het gereguleerde A-segment.¹⁰ Zowel de prijzen als het volume in het B-segment zijn minder sterk gestegen dan die in het A-segment. Daarnaast hebben zorgverzekeraars in de geneesmiddelenmarkt prijskorting van 40 tot 90% weten te bedingen bij de inkoop van identieke generieke geneesmiddelen, iets wat de overheid jarenlang met weinig succes via regulering had proberen af te dwingen. Ten slotte maken zorgverzekeraars bij afspraken met huisartsen (groepen) in toenemende mate gebruik van indicatoren voor diabetes en in mindere mate voor COPD en hart- en vaatziekten. Ook worden patiëntenorganisaties steeds vaker bij het inkoopbeleid betrokken.¹¹

Dankzij het risicovereveningssysteem is het voor zorgverzekeraars lonend om te investeren in diabetesmanagement-programma's. Hiermee vallen op termijn, zo blijkt uit empirisch onderzoek, niet alleen aanzienlijke kostenbesparingen te behalen, maar ook belangrijke gezondheidswinst, zoals een substantiële daling van het aantal amputaties, netvliesaan doeningen, hartinfarcten en ernstig nierfalen.¹² Een goed geregelde diabeteszorg kan gezondheids-

schade voorkomen, wat gelet op het toenemende probleem van overgewicht van groot belang is. Bovendien kan daarmee het beroep op zorgvoorzieningen worden verminderd. Wanneer onnodig (lange) ziekenhuisopnames kunnen worden voorkomen door betere logistiek (heupstraten) en betere secundaire preventie (diabetesmanagement) bespaart dat middelen en personeel die elders goed kunnen worden ingezet. De stelling van Trappenburg dat de aandacht voor 'lucratieve ziekten' noodzakelijkerwijs ten koste zou moeten gaan van minder frequente of zeldzame aandoeningen omdat de tijd nu eenmaal maar één keer kan worden besteed, miskent dat er dankzij een efficiëntere behandeling van veelvoorkomende aandoeningen juist meer tijd, personeel en geld kan overblijven voor de behandeling van minder frequente aandoeningen.¹³

Verder heeft de invoering van de Zvw onmiskenbaar een impuls gegeven aan initiatieven om meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg. Deze initiatieven komen van de kant van de IGZ (basisset prestatie-indicatoren, project 'Zichtbare zorg'), de gebruikers (CQ-index) en de zorgverzekeraars (Zorginkoopgids ZN).

Van de mogelijkheid om selectief te contracteren met zorgaanbieders is door zorgverzekeraars nog nauwelijks gebruik gemaakt. Wel maakt de helft van de zorgverzekeraars sinds 2009 gebruik van de nieuw gecreëerde mogelijkheid om het eigen risico van verzekerden kwijt te schelden als zij bij bepaalde aandoeningen gebruikmaken van de door zorgverzekeraars op basis van kwaliteit geselecteerde voorkeursziekenhuizen.

72

VOORRANGSZORG?

Leidt de logica van de markt van het nieuwe curatieve zorgstelsel onherroepelijk tot een verdeling van zorg naar merite in plaats van naar behoefte, zoals Trappenburg en Buijsen in het aprilnummer van *s&d* beweren? De feiten die beide auteurs voor deze stelling aandragen zijn buitengewoon mager en hun argumentatie is aanvechtbaar.

De empirische onderbouwing van hun stelling heeft voornamelijk betrekking op het initiatief van het Kennemer Gasthuis om tegen een extra vergoeding patiënten sneller te helpen. Niet alleen is van dit initiatief door slechts twee

Als de wachtlijsten kort zijn, is het niet interessant om extra te betalen om voorrang te krijgen

patiënten gebruikgemaakt, het is bovendien in maart 2009 door de NZa verboden, omdat de extra betaling in strijd is met de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Als initiatieven van dit type 'het hart van het nieuwe stelsel vormen', zoals Trappenburg beweert, waarom was het initiatief van het ziekenhuis dan zo weinig populair en werd het zelfs verboden op grond van een wet die de *marktordening* regelt? Zou de geringe populariteit van het initiatief niet een gevolg kunnen zijn van de introductie van meer marktwerking, aangezien dit mede heeft geleid tot een reductie van de wachtlijsten?¹⁴ Wanneer de wachtlijsten kort zijn, is het immers niet interessant om extra te betalen om voorrang te krijgen. Lange wachtlijsten worden doorgaans veroorzaakt door rantsoenering. Juist in de jaren negentig liepen door het stringente budgetteringsbeleid de wachtlijsten op en schoten private klinieken als paddenstoelen uit de grond. Onder hen bevonden zich zogenaamde 'bedrijvenpoli's' die tegen extra betaling versnelde hulp leverden aan werknemers. Voorrangszorg was destijds dus veel meer aan de orde dan nu en leidde tot een heftig maatschappelijk debat. Uiteindelijk werden bedrijvenpoli's officieel verboden, maar mochten zij onder bepaalde voorwaarden wel worden voortgezet als 'centra voor arbeidsgelateerde zorg'. De nostalgie van Trappenburg naar het voormalige zorgstelsel lijkt met het oog hierop wat misplaatst.

Beide auteurs gaan daarnaast voorbij aan het feit dat gelijke toegang tot noodzakelijke zorg

in het huidige zorgstelsel sterker is verankerd dan daarvoor. Het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden is opgeheven; daarmee is de toegang tot basiszorg voor iedereen gelijkgeschakeld. Iedere Nederlander heeft sinds 2006 een vrije keuze uit dezelfde basispolissen tegen een premie die onafhankelijk is van het ziekterisico. Met een risicovereveningssysteem wordt beoogd om verzekeraars te compenseren voor alle voorspelbare verschillen in ziekterisico van verzekerden. In dat geval zijn alle verzekerden voor de zorgverzekeraars qua risico namelijk gelijk (en heeft risicoselectie dus geen zin). Het is derhalve expliciet de bedoeling van het nieuwe zorgstelsel dat de toegang *niet* wordt gebaseerd op verschillen in koopkracht en ziekterisico, in tegenstelling tot wat Trappenburg suggereert.

Volgens Trappenburg en Buijsen leidt het nieuwe stelsel ook tot een bevoordeling van de slimste consument, die in staat is om de zorgverzekeraar te kiezen die de beste zorg weet te regelen. Buijsen spreekt zelfs van een 'affront' dat de toegang tot voorzieningen afhankelijk is gemaakt van het vermogen om verstandige keuzen te maken. De auteurs lijken zich echter niet te realiseren dat 'slimheid' in het huidige zorgstelsel veel minder doorslaggevend is voor de toegang tot voorzieningen dan in het voormalige strak gebudgetteerde systeem. Juist als de zorg wordt gerantsoeneerd komt het bij de toegang tot zorg aan op individuele onderhandelingskwaliteiten en een goed netwerk. Bekend is dat hoger opgeleiden veel meer 'bureaucratische competenties' en nuttige sociale contacten hebben om in een gerantsoeneerd systeem de wachtlijsten te passeren. In dergelijke omstandigheden geldt bij uitstek de door George Orwell geformuleerde norm dat 'all animals are equal but some animals are more equal than others'. Het voordeel van het nieuwe zorgstelsel is dat zorgverzekeraars namens grote aantallen verzekerden onderhandelen over wachttijden en dat zij desgewenst bemiddelen bij het vinden van een ziekenhuis met de kortste wachttijd. Verzekeraars maken daarbij geen

onderscheid tussen slimme of minder slimme verzekerden, maar worden door de dreiging dat slimme verzekerden weglopen gedwongen om zich voor iedere verzekerde in te spannen. Voor de niet zo slimme (of bureaucratisch competente) verzekerde heeft dit het grote voordeel dat hij of zij meeprofiteert van de aanwezigheid van slimmere (kritischere) medeverzekerden. Een relatief kleine minderheid van slimme verzekerden is vaak al voldoende om een verzekeraar scherp te houden. Het is helaas een populair en hardnekkig misverstand dat in een markt iedereen bereid en in staat zou moeten zijn tot een weloverwogen keuze.

Het is in dit opzicht extra vreemd dat Buijsen wel een probleem maakt van de verstandelijke afwegingen die burgers moeten maken bij de keuze voor een zorgverzekeraar, terwijl hij er geen bezwaar tegen heeft dat diezelfde burgers als zij zorg nodig hebben een keuze moeten maken uit een zorgaanbieder. Is een keuze voor een goede zorgverlener niet veel lastiger en ondoorzichtiger en vergt een dergelijke keuze daarom niet veel meer verstandelijke vermogens dan

Voorrangszorg en verdeling op basis van merite zijn eerder kenmerkend voor het oude zorgstelsel dan voor het nieuwe

de keuze voor een zorgverzekeraar? Leidt dat derhalve niet veel eerder tot een ongelijke toegang op basis van (verstandelijke) merite? Zou, indien wordt uitgegaan van het gelijkheidsprincipe van Buijsen, de zorg dan niet eigenlijk volledig van bovenaf aan de burgers willekeurig moeten worden toebedeeld om het risico op basis van een verdeling naar verstand geheel uit te sluiten? Of verdient het de voorkeur, zoals Trappenburg bepleit, om kwaliteitsverschillen domweg niet te meten, zodat niemand weet wie de goede artsen, gemiddelde artsen en

minder bekwame artsen zijn? Vroeger, aldus Trappenburg, waren de patiënten namelijk nog ‘solidair’ met elkaar omdat niemand wist wie de goede zorgverleners waren en dus niemand voor zichzelf de beste zorg kon opeisen. In het nieuwe zorgstelsel zouden relatief gezonde patiënten door beter beschikbare informatie over kwaliteitsverschillen worden aangespoord om hun zekere medepatiënten van de beste zorg te beroven. De veronderstelling van Trappenburg is kennelijk dat zekere patiënten vroeger automatisch de beste zorg kregen. Maar hoe aannemelijk is het dat deze patiënten inderdaad terecht kwamen in de beste ziekenhuizen met de beste dokters, de minste kans op wondinfecties en doorligwonden en met de beste nazorg? Is ook hier niet de kans groot dat een goede opleiding en de juiste contacten in een situatie zonder openbare kwaliteitsinformatie doorslaggevend zijn voor het verkrijgen van de beste zorg? En krijgen minder bekwame dokters en minder veilige ziekenhuizen niet juist door betere informatie over kwaliteitsverschillen een prikkel om zich te verbeteren, alleen al door een goede voorbeeldfunctie?

74 Er is kortom, geen reden om aan te nemen dat in het nieuwe zorgstelsel sprake is van meer voorrangszorg en een verschuiving van een verdeling van zorg op basis van behoefte naar een verdeling op basis van merite. Integendeel, voorrangszorg en verdeling op basis van merite lijken eerder kenmerkend voor het voormalige strak gebudgetteerde zorgstelsel. Het nieuwe zorgstelsel lijkt beter dan het oude systeem in staat om prikkels voor doelmatigheid te combineren met gelijke toegankelijkheid. De bewering van Buijsen dat de overheid bij het bevorderen van ‘social utility’ de toegankelijkheid ‘helaas uit het oog verloren’ heeft, mist dan ook elke grond.

MEER SPEELRUIMTE

Ofschoon het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars nog in de kinderschoenen staat, lijken de eerste ontwikkelingen vooralsnog positief

en zijn er geen aanwijzingen dat de markt in de curatieve zorg te ver is doorgesloten. Op basis van de goede ervaringen tot nu toe verdient het beleid om de ruimte voor marktwerking geleidelijk te vergroten voortzetting. Een verruiming van de grenzen voor marktwerking moet dan wel gepaard gaan met een verbetering van belangrijke randvoorwaarden voor effec-

Het respecteren van ‘het recht om failliet te gaan’ kan heilzaam werken

tieve marktwerking, zoals een transparant en hanteerbaar DBC-systeem (voor de registratie en declaratie van diagnosebehandelcombinaties), goede prestatie-indicatoren en een adequaat risicovereveningssysteem. Een substantiële verbetering van het DBC-systeem is vereist voor de totstandkoming van effectieve afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars over prijs, volume en kwaliteit van zorg. Met een grondige aanpassing van het systeem heeft de ministerraad inmiddels ingestemd. Dit moet vanaf 2011 zorgen voor meer transparantie. De NZa heeft er onlangs voor gepleit om tot die tijd de ruimte voor vrije onderhandelingen in de ziekenhuiszorg niet te laten toenemen. Een verdere verbetering van het vereveningssysteem is bijvoorbeeld noodzakelijk om te voorkomen dat zorgverzekeraars de aanvullende verzekeringen gaan gebruiken voor risicoselectie in de basisverzekering.¹⁵

Het verruimen van de rol van de markt vereist tegelijkertijd een scherpere afbakening van de grenzen van de markt. De reddingsoperatie voor de IJsselmeerziekenhuizen heeft nog eens duidelijk gemaakt dat niet helder is waar deze grenzen precies ophouden: welke zorgfuncties dienen op welke manier en binnen welke afstand altijd beschikbaar te zijn? Hoewel het ziekenhuis grotendeels met overheidsgeld overeind is gehouden met als argument dat het

om een 'systeemziekenhuis' zou gaan, heeft het kabinet niet duidelijk gemaakt wat daar precies onder moet worden verstaan. Ook is vooralsnog onduidelijk waar de zorgplicht van individuele zorgverzekeraars ophoudt en die van de overheid (of die van de gezamenlijke zorgverzekeraars) begint. In een concurrerende markt kan immers niet één verzekeraar verantwoordelijk worden gehouden voor het garanderen van een maatschappelijk gewenst minimumniveau aan voorzieningen. Een nadere afgrenzing van de verantwoordelijkheid van overheid en markt voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van bepaalde voorzieningen is noodzakelijk.¹⁶ Minister Klink heeft aangekondigd hierover nog voor de zomer van 2009 met een uitvoeriger standpuntbepaling naar buiten te komen. Zolang de grenzen onduidelijk blijven, ontbreekt het bij zorginstellingen aan een existen-

De politiek gaat op de stoel van de toezichthouder zitten door zelf paal en perk te stellen aan fusies in de zorgsector

tieel risico, omdat verwacht mag worden dat de overheid uiteindelijk wel zal bijspringen. Dit betekent dat mismanagement, onverantwoorde investeringen en ondoelmatige fusies niet worden afgestraft. Het respecteren van 'het recht om failliet te gaan' kan daarom heilzaam werken om ondermaats presteren te voorkomen.

Ten slotte vereist een groeiende rol van de markt ook bij toezichthouders en politici een duidelijkere afbakening van hun verantwoordelijkheden om in die markten te interveniëren. Naarmate de speelruimte voor marktwerking toeneemt, krijgen de mededingingsautoriteiten (NMa en NZa) een steeds belangrijker taak om scherp te waken voor kartelafspraken en het ontstaan van onevenredige machtsconcentraties. Tegelijkertijd heeft de politiek juist steeds

meer de neiging om op de stoel van de toezichthouder te gaan zitten door zelf paal en perk te stellen aan fusies in de zorgsector. Zo pleitte een Kamermeerderheid voor een strengere fusietoets voor de zorgsector, ondanks het feit dat de Raad van State in een recent advies aangaf zo'n toets overbodig te vinden.¹⁷ Ook werd er een vrijwel Kamerbreed gesteunde motie aangenomen voor een algeheel verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit is opmerkelijk, aangezien deze mogelijkheid bij de invoering van de Zvw door een Kamermeerderheid juist expliciet werd toegestaan. Verticale integratie zou verzekeraars namelijk meer mogelijkheden geven om de doelmatigheid van zorg te beïnvloeden en om aan de zorgplicht te voldoen. Vanuit mededingingsperspectief wordt verticale integratie doorgaans pas problematisch als er sprake is van machtsconcentratie bij een van de betrokken partijen. In dat geval kan de NMa de fusie verbieden. De Kamer heeft kennelijk weinig vertrouwen in het optreden van de toezichthouders of in de bruikbaarheid van het wettelijke instrumentarium waarover de toezichthouders beschikken. Zonder duidelijkheid over wie nu eigenlijk toezicht houdt en wat wel of niet geoorloofd is, kan een markt niet effectief functioneren en om die reden is een nadere afbakening van de verantwoordelijkheden voor het markttoezicht in de zorg dringend gewenst.

DE MARKT VOOR LANGDURIGE ZORG (AWBZ)

Ook in de langdurige zorg speelt de markt geleidelijk aan een grotere rol, maar deze markt is volstrekt anders geordend dan in de curatieve zorg. De rol van de derde partij is in de langdurige zorg toebedeeld aan regionale zorgkantoren. In elk van de 32 onderscheiden regio's is één zorgkantoor namens alle andere verzekeraars verantwoordelijk voor de zorginkoop. Doorgaans is dit de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in de regio. Concurrentie tussen zorgverzekeraars is hierdoor volledig uitgeschakeld en in tegenstelling tot de

curatieve zorg is er dan ook geen sprake van een verzekeringsmarkt.

Zorgkantoren lopen over de zorgkosten geen enkel financieel risico. Wel hebben zij als taak om binnen een wettelijk vastgesteld regiobudget (de zogenaamde contracteerruimte) budgetafspraken te maken met zorginstellingen, zoals verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties en instellingen voor gehandicaptenzorg. Aangezien zorgkantoren verplicht zijn om met alle intramurale zorginstellingen een contract te sluiten is er — ook gelet op de beperkte capaciteit — nauwelijks ruimte voor concurrentie. Bij thuiszorginstellingen ligt dit anders. Daar geldt geen contracteerplicht en zijn er bovendien ook tal van nieuwkomers die meedingen naar een gedeelte van het beschikbare budget.

Zorgkantoren en thuiszorginstellingen hebben geen sterke prikkels om rekening te houden met de wensen van de cliënt

76

Voor het contracteer- en inkoopbeleid hanteren zorgkantoren een 'gezamenlijk referentiekader' dat is opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland (ZV), de belangenorganisatie van zorgverzekeraars. Het uitgangspunt is dat bij de inkoop van extramurale zorg 'de spelregels van aanbesteding' worden gehanteerd, waarbij de beschikbare contracteerruimte volgens het principe van 'economisch voordelige aanbidding' aan aanbieders wordt toebedeeld. Maar tevens is bepaald 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 'selectieve gunning' is bestemd. De hoogte van deze budgetgarantie voor bestaande thuiszorginstellingen wordt door elk zorgkantoor afzonderlijk bepaald en varieerde in 2007 van 85 tot 100%. De mate waarin

nieuwkomers op de thuiszorgmarkt een kans krijgen is dus vooralsnog beperkt en varieert per regio.

Toch is er in de thuiszorg (exclusief de naar de WMO overgehevelde huishoudelijke hulp) dus sprake van een zekere concurrentie om de markt, waarbij de zorgkantoren eenzijdig de spelregels bepalen. Het zorgkantoor bepaalt of en in hoeverre kwaliteit en service een rol spelen bij de budgettoedeling. Zorgkantoren hebben daarbij geen prikkel om rekening te houden met de wensen van de zorgvrager; deze kan immers toch niet kiezen. Gelet op de monopoliepositie van het zorgkantoor, is het voor zorgvragers en zorgaanbieders in zekere zin gunstig dat het zorgkantoor geen financieel risico loopt. Hierdoor hoeven zorgkantoren namelijk bij de zorginkoop niet uitsluitend op de prijs te letten. Wanneer de budgetten eenmaal verdeeld zijn hebben thuiszorginstellingen er belang bij binnen de gemaakte productieafspraken te blijven. Indien thuiszorginstellingen meer cliënten aantrekken dan afgesproken, kunnen zij in financiële problemen komen omdat zij voor extra cliënten geen inkomsten ontvangen. Die cliënten worden vervolgens geconfronteerd met cliëntenstops en moeten noodgedwongen het geld volgen en bij een minder populaire instelling aankloppen die nog budgetruimte over heeft. Zorgkantoren noch thuiszorginstellingen hebben dus sterke prikkels om rekening te houden met de wensen van de cliënt. De enige manier voor de zorgvrager om zelf invloed uit te oefenen is door het aanvragen van een persoonsgebonden budget (PGB). Hoewel deze mogelijkheid in toenemende mate wordt benut, is het uiteindelijk alleen weggelegd voor een beperkte groep mondige zorggebruikers (of gebruikers met mondige vertegenwoordigers).

De conclusie is dat de markt in de langdurige zorg nog nauwelijks een rol speelt en dat het huidige ordeningsmodel verre van logisch en evenwichtig is. Alleen in de thuiszorg is sprake van een zekere concurrentie om de markt, maar hierbij staat de cliënt vrijwel volledig buiten spel. De afgelopen jaren hebben verschillende

Erik Schut *Is de marktwerking in de zorg doorgeschoten?*

adviesorganen (CPB, CVZ, NZa en RVZ) zich dan ook gebogen over een beter ordeningsmodel. De meest radicale adviezen pleitten voor een volledige opheffing van de AWBZ, door een herverkaveling van de langdurige zorg over de Zvw (curatieve zorg) en de WMO (maatschappelijke ondersteuning). Deze adviezen hebben weliswaar de charme van de eenvoud, maar er is gerede twijfel mogelijk of het merendeel van langdurige zorg wel geschikt is voor uitvoering

Gebruikers van welzijnszorg en langdurige zorg zijn afhankelijk van het inkoopbeleid van één ‘derde partij’

door concurrerende zorgverzekeraars (Zvw) of gemeenten (WMO). Zo is het hoogst onzeker of zorgverzekeraars voor langdurige zorg risicodragend kunnen worden gemaakt, omdat onduidelijk is of dit omvangrijke risico adequaat in het vereveningsstelsel kan worden verwerkt. Ook is het zeer de vraag of voldoende gebruikers van langdurige zorg in staat en geneigd zijn tot een kritische keuze tussen zorgverzekeraars. Daarnaast is het onzeker of gemeenten voor deze taak voldoende geëquipeerd zijn. De Sociaal Economische Raad (SER) heeft vorig jaar op grond van deze overwegingen geadviseerd de AWBZ als zodanig intact te laten, zij het wel met drastische herstructureringen. De monopoliepositie van het zorgkantoor moet bijvoorbeeld op termijn worden afgeschaft en in plaats van instellingsgebonden budgetten moeten er cliëntgebonden budgetten komen (waardoor het geld de cliënt volgt, in plaats van andersom).¹⁸ Het kabinet heeft het SER-advies grotendeels overgenomen. Maar of dit advies op termijn ook realiseerbaar zal zijn, hangt in belangrijke mate af van de vraag of de bepaling van adequate cliëntgebonden budgetten op basis van voldoende eenduidige indicaties in de praktijk mogelijk is.¹⁹

DE MARKT VOOR WELZIJNSZORG (WMO)

Sinds de invoering van de WMO in 2007 fungeren de gemeenten als inkoper van welzijnszorg ten behoeve van hun gemeenteleden. Evenals de zorgkantoren zijn gemeenten de enige inkoper van zorg in hun werkgebied. Gebruikers van welzijnszorg zijn dus net als gebruikers van langdurige zorg afhankelijk van het inkoopbeleid van één derde partij. In tegenstelling tot zorgkantoren lopen gemeenten echter niet 0 maar 100% financieel risico over de zorguitgaven. Dit verschaft gemeenten sterke prikkels om zo laag mogelijke inkooprijzen af te dwingen. Hun positie als enige (monopsonistische) zorginkoper verschaft hen bovendien de nodige onderhandelingsmacht om lage inkooprijzen te bedingen.

Op grond van de WMO (art. 10) moeten gemeenten het verlenen van maatschappelijke ondersteuning ‘zoveel mogelijk’ laten verrichten door derden. De gedachte hierachter, zoals verwoord in de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel, is dat door uitbesteding de gemeente zich beter kan concentreren op de kerntaak van de integrale beleidsvorming. Ook worden gemeenten zo gestimuleerd om de kwaliteit van de uitbestede zorg te beoordelen. Het begrip ‘zoveel mogelijk’ impliceert dat er een bewijslast bij de gemeente rust om aan te geven dat er, indien de gemeente zelf maatschappelijke ondersteuning verricht, geen private partij is die de taak onder redelijke condities wil en kan uitvoeren. Bij de inkoop van huishoudelijke hulp zijn de gemeenten ervan uitgegaan dat zij zich moeten houden aan de Europese aanbestedingsregels, die moeten voorkomen dat bepaalde lokale of regionale aanbieders worden voorgetrokken.²⁰ Binnen gangbare vereisten — zoals gelijke behandeling, transparantie, objectiviteit en proportionaliteit — zijn gemeenten vrij om de aanbesteding naar eigen inzicht vorm te geven. In 2007 koos ruim de helft van de gemeenten voor een ‘normale’ vergelijkende toets waarbij aanbieders zowel op prijs als kwaliteit met elkaar werden vergeleken.

Circa 20% van de gemeenten hanteerden het zogeheten 'Zeeuwse model' dat uitgaat van een vaste prijs, zodat aanbieders alleen op kwaliteit concurreren. De overige circa 30% koos voor een aanbestedingsveiling, al dan niet met een maximumprijs.²¹

Bij de eerste aanbestedingsronde voor huishoudelijke zorg heeft een deel van de gemeenten te eenzijdig op basis van prijs geselecteerd

Deze praktijken hebben geleid tot een forse concurrentie op de markt voor huishoudelijke hulp. Er zijn op grote schaal goedkope alfahulpen ingezet en door verscheidene zorgaanbieders is er onder de kostprijs geoffreerd, met als gevolg dat gemeenten in 2008 gezamenlijk 149 miljoen euro op hun budget voor huishoudelijke hulp hebben overgehouden.²² Het aanbieden van zorg onder de kostprijs is een van de oorzaken die worden genoemd voor het faillissement van het zorgconglomeraat Meavita. Dit was voor de vng reden om begin dit jaar in een brief aan de Tweede Kamer te pleiten voor een discussie over marktwerking in de welzijnszorg. Het lijkt alsof de vng geschrokken is van de gevolgen van het (te) stringente aanbestedingsbeleid van sommige van haar eigen leden. Het kabinet heeft inmiddels een voorstel tot wetwijziging ingediend dat het gebruik van alfahulpen bij het leveren van zorg in natura verbiedt. Ook worden aanbieders verplicht om bij wisseling van zorgaanbieder de overname van personeel te bespreken. Het scp verwacht dat deze wetwijziging zal leiden tot aanzienlijk hogere kosten voor huishoudelijke hulp.

Is de marktwerking in de welzijnszorg haar doel voorbijgeschoten? Hoewel de gemeenten in principe de vrijheid hebben om zelf hun eigen aanbestedingscriteria op te stellen²³ en langduriger contracten aan te gaan, is het inder-

daad de vraag of de lokale democratie voldoende krachtige waarborgen biedt om gemeenten rekening te laten houden met de wensen van burgers die maatschappelijke ondersteuning nodig hebben. Gemeenten staan immers vaak onder financiële druk. Een optie zou kunnen zijn om cliënten op de een of andere manier formeel te betrekken bij de opstelling van de aanbestedingscriteria.

Een ander probleem dat zich voordoet bij de aanbesteding is dat voor gemeenten niet altijd goed te beoordelen is of de partij met het beste aanbod de beloften ook daadwerkelijk kan waarmaken. Dit is vooral het geval bij landelijk opererende grote zorgconglomeraten zoals Meavita. Meer in het algemeen hebben de problemen bij Meavita en Philadelphia aangetoond dat het heeft ontbroken aan voldoende adequaat toezicht. Een versterking van de rol van de Raden van Toezicht lijkt een eerste vereiste. Daarnaast zouden de gemeenten ook zelf (of gezamenlijk via de vng) actiever kunnen zijn bij de beoordeling van de solvabiliteit en de toezichtstructuur van zorginstellingen. Een andere optie is — zoals gesuggereerd door de vng — gemeenten expliciet de mogelijkheid te bieden om de markt volledig uit te schakelen door de dienstverlening in eigen beheer uit te voeren. Dit kan de continuïteit van zorg wellicht ten goede komen, maar leidt niet vanzelfsprekend tot sterkere prikkels om beter met de wensen van de burgers rekening te houden. Bovendien valt sterk te betwijfelen of het gemeentelijke apparaat voldoende is toegerust om deze zorg efficiënt en cliëntvriendelijk aan te bieden.

EEN GEMENGD OORDEEL

Is de markt in de zorg te ver doorgeschoten? Die vraag is niet met een volmondig 'ja' of 'nee' te beantwoorden, omdat er drie sterk verschillend geordende markten in de curatieve zorg (Zvw), de langdurige zorg (AWBZ) en de welzijnszorg (wmo) zijn. Cruciaal daarbij is de rol van de derde partij die in elk van de drie sectoren op

andere wijze het financiële risico op zich neemt en verantwoordelijk is voor de zorginkoop.

In de curatieve zorg is met de invoering van de Zvw de basis gelegd voor een marktordening waarin prikkels voor een doelmatige zorgverlening worden gecombineerd met een gelijke toegang tot zorg voor alle burgers, ongeacht hun koopkracht of ziekterisico. De zorgverzekeraar heeft er als derde partij belang bij om rekening te houden met de wensen van de cliënt en om doelmatig met de middelen om te gaan. Hoewel zorgverzekeraars nog moeten groeien in hun nieuwe rol, worden er steeds meer initiatieven ontplooid om de kwaliteit en doelmatigheid van zorg te bevorderen. Daarbij moet worden aangetekend dat in een groot deel van de curatieve zorg het aanbod en de prijzen nog sterk zijn gereguleerd, waardoor de speelruimte voor marktwerking kleiner is dan weleens wordt gedacht. Gelet op de ervaringen tot nu toe is er geen reden om aan te nemen dat de markt in de curatieve zorg te ver is doorgeschoten. Wel zijn er een aantal belangrijke knelpunten, zoals een slecht functionerend DBC-systeem, gebrekkige prestatie-indicatoren en een nog onvoldoende robuust verevenings-systeem. Ook zijn de grenzen tussen de verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars, overheid en toezichthouders nog te onduidelijk. Zolang deze tekortkomingen niet naar behoren zijn verholpen, is terughoudendheid geboden bij een verdere verruiming van de markt in de curatieve zorg.

In de langdurige zorg is de rol van de markt nog zeer bescheiden. Bovendien is het huidige ordeningsmodel van de AWBZ gebaseerd op tegenstrijdige principes van aanbod- en vraagsturing. Voor zover sprake is van marktwerking, spelen de wensen van de cliënt een ondergeschikte rol. De cliënt is immers afhankelijk van het inkoopbeleid van

het zorgkantoor, dat als enige derde partij in de regio primair de taak heeft om het beschikbare regiobudget over de zorgaanbieders te verdelen. Thuiszorgorganisaties die te veel cliënten trekken lopen het risico dat zij daardoor in de financiële problemen komen. De markt in de langdurige zorg is dus niet zozeer te ver doorgeschoten maar eerder verkeerd geordend. Ontwikkeling en invoering van een beter ordeningsmodel, waartoe de SER belangrijke bouwstenen heeft aangedragen, verdienen in deze sector dan ook prioriteit.

Ten slotte zijn sinds de invoering van de WMO de gemeenten als derde partij belast met de inkoop van welzijnszorg. Net als de zorgkantoren hebben de gemeenten een monopoliepositie als het gaat om de inkoop van zorg. Een groot verschil is echter dat zorgkantoren geen enkel financieel risico lopen, terwijl gemeenten voor de volle honderd procent risicodragend zijn. Daar staat tegenover dat gemeentebesturen aan hun burgers democratisch verantwoording moeten afleggen en kunnen worden weggestemd, terwijl dit voor zorgkantoren niet geldt. Of de lokale democratie voldoende tegenwicht kan bieden tegen de sterke financiële prikkels voor gemeenten om bij inkoop voornamelijk op de prijs te letten, blijft vooralsnog twijfelachtig. Tijdens de eerste aanbestedingsronde voor huishoudelijke zorg lijkt een deel van de gemeenten te eenzijdig op basis van prijs te hebben geselecteerd. Daar lijkt de markt te ver te zijn doorgeschoten. Inmiddels is wetgeving in de maak om de arbeidscondities en continuïteit van zorg beter te waarborgen. Of daarmee een goede balans tussen markt en overheid wordt bereikt, zal de tijd moeten leren.

De auteur bedankt Marco Varkevisser (iBMG, EUR) voor zijn waardevolle commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Noten

- 1 Trappenburg spreekt overigens bij voorkeur over 'voorkruipt-zorg'. M. Trappenburg, 'Het verval van een vitale norm', in: *SE&D* 2009/4, p.12-18. M. Buijsen, 'Voorrangzorg is onrechtvaardig', in: *SE&D* 2009/4, p.19-24.
- 2 Volgens de Euro Health Consumer Index 2008 waarin de zorgsystemen in de EU-landen worden vergeleken aan de hand van een set indicatoren die vanuit patiëntenperspectief van belang zijn, staat de Nederlandse gezondheidszorg bovenaan, terwijl de Britse National Health Service (NHS) niet verder komt dan een dertiende plaats. Over het algemeen doen landen met een sociale ziektekostenverzekering het beter dan (grote) landen met een omvangrijke staatsgezondheidszorg. Het rapport wijdt dit aan de ingewikkelde coördinatieproblemen.
- 3 Als gevolg van wisselende politieke voorkeuren worden deze experimenten overigens voortdurend aangepast of na korte tijd weer stopgezet, waardoor een systematische evaluatie onmogelijk is. In Groot-Brittannië wordt daarom met enig cynisme gesproken over de frequente 'reorganisatie' van de Britse gezondheidszorg, zie J. Smith et al., 'The reorganisation of the NHS', in: *British Medical Journal* 324, 2001, p.672.
- 4 Dit is bijvoorbeeld zeer gebruikelijk in de Griekse gezondheidszorg. Zie E. Mossialos et al., 'Analysing the Greek health system. A tale of fragmentation and inertia', in: *Health Economics* 14, 2005, p. s151-s168.
- 5 Zie bijvoorbeeld: D. Dranove, *Code Red*, Princeton University Press, 2008.
- 6 Trappenburg, *ibid.*, p. 16.
- 7 Soms worden patiënten aangeduid als 'derde partij'. Aangezien het in de zorg uiteindelijk draait om het belang van de patiënt is dit een vreemde volgorde.
- 8 J.K. Helderma et al., 'Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands', in: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30 (1-2), 2005, p. 189-209.
- 9 DNB, Statistisch Bulletin, Amsterdam, september 2008 en maart 2009.
- 10 NZa, Monitor Ziekenhuiszorg 2009. Tijd voor reguleringszekerheid, Utrecht, mei 2009.
- 11 Consumentenbond, Anbo, NPCF, Zorginkoop onder de loep, november 2008.
- 12 N. Beaulieu et al., 'The business case for diabetes disease management for managed care organizations', in: *Forum for Health Economics & Policy* 9 (1), 2006, p. 1-36.
- 13 Trappenburg, *ibid.*, p. 14-15.
- 14 Sinds de introductie van het 'boter-bij-de-vis' principe in 2000 zijn de wachtlijsten fors gedaald. In 2007 lijkt er volgens de NZa (Monitor Ziekenhuiszorg 2009) sprake van een verdere daling.
- 15 A. F. Roos en F.T. Schut, 'Risico's van koppeling basis- en aanvullende zorgverzekering', in: *ESB* 93 (4548), 2008, p. 710-713.
- 16 Te denken valt aan het definiëren van essentiële zorgfuncties als een dienst van algemeen economisch belang (DEAB), zoals bepleit door M. Canoy en W. Sauter, 'Ziekenhuisfusies en publieke belangen', in: *MEM* 12 (2), 2009, p. 54-61.
- 17 Raad van State, Voorlichting overeenkomstig artikel 18, tweede lid, van de Wet op de Raad van State inzake het verzoek om voorlichting omtrent het fusietoezicht in de zorg, Den Haag, 17 april 2009.
- 18 SER, Langdurige zorg verzekerd. Over de toekomst van de AWBZ, Den Haag, 18 april 2008.
- 19 F.T. Schut, 'Welke toekomst voor de AWBZ?', in: *Me Judice*, 5 augustus 2008.
- 20 Of de Europese aanbestedingsplicht daadwerkelijk van toepassing is op de huishoudelijke hulp is recent in twijfel getrokken naar aanleiding van uitspraken van het Europese Hof van Justitie, waarin wordt gesteld dat zorg- en maatschappelijke diensten alleen hoeven te worden aanbesteed bij een 'duidelijk grensoverschrijdend belang'. Zie: <http://www.zorgvisie.nl/nieuws/nieuwsoverzicht/nieuwsartikel/Huishoudelijke-hulp-hoef-niet-aanbesteed.htm>.
- 21 Research voor Beleid, Aanbesteden hulp bij het huishouden, Leiden, 2007.
- 22 E. Pommer, et al., Definitief advies over het wmo-budget huishoudelijke hulp voor 2009, Den Haag: scp, februari 2009.
- 23 Het ministerie van vws heeft in samenwerking met de vng zelfs een brochure 'Sociaal overwogen aanbesteding' laten opstellen. Zie: <http://www.minvws.nl/dossiers/wmo/documenten>.