

Uitbesteding extramurale AWBZ-zorg

*Een onderzoek naar relaties tussen
zorgaanbieders en uitbestedingsconstructies in
de AWBZ*

Inhoud

1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding onderzoek	11
1.2 Doelstelling	11
1.3 Onderzoeksmethodiek	12
1.4 Begrippen	12
1.5 Onderzoek FIOD-ECD	13
1.6 Opbouw rapport	13
2. Context extramurale zorg	15
2.1 Inhoud zorg	15
2.2 Tarieven extramurale zorg	17
2.3 Uitbesteden thuiszorg	17
2.4 Risico's bij uitbesteden zorg	18
3. Relevante (nieuwe) wet- en regelgeving en bevindingen	21
3.1 WTZi	21
3.2 NZa-regelingen in het kader van de Wmg	23
3.2.1 Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars	23
3.2.2 Regeling AO/IC AWBZ zorgaanbieders	24
3.3 Reserve Aanvaardbare Kosten	25
4. Bevindingen markt- en organisatiestructuur	27
4.1 Thuiszorgmarkt	27
4.1.1 Aantal thuiszorgaanbieders	27
4.1.2 Omzet thuiszorgaanbieders	27
4.1.3 Marktaandelen grootste thuiszorgaanbieders	28
4.1.4 Ontwikkelingen thuiszorgmarkt	28
4.2 Organisatiestructuren	29
4.2.1 Indeling organisatiestructuren	29
4.2.2 Keuze structuur	30
4.2.3 Belangenverstremgeling	32
4.3 Resumé	34
5. Bevindingen uitbestedingsconstructies	35
5.1 Algemeen	35
5.2 Redenen van uitbesteding	35
5.3 ZZP-constructie	36
5.4 Uitbestedingsconstructies	36
5.4.1 Hoofdvariant 1: uitvoering met eigen personeel	37
5.4.2 Hoofdvariant 2: uitbesteding van gecontracteerde zorg	37
5.4.3 Hoofdvariant 3: intern uitzendbureau	39
5.5 Uitbesteding extramurale AWBZ-zorg	39
5.5.1 Uitbestede taken	39
5.5.2 Met behulp van zzp-ers gerealiseerde marges	40
5.5.3 Kwantificering	41
5.5.4 Onderzoek introductie adviestarief zzp-ers	42
5.6 Resumé	42
6. Realisatie onderzoeksdoelstellingen	45
6.1 Inzicht organisatiestructuren en relaties zorgaanbieders	45
6.2 Inzicht uitbestedingsconstructies	45

7. Uitkomsten onderzoek en vervolg	47
7.1 Uitkomsten onderzoek	47
7.2 Vervolg	49
Bijlage 1: Brief VWS van 11 juli 2006	53
Bijlage 2: Enquêteformulier	57
Bijlage 3: Samenvatting rapporten aanleiding onderzoek	59
Bijlage 4: Marktaandelen grootste aanbieders	61
Bijlage 5: Bij uitvoering AWBZ betrokken organisaties	63
Bijlage 6: Gebruikte literatuur	65

Vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op verzoek van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), een onderzoek ingesteld naar de marktstructuur in de thuiszorg. Aanleiding voor het onderzoek waren signalen over marktfalen en klachten die betrekking hebben op uitbesteding in de extramurale AWBZ-markt. Dit rapport brengt de relaties tussen zorgaanbieders en de belangrijkste thuiszorgaanbieders in beeld. Tevens geeft het inzicht in de wijze waarop uitbesteding in de praktijk is vormgegeven.

De onderzoeksresultaten in dit rapport laten zien dat de regels niet worden overtreden. Zorgaanbieders maken regelmatig gebruik van onderaannemers, maar niet is gebleken dat AWBZ-gelden structureel worden besteed aan doelen waarvoor zij niet zijn bestemd. Tegelijkertijd toont het onderzoek aan dat de AWBZ sector belangrijke stappen heeft gezet naar transparantie en good governance. Op dit terrein valt wel nog een en ander te verbeteren. De NZa adviseert de Staatssecretaris maximaal stimulansen in te bouwen tot doelmatigheid.

De NZa zal de ontwikkelingen in de thuiszorg blijven volgen via de jaarlijkse Monitor extramurale AWBZ-zorg, de reguliere rechtmatigheids-onderzoeken en eventuele verdiepingsonderzoeken in de extramurale AWBZ-zorg.

Voor deze rapportage is gebruik gemaakt van de volgende informatiebronnen: kamer van koophandel, kadaster, internetsites, jaarrekeningen, jaarverslagen, interviews (met twintig thuiszorginstellingen en diverse deskundigen) en een enquête onder circa 100 thuiszorgaanbieders. Al deze informatie heeft bijgedragen aan het geschetste beeld en de conclusies in dit rapport.

Voor een samenvatting van de belangrijkste bevindingen verwijzen wij naar de managementsamenvatting. Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.E. Homan
portefeuillehouder Zorgverzekeraars

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft, op verzoek van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), een onderzoek ingesteld naar relaties tussen zorgaanbieders en uitbesteding in de extramurale AWBZ-zorgmarkt. Dit rapport brengt de organisatiestructuren en relaties tussen zorgaanbieders en de belangrijkste thuiszorgaanbieders in beeld. Daarnaast geeft het inzicht in de wijze waarop uitbesteding in de praktijk is vormgegeven.

Ontwikkelingen

De stichtingsvorm is van oudsher de rechtsvorm voor thuiszorgaanbieders. De nieuwe ondernemingen hebben vaak een andere rechtsvorm, veelal een besloten vennootschap met winstoogmerk. Met de versoepeling van het toelatingssysteem voor zorgaanbieders in de gezondheidszorg is het aantal aanbieders toegenomen. Inmiddels zijn ook zeer grote organisaties ontstaan. Bestaande thuiszorgaanbieders zijn gefuseerd of hebben andere aanbieders, al of niet in de thuiszorgmarkt, overgenomen.

Conclusies NZa

De NZa komt op basis van het onderzoek tot de volgende conclusies:

- *Er is niet gebleken dat er in de thuiszorg AWBZ-gelden structureel niet worden besteed aan doelen waarvoor deze bestemd zijn.*
In de thuiszorgmarkt is sprake van een transitiefase: het oude systeem met regulering verandert in een model met meer marktwerking. In het oude systeem werden vrijwel uitsluitend maximumtarieven afgesproken. In de huidige transitiefase komen partijen prijzen overeen die gemiddeld lager zijn dan het maximumtarief. Wel concludeert de NZa dat er nog veel kan verbeteren in de ordening van deze markt.
- *Wet- en regelgeving staan toe dat extramurale AWBZ-zorg wordt uitbesteed.*
Een aantal 'thuiszorgondernemers' maakt gebruik van de ruimte die wet- en regelgeving biedt en richt zijn productieproces in op een niet traditionele wijze. Daardoor zijn deze ondernemers in staat, door de zorgtaken uit te besteden, hogere marges te realiseren dan de 'klassieke' thuiszorgorganisaties met personeel in loondienst.
- *Good governance speelt een essentiële rol bij het beheersen van het risico dat AWBZ-gelden niet besteed worden aan doelen waarvoor deze bestemd zijn.*
De ruimte die bestaat voor oneigenlijk gebruik en ondoelmatige aanwending van AWBZ-middelen is het grootst bij de zorgaanbieders waar good governance nog niet afdoende is georganiseerd en bij nieuwe aanbieders die werken met relatief veel inhuur (met name zelfstandigen-zonder-personeel); de NZa kwalificeert een combinatie van beide als 'risicovol'. In het onderzoek is niet vastgesteld dat bij de onderzochte zorgaanbieders AWBZ-gelden onjuist zijn aangewend.
- *Thuiszorgaanbieders mogen winst maken.*
Onder de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is het voor nieuwe aanbieders die de functies persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling

zonder verblijf of als kleinschalige woonvoorziening aanbieden, winstoogmerk toegestaan. Thuiszorginstellingen, die buiten de reikwijdte van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) vielen en al winst mochten uitkeren, mogen dit blijven doen.

Beheersing

De NZa adviseert de huidige tekortkomingen niet te dichten met nieuwe aanvullende regelgeving. Het steeds weer instellen van nieuwe regels voor deelproblemen leidt tot een onoverzichtelijk stelsel. Wel laten de uitkomsten van dit rapport zien dat het essentieel is dat de (uitbesteed-) activiteiten van zorgaanbieders transparant zijn.

De NZa heeft al de nodige maatregelen genomen om de beoogde transparantie te bewerkstelligen. Op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft de regelgeving voor AWBZ-verzekeraars (Regeling Administratie en Controle AWBZ) en AWBZ-zorgaanbieder (Regeling AO/IC AWBZ) met ingang van 2007 aangepast. De aangescherpte regelgeving gaat er vanuit dat de AWBZ-verzekeraars, door het verkrijgen van meer inzicht in omvang en gebruik van uitbesteding van AWBZ-zorg, beter in staat zijn het inkoopproces (tariefsonderhandelingen) van AWBZ-zorg in te richten. Voorts kan het verkregen inzicht voor een AWBZ-verzekeraar aanleiding zijn om nader onderzoek te doen bij onduidelijke constructies.

De WTZi, die met ingang van 1 januari 2006 in werking is getreden, draagt eveneens bij aan de beoogde transparantie. De WTZi stelt transparantie-eisen aan zorgaanbieders met betrekking tot de bestuursstructuur en ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering.

De WTZi gaat ervan uit dat de toegelaten aanbieder zelf verantwoordelijk is voor het voorkomen van belangenverstremming en het besteden van AWBZ-gelden aan doelen waarvoor deze bestemd zijn. De zorgaanbieders zijn ook verantwoordelijk voor de wijze waarop behaalde winsten worden aangewend. Daarmee maakt good governance deel uit van de WTZi.

Op basis van meer transparantie, zijn de AWBZ-verzekeraars beter in staat te onderhandelen over de tarieven in de thuiszorg. Eventuele doelmatigheidswinsten, die bijvoorbeeld met behulp van uitbesteding worden behaald, worden hierbij via tariefstelling aan het zorgkantoor en dus aan de consument doorgegeven.

Vervolgacties NZa

— De NZa zal de ontwikkelingen via de jaarlijkse Monitor extramurale AWBZ-zorg, de reguliere rechtmatigheidsonderzoeken en eventuele verdiepingsonderzoeken in de extramurale AWBZ-zorg blijvend volgen. Met inwerkingtreding van de Wmg per 1 oktober 2006 beschikt de NZa ook over het instrument aanmerkelijke marktmacht (AMM). Als de NZa vaststelt dat zich potentiële of feitelijke mededingingsproblemen voordoen doordat een partij AMM heeft kan zij haar AMM-instrumentarium inzetten.

- De NZa bereidt een uitvoeringstoets aan het Ministerie van VWS voor met daarin de wijze waarop het toezicht op de zorgverzekeraars in de AWBZ per 2009 gestalte moet krijgen, de mogelijkheden om in het kader van de bekostiging maximaal stimulansen in te bouwen tot doelmatigheid.
- Algemeen uitgangspunt is dat met collectieve middelen opgebouwde AWBZ-vermogens (inclusief eventuele RAK) beschikbaar blijven voor AWBZ-zorg. De NZa monitort de exploitatieresultaten en de vermogensvorming (in het bijzonder de onttrekkingen) van de AWBZ-zorgaanbieders. Bij opvallende mutaties zal de NZa een verdiepend onderzoek uitvoeren.
- De NZa hecht veel waarde aan een goede werking van de good governance in de sector. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) speelt als toezichthouder op de WTZi een belangrijke rol bij het afdwingen hiervan. De hiermee gemoeide werkzaamheden hebben raakvlak met de taken van de NZa. De NZa en de IGZ zullen in het kader van de samenwerking tussen de IGZ en de NZa hierover in onderling overleg treden.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding onderzoek

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een onderzoek ingesteld naar relaties tussen zorgaanbieders en uitbesteding in de extramurale AWBZ-zorgmarkt.

Eenzijds vormen signalen uit drie rapporten aanleiding voor het onderzoek:

- Rapport CTZ 'Uitbesteden gecontracteerde zorg door AWBZ-instellingen';
- Rapport CTG/ZAio en CTZ 'Monitor extramurale AWBZ-zorg';
- Rapport Achmea 'Vooronderzoek Thuiszorg Problematiek'.

Uit deze rapporten (zie ook bijlage 3) komt naar voren dat uitbestedingsconstructies in de extramurale AWBZ markt een risico kunnen vormen voor de behartiging van de belangen van de cliënt door het zorgkantoor ten aanzien van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid.

Tevens heeft de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op 11 juli 2006 (zie bijlage 1) de NZa gevraagd een oordeel te geven over belangenverstrengelingen in de thuiszorg die mogelijk een prijsopdrijvend effect hebben. De Staatssecretaris verzocht de NZa aanvullend onderzoek uit te voeren als dat geboden was en zonodig maatregelen te nemen. Aanleiding voor dit verzoek was het rapport van Achmea getiteld 'Vooronderzoek Thuiszorg Problematiek'. Dat rapport gaat in op de verbondenheid van zorgaanbieders in de thuiszorgmarkt en over het risico dat te hoge tarieven die in de thuiszorgbranche tot stand komen. In dat rapport werd geconcludeerd dat AWBZ-gelden door te hoge tarieven bij uitbesteding van thuiszorg mogelijk weglekken.

Het ontbreken van inzicht in relaties tussen zorgaanbieders en uitbesteding van zorg brengt een aantal specifieke risico's voor een goede en doelmatige uitvoering van de AWBZ met zich.

De volgende risico's worden hierbij onderscheiden:

- Het ontbreken van inzicht in relaties tussen zorgaanbieders, waardoor marktwerking stagneert;
- Het oneigenlijk of ondoelmatig aanwenden van AWBZ-middelen, via het geheel wegsluizen van behaalde marges;
- Onvoldoende zicht op de kwaliteitsborging en zorgcontinuïteit van de geleverde zorg bij uitbesteding van zorg. Hierdoor zijn niet-toegelaten zorgaanbieders, die niet op voorhand aan de minimale kwaliteitsstandaarden voldoen, toch in staat AWBZ-zorg te verlenen.

1.2 Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is:

1. het in beeld brengen van de organisatiestructuren en relaties tussen zorgaanbieders van de belangrijkste thuiszorgaanbieders;
2. het verkrijgen van inzicht in hoe uitbesteding in de praktijk is vormgegeven (uitbestedingsconstructies en omvang).

1.3 Onderzoeksmethodiek

Voor het realiseren van de doelstellingen zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

- literatuurstudie;
- afstemming onderzoeksstrategie met de FIOD-ECD;
- gesprekken met mensen uit de praktijk die zichzelf bij de NZa hebben gemeld (in samenwerking met de FIOD-ECD);
- beschrijving van de marktaandeelen van dominante aanbieders van extramurale zorg per zorgkantorregio;
- raadpleging CTG/ZAio en CTZ-dossiers;
- openbare bronnenonderzoek, zoals Kamer van Koophandel, kadaster en internetsites, bij twintig zorgaanbieders om de structuur van de organisatie en betrokken rechtspersonen in beeld te krijgen. In het openbare bronnenonderzoek zijn de (juridische) constructies onderzocht waarbinnen die toegelaten zorgaanbieders opereren en getoetst aan de jaarrekeningen/jaarverslagen van deze zorgaanbieders. De twintig zorgaanbieders zijn geselecteerd enerzijds op basis van marktaandeel en anderzijds op basis van ontvangen signalen over de toepassing van uitbesteding van extramurale AWBZ-zorg;
- analyse jaarrekeningen en jaarverslagen van de geselecteerde zorgaanbieders;
- interviews bij de geselecteerde zorgaanbieders;
- schriftelijke enquête (bijlage 2) bij 97 zorgaanbieders.¹ De doelstelling van deze enquête is het krijgen van een completer landelijk beeld.

Bij dit onderzoek heeft de NZa zich laten bijstaan door het onderzoeksbureau Instituut Financieel Onderzoek (IFO) te Amersfoort.

1.4 Begrippen

In dit onderzoeksrapport komen de volgende begrippen aan de orde: fraude, misbruik, oneigenlijk gebruik en ondoelmatige besteding. Hier wordt het volgende onder verstaan.

Fraude: bedrog bestaande uit vervalsing van administratie of ontduiking van voorschriften. Het begrip 'fraude' komt niet in enig wetboek voor. De wet spreekt van verduistering, van valsheid in geschrifte, diefstal, bankbreuk, et cetera. Het heeft een strafrechtelijke component: fraude is altijd strafbaar. In het algemeen taalgebruik wordt het woord 'fraude' gebruikt in situaties waarin mensen of organisaties zich wederrechtelijk verrijken ten koste van andere mensen, organisaties of de overheid.

Misbruik: Volgens Van Dale is misbruik: verkeerd, slecht gebruik. In het algemeen taalgebruik liggen de begrippen 'bewust' en 'opzettelijk' begrepen in dit woord. 'Misbruik' heeft daarom een beschuldigende lading: van boze opzet is sprake.

Oneigenlijk gebruik: niet in overeenstemming met de bedoeling/opzet (volgens Van Dale). In het taalgebruik is de lading veel minder beschuldigend, eerder 'slim'. Tegenwoordig beoordeelt de rechter vaker naar de 'inhoud' in plaats van naar de 'vorm'. De slimme constructie wordt thans vaker gezien als een overtreding, en eerder aangemerkt als onethisch handelen.

¹ Het enquêteformulier is als bijlage 2 opgenomen in deze rapportage.

Ondoelmatige besteding: de wetgeving heeft met bepaalde beleidsmaatregelen, zoals subsidies en vergoedingen, bepaalde effecten op het oog. Als subsidies en vergoedingen worden aangewend voor uitgaven die niet strikt noodzakelijk zijn voor het dichterbij brengen van dat doel, kunnen deze uitgaven worden aangemerkt als ondoelmatig.

1.5 Onderzoek FIOD-ECD

De NZa heeft het Achmea-rapport 'Vooronderzoek Thuiszorg Problematiek' aan de FIOD-ECD voorgelegd.

Op 16 november 2006 heeft de FIOD-ECD de NZa medegedeeld dat, op basis van een diepgaand vooronderzoek, het Achmea-rapport geen blijk geeft van tariefsovertredingen in het kader van de WTG. Daarom is het inzetten van toezichtsmogelijkheden door de FIOD-ECD niet aan de orde. Evenmin biedt het rapport mogelijkheden tot het instellen van een strafrechtelijk onderzoek naar strafbare feiten. Het Functioneel Parket deelt deze conclusie.

1.6 Opbouw rapport

Hoofdstuk 2 gaat in op het begrip extramurale zorg, het uitbesteden van thuiszorg en de hiermee gepaard gaande risico's. Hoofdstuk 3 behandelt relevante (nieuwe) wet- en regelgeving met betrekking tot uitbesteding van zorg en de onderzoeksbevindingen hierover. Hoofdstuk 4 gaat over de bevindingen ten aanzien van markt- en organisatiestructuur, terwijl hoofdstuk 5 ingaat op uitbestedingsconstructies. Hoofdstuk 6 bevat de rapportage met betrekking tot de onderzoeksdoelstellingen. Het rapport sluit af met hoofdstuk 7 waarin de uitkomsten van het onderzoek en het vervolg daarop opgenomen zijn.

2. Context extramurale zorg

Dit onderzoek richt zich primair op extramurale zorg, voorheen aangeduid als 'thuiszorg'.

2.1 Inhoud zorg

De AWBZ is een volksverzekering. De zorg in de AWBZ kan op diverse manieren worden ingedeeld. Een gangbaar onderscheid is de onderverdeling in intramurale zorg (zorg inclusief de functie verblijf) en extramurale zorg (zorg exclusief de functie verblijf).

Indicatie

Een cliënt krijgt extramurale zorg in het kader van de AWBZ als hij beschikt over een indicatiestelling van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Met de indicatiestelling, waarin is omschreven welke zorg noodzakelijk is, kan de cliënt zich tot een zorgaanbieder wenden.

Functies

Vanaf april 2003 is de (intramurale en de extramurale) zorg ingedeeld in zeven functies, te weten:

- huishoudelijke verzorging²
- persoonlijke verzorging
- verpleging
- ondersteunende begeleiding
- activerende begeleiding
- behandeling
- verblijf

Met uitzondering van de functie verblijf kunnen extramurale zorgaanbieders alle functies in het licht van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) leveren. Per prestatie geldt op grond van de Wmg een door de NZa vastgesteld (maximum) tarief. Een gevolg van deze functionele indeling is dat in principe iedere (toegelaten) zorgaanbieder deze zorg mag leveren.

Thuiszorg

De thuiszorg komt voort uit het werk van de kruisverenigingen en de gezinsverzorging. De kruisverenigingen en de gezinszorginstellingen zijn in de loop van de jaren gefuseerd en handelen nu onder de naam thuiszorg.

Thuiszorg richt zich, de naam zegt het al, op de zorg die cliënten thuis ontvangen. Thuiszorg bevordert de zelfredzaamheid van burgers.

Thuiszorg is een groeiende markt. De vraag naar thuiszorg neemt toe door de vergrijzing, maar ook door andere tendensen; zoals de verkorting van de opnameduur in ziekenhuizen en de wens van cliënten om langer thuis te blijven wonen.

Om aan deze toenemende vraag te kunnen voldoen en bestaande wachtlijsten weg te werken, zijn initiatieven genomen om doelmatigheidsprijkels in te bouwen en toetreding tot de markt voor

² Met ingang van 1 januari 2007 is de huishoudelijke verzorging overgegaan naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO).

extramurale AWBZ zorg te vergemakkelijken. Een en ander heeft een groei van het aantal extramurale zorgaanbieders tot gevolg gehad.

De 'klassieke' thuiszorgaanbieders verlenen nog steeds voor een belangrijk deel de extramurale zorg. Niettemin zijn ook nieuwe aanbieders toegelaten tot de markt voor thuiszorg. Deze nieuwkomers zijn zorgaanbieders die bijvoorbeeld hun oorsprong hebben in de particuliere zorgverlening, de gehandicaptenzorgsector, de geestelijke gezondheidszorgsector en intramurale zorgaanbieders binnen de sector verpleging en verzorging.

Voor het leveren van thuiszorg is een toelating vereist. Zorgaanbieders moeten bij de toelating duidelijk maken hoe zij georganiseerd zijn, welk doel zij hebben en hoe zij dat doel gaan verwezenlijken. De zorgaanbieders moeten aantonen dat zij beschikken over een transparante bestuursstructuur en een ordelijke bedrijfsvoering.³

Behalve de hierboven genoemde zeven prestaties leveren thuiszorgaanbieders ook nog diensten op het terrein van uitleen van verpleegartikelen, prenatale zorg, AIV (advies, instructie en voorlichting) en voedingsvoorlichting.

Thuiszorgaanbieders verstrekken behalve reguliere thuiszorg op grond van de AWBZ ook particuliere zorg. In 1995 werd het Persoonsgebonden Budget (PGB) ingevoerd. Verzekerden kunnen hiermee, in plaats van het verkrijgen van zorg in natura, zelf zorg inkopen en zijn hierbij niet gebonden aan de toegelaten of gecontracteerde zorgaanbieders. Thuiszorgaanbieders bieden ook zorg aan voor de budgethouders van een PGB.

Rol zorgkantoren

Zorgkantoren maken productieafspraken met toegelaten zorgaanbieders waarin de omvang van de door de aanbieder te verstrekken zorg wordt bepaald. De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de inkoop van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare thuiszorg. Het is een taak van zorgkantoren om, door prijsbewust in te kopen, doelmatige aanwending van de AWBZ-middelen te bewerkstelligen.

De NZa stelt per prestatie de maximumtarieven voor de extramurale zorg vast. De zorgkantoren kunnen bij de onderhandelingen met de zorgaanbieders prijzen afspreken op of onder het maximumtarief. Op basis van afgesproken productie en prijzen ontvangen de zorgaanbieders maandelijks, via het CAK-BZ, voorschotten. Als de gerealiseerde productie achterblijft bij de afgesproken productie, moet het zorgkantoor de bevoorschotting aanpassen. Eindafrekening vindt plaats op basis van daadwerkelijk geleverde productie waarvoor de zorgaanbieder een nacalculatie moet indienen.

De zorgaanbieder en het zorgkantoor ondertekenen deze nacalculatie, na controle door de externe accountant van de zorgaanbieder. De nacalculatie wordt vervolgens aan de NZa toegestuurd. Op basis van deze nacalculatie vindt de eindafrekening met de zorgaanbieder plaats.

De zorgkantoren hadden tot 1 september 2004 een contracteerplicht. Zij waren gehouden contracten af te sluiten met alle toegelaten extramurale

³ Op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) is de toelating een taak van het Ministerie van VWS.

zorgaanbieders in hun werkgebied. Vanaf 1 september 2004 is deze contracteerplicht komen te vervallen.

Dit betekent dat zorgkantoren geen overeenkomsten met zorgaanbieders hoeven te sluiten, waarvan de continuïteit van zorgverlening niet is geborgd. Een zorgkantoor moet daarom - in continuïteit - toezien of een zorgaanbieder aan zijn verplichtingen kan voldoen.

2.2 Tarieven extramurale zorg

De basis AWBZ-prestaties, exclusief toeslagen voor beschikbaarheid en cliëntkenmerk, en de maximumtarieven voor 'thuiszorg tarieven' per uur zijn:

Tabel 1: thuiszorg tarieven

	Max. tarieven 2005 in €	Max. tarieven 2006 in €
Huishoudelijke hulp alpha	14,10	15,20
Huishoudelijke verzorging	26,30	24,30
Persoonlijke verzorging	39,10	41,60
Verpleging	59,40	62,10
Ondersteunende begeleiding	44,20	44,60
Activerende begeleiding	45,40	47,50
Behandeling	86,60	89,00

Bron: Beleidsregel extramurale zorg II-734 (2005) en CA-92 (2006)

2.3 Uitbesteden thuiszorg

Onder uitbesteding en onderaanneming wordt verstaan het niet feitelijk zelf verlenen van de gecontracteerde zorg door de toegelaten zorgaanbieder, maar het voor de zorgverlening gebruik maken van derden, zoals zelfstandigen zonder personeel, uitzendbureaus of andere rechtspersonen (bijvoorbeeld in de vorm van een stichting, besloten vennootschap (BV), commanditaire vennootschap (CV), vennootschap onder firma (vof)).⁴

Bij uitbesteding maakt de toegelaten zorgaanbieder afspraken met een derde – dit kan overigens ook een gelieerde rechtspersoon zijn – over de condities waaronder deze derde de zorg namens haar levert.

Het inschakelen van alphahulp bij huishoudelijke hulpverlening wordt niet beschouwd als uitbesteding.⁵ De alphahulpverlener heeft een bijzondere positie. De belastingdienst beschouwt de alphahulpverlener als een zelfstandige. De zorgaanbieder houdt zich uitsluitend bezig met bemiddeling tussen de cliënt en de alphahulpverlener.

Het voormalige College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) heeft een aantal rapporten uitgebracht die betrekking hebben op extramurale AWBZ-zorg.

⁴ Uitbestede zorgverlening omvat de inzet van personeel die niet via de eigen loonadministratie loopt.

⁵ De alphahulpverlener houdt zich uitsluitend bezig met huishoudelijke hulp, die met ingang van 2007 is overgegaan naar de Wet maatschappelijke ondersteuning.

Deze rapporten richten zich vooral op de rol van de zorgkantoren bij het beoordelen van het bestuurlijk en financieel functioneren van (thuis)zorgaanbieders.

Het rapport 'Uitbesteden gecontracteerde zorg door AWBZ-instellingen' van maart 2006 (publicatienummer 29) gaat specifiek in op het fenomeen uitbesteding van extramurale AWBZ-zorg. Een belangrijke bevinding uit dit rapport is dat uitbesteding op basis van vigerende wet- en regelgeving is toegestaan. De thuiszorgaanbieders hebben een eigen verantwoordelijkheid voor hun eigen bedrijfsvoering. Uitbesteden van zorgtaken wordt beschouwd als een onderdeel van deze bedrijfsvoering.

Over de mate waarin sprake is van uitbesteding van extramurale zorg was geen nauwkeurige uitspraak mogelijk. Wel is aangegeven dat, op basis van schattingen van zorgkantoren, het percentage van uitbestede zorg ten opzichte van de totale omzet van extramurale zorg circa 10% is.

Het CTZ constateerde in het rapport 'Uitbesteden gecontracteerde zorg door AWBZ-instellingen' dat zorgkantoren onvoldoende zicht hebben op uitbesteding(sconstructies) en niet alert genoeg zijn op activiteiten van thuiszorgaanbieders die in groepsverband opereren.

2.4 Risico's bij uitbesteden zorg

De huidige marktstructuur wordt gekenmerkt door:

- hoge aanbodconcentraties, in combinatie met veel kleine zorgaanbieders;
- gebrek aan keuze- en kwaliteitsinformatie voor cliënten;
- centrale — maar risicoloze — inkoop door het zorgkantoor.

Uitbestedingsconstructies kunnen ertoe leiden dat de concentratie op de markt verder toeneemt en de mogelijkheden voor het zorgkantoor verder worden beperkt om zorg te contracteren bij anderen dan de huidige dominante aanbieders.

Bij uitbesteding van zorg is het risico aanwezig dat het zorgkantoor onvoldoende toezicht kan houden op de kwaliteitsborging (en zorgcontinuïteit) van de geleverde zorg. Hierdoor ontstaat het risico dat niet toegelaten zorgaanbieders, die niet op voorhand aan de minimale kwaliteitsstandaarden voldoen, in staat worden gesteld AWBZ-zorg te verlenen.

De toegelaten zorgaanbieder is, ook bij uitbesteding, verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening. Het zorgkantoor spreekt de zorgaanbieder hierop indien noodzakelijk aan.

Als zorgaanbieders doelmatigheidswinsten, die met behulp van uitbesteding worden behaald, via tariefstelling te weinig doorgeven aan het zorgkantoor en dus aan de consument, kan er sprake zijn van ondoelmatige besteding van AWBZ-gelden.

Door aangescherpte NZa-regelgeving beschikken zorgkantoren over mogelijkheden om meer inzicht te krijgen in omvang en gebruik van uitbesteding van AWBZ-zorg, waardoor zij beter in staat zijn scherp te onderhandelen over de tarieven.

De huidige marktstructuur en de wet- en regelgeving maken dat het zorgkantoor en de zorgaanbieder onvoldoende natuurlijke

doelmatigheidsprikkels en onvoldoende mogelijkheden hebben om doelmatig AWBZ-zorg in te kopen cq te leveren.

Het kabinet heeft hierover een uitvoeringstoets aan de NZa gevraagd. Zij zal deze in maart 2007 vaststellen.

Tevens zal de NZa de verschillende aspecten over de aanpak van machtsconcentraties (aanmerkelijke marktmacht – AMM) in het Visiedocument Aanmerkelijke Marktmacht behandelen. Dit visiedocument zal in het voorjaar van 2007 verschijnen.

3. Relevante (nieuwe) wet- en regelgeving en bevindingen

Wet- en regelgeving staan toe dat extramurale AWBZ-zorg wordt uitbesteed. Een zorgaanbieder heeft met diverse wetten en regelingen te maken waarbij een relatie bestaat met het uitbesteden van zorg. Dit hoofdstuk bevat de — in het kader van relaties tussen zorgaanbieders en uitbesteding van zorg — meest relevante wetten en regelingen en de bevindingen uit het onderzoek.

3.1 WTZi

Werking WTZi

In de sturing van de zorg is een aantal belangrijke verschuivingen waarneembaar. Zo heeft de invoering van meer marktwerking geleid tot een omslag in de sturing: van een aanbodgestuurd systeem naar een vraaggestuurd systeem. Daarnaast maakt de van oudsher gebruikelijke rechtspersoon (de stichting) steeds meer plaats voor nieuwe rechtspersoonvormen, zoals BV's, CV's, vof's en eenmansbedrijven.⁶ Dit alles heeft gevolgen voor het borgen van transparant bestuur en een ordelijke bedrijfsvoering.

In de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), die op 1 januari 2006 in werking is getreden, zijn eisen opgenomen voor transparantie van de bestuursstructuur en een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering van toegelaten zorginstellingen die verzekerde zorg (Zorgverzekeringswet en AWBZ) leveren. Deze eisen staan bekend als de transparantie-eisen en sluiten aan bij de aanbevelingen van de Commissie Health Care Governance (Commissie Meurs) en de zorgbrede code voor goed bestuur.⁷

In de WTZi is onder meer geregeld dat een zorgaanbieder moet regelen dat:

- de bestuursstructuur voldoet aan een aantal basiseisen; zo moet een zorgaanbieder onder meer beschikken over een (intern) orgaan dat toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling;
- de samenwerkingsrelaties met andere rechtspersonen duidelijk zijn;
- de financiële administratie adequaat is;
- de beslissingen over de bedrijfsvoering voldoen aan interne regels en aan wettelijke, statutaire en contractuele juridische verplichtingen;
- de zorgactiviteiten van de instelling bedrijfsmatig apart staan van de overige activiteiten van de instelling.

⁶ Vanaf 1995 zijn aanbieders van extramurale zorg vrij in het kiezen van de rechtsvorm.

⁷ De Wet Toelating Zorginstellingen spreekt over instellingen en niet over zorgaanbieders.

De transparantie-eisen zijn gekoppeld aan de toelating van zorginstellingen, omdat een transparant bestuur en een ordelijke bedrijfsvoering noodzakelijke voorwaarden zijn voor het (deugdelijk) functioneren van zorginstellingen.

De instelling is, als zij aan de wettelijke transparantie-eisen voldoet, verder vrij om het interne bestuur en toezicht naar eigen inzicht te regelen. Zij moet echter wel duidelijk maken welke keuzes zij daarin gemaakt heeft én aangeven met wie zij samenwerkt in groter verband.

Of de instelling aan de transparantie-eisen voldoet, beoordeelt het Ministerie van VWS bij de toelating (of bij de wijziging van de toelating) aan de hand van de statuten. Na de toelating dienen zorginstellingen via de Regeling voor de jaarverslaglegging zorginstellingen in hun jaarverslag/jaarrekening verantwoording af te leggen op welke wijze zij voldoen aan de transparantie-eisen WTZi. Deze bepalingen vallen onder het toezicht van de externe accountant die zijn goedkeuring geeft op het jaarverslag.

Bij onduidelijke regeling van het bestuur en het interne toezicht én bij een wanordelijke bedrijfsvoering kan het Ministerie voorschriften stellen voor de toegelaten instelling en de toelating intrekken - in het uiterste geval — bij niet naleving daarvan.

De verplichting tot verantwoording over de transparantie-eisen van de bestuursstructuur en een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering geldt ook voor de reeds toegelaten instellingen met een overgangstermijn tot 31 december 2006.⁸

De WTZi legt geen beperking op ten aanzien van uitbesteding van AWBZ-zorg. De zorginstellingen hebben een eigen verantwoordelijkheid voor hun eigen bedrijfsvoering. Gegeven de gemaakte productieafspraken is de thuiszorginstelling vrij om hieraan op een doelmatige wijze inhoud te geven.

De WTZi biedt zorgkantoren, als resultaat van de transparantie-eisen, wel meer mogelijkheden oneigenlijk gebruik en ondoelmatige besteding van AWBZ-middelen te signaleren.

De WTZi heeft betrekking op toegelaten instellingen. De toegelaten zorgaanbieder is aanspreekbaar op en verantwoordelijk voor de geleverde verzekerde zorg, ook als de zorgverlening deels/geheel is uitbesteed. In het geval de toegelaten instelling de gecontracteerde zorg heeft uitbesteed aan derden, zal de toegelaten instelling moeten regelen dat blijvend aan de transparantie-eisen van de WTZi kan worden voldaan: de aard van de relatie met andere verbanden moet helder zijn, alsmede de verdeling van verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is belast met het toezicht op de transparantie-eisen WTZi.

Bevindingen onderzoek

Grotere zorgaanbieders hebben vooruitlopend op de nieuwe wet- en regelgeving veelal in de jaarrekeningen 2005 de organisaties vermeld

⁸ De overgangstermijn had voor het onderzoek tot gevolg dat de jaarverslagen van deze thuiszorgaanbieders nog niet optimaal gebruikt konden worden.

waarmee samenwerkingsrelaties bestaan. Zij volgen daarmee de good governancecode.

Dat betekent dat zij alle nevenfuncties van de leden van de Raad van Commissarissen, de Raad van Bestuur en de directeuren inventariseren en vermelden. Op basis van interne reglementen en of richtlijnen stellen zij de leden van de Raad van Commissarissen en de Raad van Bestuur aan. Bij mogelijke belangenverstrengeling, kunnen zij de betreffende persoon verplichten deze banden te beëindigen.

Het onderzoek heeft vastgesteld dat de zorgaanbieder, die in het onderzoek van de FIOD-ECD centraal heeft gestaan, de governancecode heeft aangescherpt overeenkomstig de zorgbrede code voor goed bestuur.

De geïnterviewde kleinere zorgaanbieders voldoen nog in veel mindere mate aan de WTZi. Zij ervaren de organisatie en de financiering van bijvoorbeeld een intern toezichthoudend orgaan als één van de knelpunten.

3.2 NZa-regelingen in het kader van de Wmg

Op grond van de Wmg heeft de NZa de bevoegdheid regels te stellen met betrekking tot de controle door en de administratie van de AWBZ-verzekeraars en regels te stellen betreffende de administratie van AWBZ-zorgaanbieders. Om de in paragraaf 1.1 beschreven risico's te mitigeren, heeft de NZa de volgende regels opgesteld:

- Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars;
- Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ-zorgaanbieders.

3.2.1 Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars

Inhoud regeling

De Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars bevat zowel voorschriften met betrekking tot de door AWBZ-verzekeraars uit te voeren controle als voorschriften met betrekking tot de door hen te voeren administratie.

Deze Regeling volgt de 'Regeling Administratie en Controle uitvoeringsorganen AWBZ' op en is van toepassing op de administratie van, en de controle door de AWBZ-verzekeraars vanaf 1 januari 2007.

Aangepaste regeling

De Regeling is expliciet aangepast met extra voorschriften voor het verkrijgen van inzicht in uitbesteding van gecontracteerde zorg door toegelaten zorgaanbieders.

Deze aanpassing is een direct gevolg van de uitkomsten van het CTZ-onderzoek 'Uitbesteden gecontracteerde zorg door AWBZ-instellingen' van maart 2006. Dat onderzoeksrapport concludeerde dat zorgkantoren maar beperkt inzicht hebben in de mate waarin uitbesteding van extramurale zorg voorkomt. Om dit te verbeteren moet het zorgkantoor inzicht hebben in welke mate gecontracteerde zorgaanbieders zorg uitbesteden aan andere zorgaanbieders die uiteindelijk de zorg daadwerkelijk leveren.

Het zorgkantoor kan deze informatie vervolgens gebruiken om te toetsen of de kwaliteit van de afgesproken zorgverlening (en zorgcontinuïteit) gewaarborgd blijft en of AWBZ-middelen niet oneigenlijk of ondoelmatig worden aangewend.

Om te bewerkstelligen dat een AWBZ-verzekeraar over die benodigde informatie beschikt, is in de Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars artikel 11, lid 3 opgenomen:

'De AWBZ-verzekeraar verkrijgt, via de te sluiten overeenkomsten, inzicht in welke mate gecontracteerde zorgaanbieders zorg uitbesteden aan andere zorgaanbieders of zelfstandigen zonder personeel (zzp-ers), die uiteindelijk de zorg daadwerkelijk verlenen. De AWBZ-verzekeraar gebruikt deze informatie om te toetsen of de kwaliteit van de afgesproken zorgverlening (en zorgcontinuïteit) gewaarborgd blijft en of AWBZ-middelen niet oneigenlijk of ondoelmatig worden aangewend. Verder gebruikt de AWBZ-verzekeraar deze informatie bij het zorginkoopproces. Bij vreemde constructies onderneemt de AWBZ-verzekeraar actie in de vorm van nader onderzoek'.

3.2.2 Regeling AO/IC AWBZ zorgaanbieders

Inhoud regeling

De minimale eisen voor de administratieve organisatie en interne controle (AO/IC) van zorgaanbieders waren vastgelegd in de Beleidsregel Kaderregeling AO/IC. Deze Kaderregeling is op 1 januari 2005 in werking getreden, waarbij 2005 als een overgangsjaar is aangemerkt. De inwerkingtreding van de WTZi en de Wmg en de ervaringen met de Kaderregeling AO/IC noopten tot verduidelijking. Het resultaat is vastgelegd in de Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ-zorgaanbieders 2007 (Regeling AO/IC AWBZ).

Aangepaste regeling

In de Regeling AO/IC AWBZ-zorgaanbieders, die de bovengenoemde beleidsregel heeft vervangen, is ook een bepaling opgenomen over uitbesteding. Essentie van deze bepaling is dat de AWBZ-zorgaanbieder aan de AWBZ-verzekeraar inzicht moet verschaffen in welke mate gecontracteerde zorgaanbieders zorg uitbesteden aan andere zorgaanbieders. Het artikel luidt als volgt:

'Artikel 6. Vastlegging van onderaanneming c.q. uitbesteding

De zorgaanbieder legt vast hoe, en in welke mate AWBZ-zorg wordt uitbesteed aan een andere zorgaanbieder of zelfstandige zonder personeel (zzp-er) die uiteindelijk de zorg verleent.

Indien gewenst geeft de zorgaanbieder dat inzicht aan de NZa of AWBZ-verzekeraar'.

De Regeling AO/IC AWBZ biedt zorgkantoren meer mogelijkheden oneigenlijk gebruik en ondoelmatige besteding van AWBZ-middelen door middel van uitbestedingsconstructies te signaleren. Zorgkantoren kunnen zodoende ook controle uitoefenen op de kwaliteit van de zorgverlening en vaststellen welke aanbieders de zorg feitelijk verlenen.

Bevindingen onderzoek

De geïnterviewde grotere zorgaanbieders geven aan dat zij in 2006 aan de Kaderregeling AO/IC voldoen.

Een aantal van de grotere zorgaanbieders voldoet weliswaar nog niet helemaal aan de Kaderregeling AO/IC, maar heeft de zwakke punten wel al onderkend en daarop verbeterprocessen in gang gezet, bijvoorbeeld voor de planning en controlcyclus en de AO/IC.

De geïnterviewde kleinere zorgaanbieders voldoen in 2006 veelal nog niet aan de Kaderregeling AO/IC".

Sommige zorgaanbieders geven aan de Kaderregeling AO/IC als een bureaucratische last te ervaren.

3.3 Reserve Aanvaardbare Kosten

Bepalingen Reserve Aanvaardbare Kosten

De Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK) van AWBZ-zorgaanbieders wordt gevormd uit collectieve (AWBZ) premies. In de Beleidsregel aanvaardbare kosten is opgenomen dat, indien de werkelijke kosten meer of minder bedragen dan de aanvaardbare kosten, dit verschil door de zorgaanbieder moet worden toegevoegd c.q. onttrokken aan de bestemmingsreserve 'Reserve aanvaardbare kosten'. Er worden derhalve geen grenzen gesteld aan de RAK.

Algemeen uitgangspunt is dat de collectieve middelen beschikbaar blijven voor de AWBZ. AWBZ-zorgaanbieders moeten verantwoorde zorg leveren. Voor de zorgaanbieders zijn de middelen van de risicoreserves ook inzetbaar om stimulansen te geven om voldoende zorg van goede kwaliteit aan de cliënt te kunnen geven. De hoogte van de RAK moet zich daarmee verhouden. Het is de taak van het dagelijks bestuur van de zorgaanbieder, en het interne toezichthoudend orgaan, om dat te bewerkstelligen.

Het Ministerie van VWS, de NZa, noch andere instanties hebben de bevoegdheid om rechtstreeks in te grijpen in het gebruik van de RAK door zorgaanbieders. De zorgkantoren kunnen wel in het kader van de jaarlijkse productieafspraken lagere prijzen of hogere productieaantallen afspreken, zodat de zorgaanbieder eerder een beroep moet doen op zijn RAK.

Bij eerdere gelegenheden heeft de rechtsvoorganger van de NZa, het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), opgemerkt dat de RAK één ongedeelde reserve is. Er is geen duidelijke scheiding aan te brengen in de RAK, in die zin dat inzicht bestaat uit welke prestaties de RAK is opgebouwd. Deze problematiek speelde recent bij de overheveling van de Huishoudelijke verzorging naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De toen geldende Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) was een exploitatiewet die zich richtte op tarieven en budgetten. Vermogens, anders dan de RAK, waren niet aan deze tarieven en budgetten gerelateerd en zijn altijd buiten de reikwijdte van de regelgeving gebleven.

Besteding Reserve Aanvaardbare Kosten

Vanaf 1995 zijn in de extramurale zorg ook rechtsvormen met een winstoogmerk, zoals BV's, toegelaten. De laatstgenoemde groep, en de mogelijkheid tot uitbesteding, roept een vraag op over de positie van de RAK. Een winstuitkering beïnvloedt de hoogte van het eigen vermogen, inclusief eventueel aanwezige RAK.

Hoewel niet verplicht, zal een zorgaanbieder echter in de meeste gevallen een financiële buffer in de vorm van een reserve aanhouden om discontinuïteitrisico's te verkleinen.⁹

Op de besteding van de RAK wordt op drie niveaus toezicht gehouden:

⁹ Eén zorgkantoor heeft hierover afspraken met de zorgaanbieders gemaakt. Een eventuele winstuitkering aan de aandeelhouders van de zorgaanbieder pas plaatsvinden op het moment dat het weerstandsvermogen een minimum percentage van het budget aanvaardbare kosten bedraagt.

1. *via de nacalculatie*

Alle toegelaten zorgaanbieders moeten op de NZa-vragenlijst van het nacalculatieformulier vermelden of WTG-gefinancierde vermogensbestanddelen naar een andere rechtspersoon zijn overgebracht. Het bestuur van de zorgaanbieder tekent ervoor dat invulling van het formulier in overeenstemming met de beleidsregels geschiedt. Tevens is de vragenlijst onderdeel van accountantscontrole.

De NZa heeft de regels van het AO/IC betreffende verantwoording van het bestuur van de zorgaanbieder met ingang van 2006 aangescherpt. Als de NZa opvallende mutaties (onttrekkingen) van de RAK constateert, gaat zij onderzoeken of er doelbewust collectieve middelen zijn onttrokken aan de AWBZ, bijvoorbeeld via het doorberekenen van activiteiten of het verstrekken van goedkope leningen.¹⁰

2. *via de interne toezichthouder*

De interne toezichthouder van de zorgaanbieder moet, overeenkomstig de zorgbrede code voor goed bestuur, toezien op de besteding van AWBZ-gelden (inclusief aanwending van de RAK).

3. *via het convenant*

4. In het Convenant taken en beheerskosten van zorgkantoren 2005 en in het Convenant zorgkantoren 2006 – 2008 is opgenomen, dat de overeenkomst tussen het zorgkantoor en de toegelaten zorgaanbieder ook afspraken moet bevatten over de besteding van de RAK.

Bevindingen onderzoek

Bij één van de onderzochte thuiszorgaanbieders, onderdeel van een holding, heeft de toegelaten thuiszorgaanbieder een bedrag van enkele tientallen miljoenen uitgeleend aan de holding. De holding betaalt daarbij een lage niet marktconforme rentevergoeding die ten gunste van de RAK is geboekt.

De vraag of er op dat moment sprake is van een marktconforme vergoeding wordt door de NZa bij de nacalculatie van alle toegelaten zorgaanbieders beoordeeld. Hierbij speelt een belangrijke rol de bron van de middelen, namelijk de vraag of de lening verstrekt wordt uit wel of niet AWBZ-gebonden vermogen. De NZa legt zonodig een rentecorrectie (korting) aan de betreffende zorgaanbieder op.

Hierbij gaat het niet alleen om de rentevergoeding, maar bijvoorbeeld ook het uitlenen van grote vermogens kan risicovol zijn. Het is de interne toezichthouder die primair verantwoordelijk is voor het borgen van de continuïteit van de zorgaanbieder en het zorgkantoor om dat te volgen, bijvoorbeeld via het early-warningsysteem.

Overigens is tijdens het onderzoek geconstateerd dat de belastingdienst bij een thuiszorgaanbieder onderzoek doet naar de mogelijkheid tot het heffen van vennootschapsbelasting over RAK-toevoegingen.

¹⁰ Dit is niet van toepassing voor zorgaanbieders die buiten de reikwijdte van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) vielen en al winst mochten uitkeren, zij mogen dit blijven doen.

4. Bevindingen markt- en organisatiestructuur

4.1 Thuiszorgmarkt

Om een kwantitatief beeld te krijgen van de thuiszorgmarkt, gaat dit hoofdstuk in op het aantal aanbieders van thuiszorg, de omzet, de omzetgrootte van de dominante aanbieders en de grootte van de marktaandeelen.

4.1.1 Aantal thuiszorgaanbieders

Het aantal toegelaten aanbieders van thuiszorg is groot. In 2006 is het aantal aanbieders ten opzichte van 2005 met bijna 8% toegenomen. Onderstaande tabel geeft deze ontwikkelingen weer.

Tabel 2: aantal aanbieders en omzet

	Aantal aanbieders	Productieafspraken (in miljoen €)
2005	876	3.699
2006	943	3.760

Bron: NZa

4.1.2 Omzet thuiszorgaanbieders

Er bestaat een grote variatie in omvang van zorgaanbieders. Er is een (beperkt) aantal thuiszorgaanbieders met een relatief hoge omzet en een (groot) aantal zorgaanbieders met een relatief lage omzet. Circa 10% van de zorgaanbieders levert circa 75% van de totale omzet. Onderstaande tabel geeft inzicht in het aantal zorgaanbieders per omzetcategorie.

Tabel 3: overzicht aanbieders en omzet 2005

Omzet	Aantal	Aantal	Totale omzet
> 100 miljoen	4	4	544
75 – 100 miljoen	1	1	87
50 – 75 miljoen	3	2	167
40 – 50 miljoen	8	0	343
30 – 40 miljoen	22	3	765
20 – 30 miljoen	21	2	527
10 – 20 miljoen	22	1	298
< 10 miljoen	795	7	968
Totaal	876	20	3.699

Bron: NZa

Zowel de in omzet grotere aanbieders als in omzet kleinere aanbieders van extramurale AWBZ-thuiszorg zijn bij dit onderzoek geïnterviewd. Hiermee is een representatief beeld verkregen.

4.1.3 Marktaandeelen grootste thuiszorgaanbieders

Op basis van de contractafspraken met de extramurale zorgaanbieders is een overzicht opgesteld waaruit het marktaandeel van de grootste aanbieders van extramurale zorg blijkt per zorgkantoorregio.

Tabel 4: marktaandeelen grootste aanbieder in de regio in 2005

Omzetaandeel in de regio	Aantal regio's
80-90%	2
70-80%	4
60-70%	6
50-60%	2
40-50%	3
30-40%	8
20-30%	5
10-20%	2
Totaal	32

Bron: NZa

Bijlage 4 bevat meer informatie over de omzet verdeling (omzetten grootste aanbieders in de regio, regio-omzet en dergelijke)

4.1.4 Ontwikkelingen thuiszorgmarkt

Concentratie

Met de versoepeling van het toelatingssysteem voor zorgaanbieders in de gezondheidszorg is het aantal aanbieders toegenomen. Inmiddels zijn ook zeer grote organisaties ontstaan. Bestaande thuiszorgaanbieders zijn gefuseerd of hebben andere aanbieders, al of niet in de thuiszorgmarkt, overgenomen. Zorgkantoren kunnen nauwelijks om die grote zorgaanbieders heen.

Behalve grote(re) zorgaanbieders zijn er ook veel kleinere spelers. In de meeste gevallen slagen de (nieuw toegelaten) kleinere zorgaanbieders er in om zelfstandig een contract af te sluiten met een zorgkantoor. De zorgaanbieders die daarin niet slagen, kunnen optreden als 'onderaannemer' van een toegelaten aanbieder of richten zich op het verlenen van PGB-zorg of op de particuliere thuiszorgmarkt voor niet AWBZ-gefinancierde zorg.

De zorgaanbieders die voor dit onderzoek zijn geïnterviewd, verwachten dat de concentratietendens nog niet is afgelopen. De vorming van concerns van traditionele thuiszorgorganisaties met verpleeg- en verzorgingshuizen zal doorgaan. De zorgaanbieders zeggen zich op te maken voor verdere versterking van hun positie op de markt, om tegenwicht te bieden aan de zorgverzekeraars en gemeenten. Of dit werkelijk zal gebeuren, lijkt niet erg waarschijnlijk. De fusiedrempels waarboven een fusie bij de NMa moet worden gemeld zijn recentelijk verlaagd. De NMa heeft al een aantal fusies afgekeurd.

Overheveling WMO

Met ingang van 2007 is de WMO van kracht. De WMO regelt dat huishoudelijke verzorging vanaf 1 januari 2007 niet langer ten laste komt van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Het contracteren van huishoudelijke verzorging is nu een taak van de gemeenten.

Waar voorheen de zorgkantoren productie- en prijsafspraken met de thuiszorgaanbieders maakten, moeten de aanbieders nu met de gemeentes onderhandelen. Ook de tot 1 januari 2007 geldende maximumtarieven zijn niet meer van toepassing.

Huishoudelijke verzorging maakt een substantieel deel, ongeveer een derde deel, uit van de hulpverlening die in het kader van thuiszorg wordt verleend. De consequenties voor de thuiszorgaanbieders van deze overheveling zijn dan ook groot.

De tarieven voor huishoudelijke verzorging die gemeentes met de aanbieders voor 2007 zijn overeengekomen, zijn in het algemeen lager dan de voor 2006 met de zorgkantoren overeengekomen tarieven. Zo is met een grote zorgaanbieder een tarief voor huishoudelijke verzorging met gemeenten overeengekomen dat 90% bedraagt van het oude maximumtarief, terwijl in 2006 met het zorgkantoor nog een korting van 2,5% was overeengekomen.

Een aantal geïnterviewde zorgaanbieders verwacht dat als gevolg van deze tariefdalingen veel organisaties in continuïteitsproblemen zullen komen. De aanbieders kunnen de kostprijs alleen aanpassen door effectiever en efficiënter te werken en door bezuinigingen op vooral overheadkosten. Zij geven aan dat zij de tariefsverlagingen waarschijnlijk niet in alle gevallen kunnen opvangen door deze maatregelen.

Een aantal zorgaanbieders stelt dat er aanbieders zijn die op grote schaal huishoudelijke verzorging onder de kostprijs hebben verkocht. De aanbieders die de slag om de huishoudelijke verzorging hebben verloren, moeten niet alleen op huishoudelijke verzorging maar - als gevolg van de verandering van de productmix - ook op de andere bedrijfsonderdelen (fors) bezuinigen.

Een aantal kleinere recent toegelaten thuiszorgaanbieders geeft een ander signaal af. Deze aanbieders zeggen dat er nog rek in de tarieven zit. Zorgkantoren moeten de thuiszorgaanbieders die tegen lagere tarieven kunnen leveren dan wel in de gelegenheid stellen te kunnen groeien.

4.2 Organisatiestructuren

4.2.1 Indeling organisatiestructuren

Uit het onderzoek blijkt dat belangrijke verschuivingen zijn waar te nemen in de organisatie en bedrijfsvoering van de zorgaanbieders. Van traditionele thuiszorg door een stichting en rechtstreekse zorgverlening door de toegelaten aanbieder is niet meer altijd sprake. In plaats van de stichtingsvorm kiest de aanbieder vaker voor de BV als rechtspersoon. De afgelopen jaren was er sprake van in toenemende mate fuseren van zorgaanbieders of het aangaan van samenwerkingsverbanden. Holdingstructuren met werkmaatschappijen die de zorg uitvoeren, komen in toenemende mate voor. De uitvoering is daarbij niet altijd in handen van personeel in dienst van een uitvoerende

en toegelaten stichting. Uitbesteding aan particuliere, niet toegelaten, zorgorganisaties, uitzendbureau's en freelancers (zelfstandigen-zonder-personeel - zzp-ers) is een veel toegepast alternatief. In dit onderzoek zijn de zorgaanbieders daarom ingedeeld in een drietal categorieën.

Categorie A: 'conglomeraten'

Dit zijn toegelaten aanbieders die deel uitmaken van een groter verband (holding). De holding verleent niet alleen extramurale AWBZ-zorg, maar is via werkmaatschappijen ook actief op de intramurale zorgmarkt en op diverse andere terreinen binnen de gezondheidszorg. Deze zorgaanbieders voeren de gecontracteerde thuiszorg hoofdzakelijk uit met eigen personeel, waarvoor de CAO thuiszorg van toepassing is. Zij maken de productieafspraken soms op holdingniveau.

Categorie B: 'nieuwe ondernemingen'

Dit zijn veelal recent toegelaten ondernemingen die niet kiezen voor de van oudsher gebruikelijke organisatievormen, maar nieuwe (winst)mogelijkheden benutten. Deze zorgaanbieders voeren de gecontracteerde thuiszorg vaak niet uit met eigen hulpverlenend personeel, maar gebruik maken van particuliere organisaties of flexibele arbeidskrachten, waarvoor de CAO thuiszorg niet van toepassing is.

Categorie C: 'traditionele aanbieders'

Dit zijn veelal de van oudsher klassieke toegelaten thuiszorgaanbieders, die vrijwel uitsluitend actief zijn op het terrein van thuiszorg. Deze stand alone zorgaanbieders, zonder winstoogmerk, voeren de gecontracteerde thuiszorg vrijwel uitsluitend uit met eigen personeel, waarvoor de CAO thuiszorg van toepassing is.

De in het kader van het onderhavige onderzoek geïnterviewde aanbieders zijn als volgt verdeeld:

Tabel 5: verdeling geïnterviewde aanbieders

Categorie	Aantal
A 'Conglomeraten'	8
B 'Nieuwe ondernemingen'	6
C 'Traditionele aanbieders'	6
	20

Bron: NZa

4.2.2 Keuze structuur

De motivering voor een bepaalde organisatievorm is afhankelijk van strategische keuzes.

Conglomeraten

Deze zorgaanbieders maken deel uit van een groter verband: de holding. De holding verleent niet alleen extramurale AWBZ-zorg, maar is ook actief op de intramurale zorgmarkt en op diverse andere terreinen binnen de gezondheidszorg.

De redenen, die zorgaanbieders aanvoeren, om te kiezen voor deze structuur zijn:

— *spreiding risico's*

Zorgaanbieders kiezen om deel uit te maken van een holding om de ondernemersrisico's te spreiden. De holding brengt diverse zorgactiviteiten onder in aparte rechtspersonen. Mocht een aanbieder in een bepaald deel van de markt verliezen lijden, dan slaat dat niet terug op andere onderdelen van het bedrijf.

— *bedienen diverse deelmarkten*

Als meer zorgaanbieders, die opereren binnen dezelfde markt, deel uitmaken van de holding, verhoogt dat de kansen op de markt. De verschillende (gelieerde) zorgaanbieders kunnen zich elk op een eigen doelgroep richten, gebaseerd op verschillende strategieën. Zo kan het zijn dat de ene zorgaanbieder de gecontracteerde zorg volledig met eigen personeel uitvoert, terwijl een andere zorgaanbieder, die deel uitmaakt van dezelfde holding, de gecontracteerde zorg levert met behulp van zzp-ers.

— *realiseren van schaalvoordelen/delen overheadtaken*

Door fusies hopen zorgaanbieders schaalvoordelen en verbetering van efficiëntie te bereiken, onder meer door het delen van overheadkosten.

— *versterken dienstverlening/bevorderen innovatiekracht*

Om de cliënt beter van dienst te kunnen zijn, verbreden aanbieders hun dienstverlening. Onder één paraplu kunnen zij de zorg beter op elkaar worden afstemmen.

— *versterken positie ten opzichte van zorgkantoren en gemeenten*

Een grote organisatie, die zowel intra- als extramurale producten aanbiedt, neemt een sterke positie in bij de onderhandelingen met zorgkantoren en gemeenten.

De geïnterviewde zorgaanbieders hebben hun keuze voor de organisatie-structuur onderbouwd.

Een aantal holdings geeft daarbij aan te streven naar een zo eenvoudig mogelijke structuur. Dit betekende dat zij rechtspersonen verkocht of geliquideerd hebben. Maar door nieuwe wet- en regelgeving, bijvoorbeeld inwerkingtreding WMO, zijn zij genoodzaakt nieuwe rechtspersonen op te richten.

Tevens wil een groeiend aantal zorgaanbieders, vooral de holdings, landelijk opereren. Omdat een zorgkantoor alleen productieafspraken kan maken met een zorgaanbieder die gevestigd is in het werkgebied van het zorgkantoor, betekent dat per zorgkantorregio de aanbieder met een (toegelaten) zorgaanbieder vertegenwoordigd moet zijn. Hiervoor worden soms nieuwe rechtspersonen opgericht.

Nieuwe ondernemingen

De stichtingsvorm is van oudsher de rechtsvorm voor thuiszorgaanbieders. In toenemende mate komen andere rechtsvormen, zoals BV's, NV's, VOF's en eenmanszaken, in de zorg voor.

Het is op dit moment, als hoofdregel, in de WTZi niet toegestaan winst uit te keren wanneer de vergoeding via de bouwvergunning loopt. Alleen instellingen die buiten de reikwijdte van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) vielen en al winst mochten uitkeren, mogen dit

blijven doen. Dit betreft de thuiszorgaanbieders, maar bijvoorbeeld ook de kraamzorginstellingen. Aan deze winstuitkering zijn geen nadere voorwaarden verbonden. Dit viel immers buiten het bereik van de overheidssturing bij de toelating en de bouw.

Onder de WTZi is winstoogmerk voor nieuwe aanbieders die de functies persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling zonder verblijf of als kleinschalige woonvoorziening aanbieden, toegestaan.

Met de WTZi kunnen voor aanbieders die intramurale zorg leveren de mogelijkheden om een winstoogmerk te hebben stapsgewijs worden verruimd. Over de verruiming van deze mogelijkheden zal te zijner tijd door het kabinet besloten moeten worden. Doordat wijzigingen van het Uitvoeringsbesluit WTZi aan de Eerste en Tweede Kamer voorgelegd moeten worden via een zogenaamde voorhangprocedure wordt ook het parlement bij een besluit tot verruiming van de winstmogelijkheden betrokken.

In twee (van de zes geïnterviewde) gevallen is sprake van een bijzondere situatie. De toegelaten thuiszorgaanbieder is in feite leeg. Alle gecontracteerde zorg wordt geheel uitbesteed aan een 100% dochter (BV of CV).

In het ene geval is een reden dat vermogensverschaffers, als voorwaarde om risicodragend kapitaal in de zorgaanbieder te investeren, stellen dat de zorgaanbieder een vennootschap moet zijn.

In het andere geval is een reden dat het mogelijk moet zijn een samenwerkingsverband met een andere toegelaten zorgaanbieder aan te gaan, waarbij de één als beherend vennoot en de andere als stille vennoot optreedt.

Traditionele aanbieders

De traditionele zorgaanbieders zijn veelal de van oudsher klassieke thuiszorgaanbieders, die vrijwel uitsluitend actief zijn op het terrein van thuiszorg. Deze aanbieders hebben in het algemeen nog de klassieke organisatievorm: de stichting.

Dat betekent niet dat deze zorgaanbieders de structuur nimmer hebben aangepast. De eigen resultaatverantwoordelijkheid is ook bij de traditionele zorgaanbieder ingevoerd. Ook het scheiden van de verschillende financieringsbronnen (AWBZ, WMO, Zvw/PGB) heeft geleid tot aanpassing van de organisatiestructuur, door introductie van resultaatverantwoordelijke eenheden.

Conclusie

Zorgaanbieders hebben hun keuze voor de organisatiestructuur onderbouwd. De organisatiestructuren worden complexer, onder meer vanwege nieuwe wet- en regelgeving, zoals de inwerkingtreding van de WMO, de wens van aanbieders om landelijk te opereren en het aantrekken van risicodragend kapitaal.

4.2.3 Belangenverstrengeling

De kans dat risico's, ten aanzien van belangenverstrengeling zich voordoen en dat AWBZ-gelden niet worden besteed aan doelen waarvoor deze bestemd zijn, verschilt per organisatie(vorm).

Conglomeraten

In het algemeen gaat het bij conglomeraten om redelijk tot zeer complexe structuren met een groot scala aan onderliggende rechtspersonen, minderheidsdeelnemingen, etc. Complexe structuren zijn vaak verweven met een groot netwerk met diverse relaties. Uit het onderzoek blijkt dat sommige holdings zeer zijn uitgedijd. Complexe structuren, vooral bij dienstverlening (en geldstromen) tussen gelieerde rechtspersonen, vergroot het risico van belangenverstremgeling en dat AWBZ-gelden niet worden besteed aan doelen waarvoor deze bestemd zijn.

Nieuwe ondernemingen

Als de directeur/aandeelhouder behalve de zeggenschap over de toegelaten zorgaanbieder ook de zeggenschap heeft over rechtspersonen die diensten aan de toegelaten aanbieder levert, is het risico van oneigenlijk gebruik van AWBZ-middelen door belangenverstremgeling relatief groot.

Uit het openbare bronnenonderzoek (en soms uit de interviews) is gebleken dat de directeur/aandeelhouder van de toegelaten zorgaanbieder bij een aantal bij het onderzoek betrokken 'nieuwe ondernemingen' ook eigenaar/vennoot van gelieerde BV's en/of vof's is. De gelieerde rechtspersonen houden zich onder meer bezig met branchevreemde activiteiten, zoals financiële diensten (administraties), opleiding en organisatieadviezen. Hierbij is ook sprake van het leveren van diensten aan de AWBZ toegelaten zorgaanbieder. De kosten voor deze dienstverlening worden of rechtstreeks in rekening gebracht of via verdeelsleutels doorberekend.

Voorts bestaat de figuur dat één persoon directeur/aandeelhouder is van de toegelaten thuiszorgaanbieder en directeur/aandeelhouder is van de zorgleverende aanbieder waaraan de toegelaten aanbieder de gecontracteerde zorg heeft uitbesteed. Diezelfde persoon kan ook nog eens bestuurder zijn van de holding.

Om de hoofdelijke aansprakelijkheid van bestuurders te beperken, wordt er soms voor een structuur gekozen waarbij de directeur via een Beheer BV de (thuiszorg)organisatie aanstuurt. De bestuurders zijn dan niet op persoonlijke titel aangesteld.

Hiermee moet rekening worden gehouden bij het bepalen van de taken en bevoegdheden van een (aan te stellen) intern toezichthoudend orgaan.

Traditionele aanbieders

De relatief eenvoudige organisatiestructuur van de traditionele aanbieders brengt met zich dat het risico van belangenverstremgeling en het risico dat AWBZ-gelden niet worden besteed aan doelen waarvoor deze bestemd zijn (ook bij uitbesteden van zorg) gering is.

Uit het openbare bronnenonderzoek is gebleken dat er relaties tussen zorgaanbieders bestaan, ook met aanbieders waaraan zorg is uitbesteed.

Conclusie

Een aantal thuiszorgaanbieders is gelieerd met rechtspersonen die zich bezighouden met branchevreemde activiteiten. Daarbij is ook sprake van het leveren van diensten aan de AWBZ toegelaten zorgaanbieder. Vanwege het ontbreken van een helder kader is het beoordelen van de daarbij gehanteerde doorberekeningsleutels vrijwel onmogelijk.

Het onderzoek heeft niet aangetoond dat er zodanige relaties tussen zorgaanbieders bestaan dat hierdoor de marktwerking stagneert, wel dat er relaties bestaan die een risico van belangenverstremming in zich heeft.

In het onderzoek is niet vastgesteld dat bij de onderzochte zorgaanbieders AWBZ-gelden onjuist zijn aangewend.

4.3 Resumé

In de markt voor extramurale AWBZ-zorg zijn diverse typen zorgaanbieders te onderscheiden. De aanbieder die binnen holdingverband opereert, de nieuwe toetreders (vaak met een winstoogmerk) en de traditionele zorgaanbieders (zonder winstoogmerk). De voorheen gebruikelijke rechtspersoon (de stichting) maakt in toenemende mate plaats voor rechtspersonen met een winstoogmerk. Het risico van oneigenlijk gebruik of ondoelmatige besteding van AWBZ-middelen verschilt per organisatie(vorm).

Uit het openbare bronnenonderzoek is gebleken dat er relaties tussen zorgaanbieders bestaan, soms ook tussen toegelaten aanbieders en niet toegelaten aanbieders waaraan zorg is uitbesteed. Deze gevallen hebben een risico van belangenverstremming in zich.

Uit het onderzoek is voorts gebleken dat een aantal zorgaanbieders gelieerd is met rechtspersonen die zich bezighouden met branchevreemde activiteiten. Hierbij is ook sprake van het leveren van diensten aan de AWBZ toegelaten zorgaanbieder. De kosten voor deze dienstverlening worden of rechtstreeks in rekening gebracht of via verdeelsleutels doorberekend.

In het onderzoek is niet vastgesteld dat bij de onderzochte zorgaanbieders AWBZ-gelden onjuist zijn aangewend.

5. Bevindingen uitbestedingsconstructies

5.1 Algemeen

Een zorgaanbieder kan besparen op de personele kosten door personeel niet in loondienst te nemen. De aanbieder hoeft zich dan niet in alle gevallen aan CAO-regels en -vergoedingen te houden en bij te dragen aan pensioenopbouw. Bovendien kan iemand die niet in loondienst is geen aanspraak maken op doorbetaling van loon bij ziekte of arbeidsongeschiktheid en als er geen werk is dan zijn er ook geen loonkosten. Hiervoor bestaan diverse mogelijkheden, te weten:

- door gebruik te maken van oproepkrachten. Daar zijn echter wel beperkingen aan verbonden door de zogenaamde flexwet. Iemand die langer dan enkele weken regelmatig voor de werkgever arbeid verricht, kan aanspraak maken op een vast dienstverband.
- inhuur van uitzendkrachten bij een gelieerd (intern) uitzendbureau binnen het eigen concern. Het voordeel hierbij is dat er geen btw-plicht is en dat de winst bij consolidatie binnen het concern blijft.
- zorg uitbesteden aan freelancers: de zzp-ers. De zzp-ers zijn goedkoper en flexibeler dan werknemers met een vast dienstverband.
- inschakeling van bemiddelingsbureaus. Dit bureau maakt gebruik van goedkopere arbeidskrachten, bijvoorbeeld zzp-ers, die het voordeel (wel of niet) teruggeven aan de gecontracteerde zorgaanbieder.
- inhuur van uitzendkrachten bij een extern uitzendbureau. Nadeel is dat uitzendkrachten duurder zijn en dat daarover btw betaald moet worden. De btw is niet verrekenbaar in de zorg.
- tot slot kan een zorgaanbieder ook de gecontracteerde zorg verkopen/doorschrijven aan een andere toegelaten zorgaanbieder.

5.2 Redenen van uitbesteding

Zorgaanbieders maken gebruik van uitbesteding omdat er voor hen belangrijke voordelen aan zijn verbonden.

In het kader van dit onderzoek hebben de geïnterviewden zowel als de geënquêteerde zorgaanbieders de volgende redenen genoemd:

- opvang van onderbezetting tijdens de vakantieperiode en bij hoog ziekteverzuim;
- uit bedrijfseconomische overwegingen gewenste flexibiliteit van een deel van de uitvoeringskosten (opvang grote schommelingen);
- ondervangen van onvoldoende eigen deskundigheid;
- reservering van toekomstige groeimogelijkheden;
- behoud van de productieafspraken (bij onderbesteding);
- goedkope manier van bedrijfsvoering.

Een belangrijk voordeel voor een zorgaanbieder is dat bij uitbesteding geen inproductiviteit is ingebouwd. De zorgverlener die de zorg uiteindelijk verleent, krijgt alleen betaald voor de feitelijk geleverde zorguren (reistijd en dergelijke worden niet vergoed).

5.3 ZZP-constructie

Een vorm van uitbesteding die de laatste tijd bijzondere aandacht heeft, is de zzp-constructie.

Een zzp-er heeft, met uitzondering van wat contractueel is overeengekomen, rechten noch plichten ten opzichte van zijn opdrachtgever. Daardoor kan de zzp-er eisen stellen aan de werktijden, de reistijden en voor welke soort cliënten hij wil werken. Daartegenover staat dat hij geen pensioen via de werkgever kan opbouwen en geen gebruik kan maken van de sociale wetgeving.

Individuele hulpverleners stellen zich als ondernemer beschikbaar voor het leveren van diensten. Om gebruik te kunnen maken van de fiscale voordelen die verbonden zijn aan de zzp-constructie, moet er wel sprake zijn van meer opdrachtgevers.

In de praktijk richten zorgaanbieders hiertoe bijvoorbeeld gezamenlijk een dochterbedrijf op en schakelen zij gezamenlijk afwisselend de hieraan verbonden zzp-ers bij de hulpverlening in.

Een andere voorkomende praktijk is zich op te stellen als bemiddelingsbureau. De zorgaanbieder is dan geen leverancier van zorg meer, maar alleen een administratiekantoor dat wel met het zorgkantoor een contract afsluit voor de levering van zorg aan de cliënten, maar de feitelijke zorgverlening uitbesteedt aan zzp-ers.

De levering van zorg door zzp-ers verhindert niet dat de aanbieder in principe nog steeds goede controle kan houden op de uitvoering door middel van een kwaliteitssysteem, opleidingseisen etc.

Niet alleen zorgaanbieders hebben baat bij uitbesteding. Ook voor individuele zorgverleners die een partner hebben die in loondienst werkt, is zo'n eigen onderneming aantrekkelijk. Pensioenopbouw en sociale verzekeringen zijn via de partner geregeld en zij kunnen gebruik maken van een aantal fiscale ondernemersregelingen.

Bovendien – en dat is misschien wel de belangrijkste reden – zijn zij vrij om te bepalen wanneer zij willen werken en voor welke (type) patiënt zij willen worden ingezet. Het is daarbij mogelijk dat de zorgverleners naar eigen inzicht hun diensten voor zorgverlening bepalen. Anders dan in de CAO is bepaald, zijn bijvoorbeeld gebroken diensten mogelijk.

De zzp-constructies zijn niet zonder fiscaal risico. De mogelijkheid bestaat dat de belastingdienst in de toekomst strengere eisen aan zzp-constructies gaat stellen.

5.4 Uitbestedingsconstructies

De thuiszorgaanbieders uit alle categorieën maken op de een of andere manier gebruik van niet-eigen personeel. De mate waarin en de verschijningsvorm verschilt echter sterk.

In deze paragraaf worden drie hoofdvarianten beschreven. Elke hoofdvariant kan bestaan uit verschillende deelvarianten.

In onderstaand schema is aangegeven hoe de beschreven varianten over de verschillende organisatievormen zijn verdeeld.

Tabel 6: onderverdeling van geïnterviewde aanbieders naar wijze van uitvoering

	Conglomeraten	Nieuwe ondernemingen	Traditionele aanbieders
1 Eigen personeel			
Variant 1a: eigen personeel	5	1	5
Variant 1b: volle dochter		2	
2 Uitbesteding			
Variant 2a: via derden		2	
Variant 2b: via zzp-ers	1	1	
3 Gelieerde uitzendbureaus			
Variant 3a: onderdeel van het concern	2		1
Totale omzet 2005	€ 574 mio	€ 81 mio	€ 283 mio

Bron: NZa

5.4.1 Hoofdvariant 1: uitvoering met eigen personeel***Variant 1a: uitvoering met eigen personeel***

De zorgaanbieders die van deze variant gebruik maken, verlenen de gecontracteerde zorg vrijwel geheel, meer dan 80%, met eigen personeel. Als zij al zorg uitbesteden, dan schakelen zij hiervoor vaak een extern uitzendbureau in. Maar voor een heel beperkt deel maken zij gebruik van andere (toegelaten) zorgaanbieders of bemiddelingsbureaus (zzp-ers).

Ook het merendeel van de geënquêteerde thuiszorgaanbieders geeft aan voor de uitbesteding van hulpverlening gebruik te maken van uitzendbureaus of andere toegelaten zorgaanbieders.

Een aantal zorgaanbieders heeft aangegeven dat het in bijzondere omstandigheden beperkt gebruik maakt van een interne flexpool. Het gaat hierbij onder meer om zogenaamde 0-urencontracten.

Variant 1b: uitvoering met eigen personeel van een 100% gelieerde rechtspersoon

Het gaat hier om een bijzondere situatie. De aanbieder, die beschikt over een toelating, is in feite leeg en heeft geen personeel. Het personeel is in dienst van de gelieerde rechtspersoon, een BV of CV. Het zorgkantoor koopt de AWBZ-zorg in bij de stichting en de uitvoering daarvan wordt volledig verzorgd met personeel van de BV. Het tarief dat de stichting ontvangt van het CAK-BZ wordt volledig dan wel grotendeels doorgegeven aan de BV. Met als gevolg dat de eventuele marge tussen het 'tarief' en de werkelijke kosten bij de BV/CV blijft.

Praktisch gezien is er geen sprake van uitbesteding van AWBZ-zorg: de stichting en de BV vormen feitelijk een economisch geheel. Daarentegen kan ook in juridische zin gesteld worden dat 100% van de gecontracteerde zorg wordt uitbesteed.

5.4.2 Hoofdvariant 2: uitbesteding van gecontracteerde zorg***Variant 2a: uitbesteding via tussenkomst zelfstandige derden (steunpunten of contractpartners)***

Situatie 1 (steunpunten)

De toegelaten thuiszorgaanbieder maakt gebruik van zelfstandige ondernemers via door heel Nederland gevestigde steunpunten. Elk steunpunt is verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg in de regio. De steunpunten bepalen zelf de rechtsvorm; dat kan een stichting, een BV maar ook een vof zijn.

De toegelaten thuiszorgaanbieder maakt de productieafspraken met het zorgkantoor en borgt de kwaliteit van de zorgverlening.

De wijze waarop het steunpunt de zorg regelt, behoort tot de verantwoordelijkheid van het steunpunt zelf. De toegelaten zorgaanbieder kent vaste tarieven, afhankelijk van deskundigheid en ervaring, die rechtstreeks aan de hulpverleners worden betaald. Deze tarieven vormen een afgeleide van de maximumtarieven. De steunpunten ontvangen een vaste bemiddelingsvergoeding per zorguur.

De belastingdienst en UWV hebben onderzoek ingesteld. Er bestaat een verschil van inzicht over de verplichting tot inhouding van loonbelasting door de toegelaten aanbieder. Een gevolg hiervan zal zijn dat marges neerwaarts worden bijgesteld, maar hierdoor hoeft de continuïteit van de zorgaanbieder niet in gevaar te komen.

Situatie 2 (contractpartners)

Deze situatie is vergelijkbaar met situatie 1. De toegelaten thuiszorgaanbieder maakt de productieafspraken met het zorgkantoor, verzorgt de 'overheadactiviteiten', en borgt de kwaliteit van de zorgverlening. De zorg wordt verleend door gecontracteerde zorgaanbieders. Deze hebben in het algemeen geen eigen toelating.

De thuiszorgaanbieder maakt prijsafspraken met contractpartners. De tarieven, die afgeleid zijn van de maximumtarieven, variëren afhankelijk van het volume.

De wijze waarop de gecontracteerde (niet toegelaten) zorgaanbieder de zorg regelt, behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgleverende aanbieder. Ook het wel of niet volgen van de CAO thuiszorg is een verantwoordelijkheid van de zorgleverende aanbieder. De thuiszorgaanbieder heeft geen inzicht in de kostenstructuur bij de gecontracteerde zorgaanbieders.

In deze twee situaties doet zich het risico voor dat zorgaanbieders, die niet aan de minimale kwaliteitsstandaarden voldoen, toch AWBZ-zorg leveren. De toegelaten (gecertificeerde) zorgaanbieders hebben aangegeven dat zij veel aandacht besteden aan de kwaliteit van de zorglevering.

Variant 2b: Uitbesteding rechtstreeks aan zzp-ers

Eén van de twintig geïnterviewde zorgaanbieders, die deel uitmaakt van een holding, besteedt het merendeel van de gecontracteerde zorg uit aan derden. Deze aanbieder is pas later deel gaan uitmaken van een holding, en kon daarvoor als nieuwe onderneming worden getypeerd.

De andere geïnterviewde toegelaten thuiszorgaanbieder houdt zich uitsluitend bezig met bemiddeling en is in feite een bemiddelingsbureau. Deze aanbieder heeft geen hulpverlenend personeel in loondienst. Hij zet de gecontracteerde uren weg bij zzp-ers. De zorgaanbieder wil zelf geen arbeidsrelatie hebben met de hulpverleners en heeft ook geen overeenkomst met de zzp-ers gesloten.

De thuiszorgaanbieder heeft per zzp-er inzicht in de kwalificaties waarover een zzp-er beschikt en zorgt voor de randvoorwaarden ten aanzien van de kwaliteit van de zorglevering. Dit zijn:

- aanbieden scholingsfaciliteiten (niet verplicht)
- alleen gebruik te maken van zzp-ers die voldoen van basiskwaliteits-eisen
- een klachtenprocedure (via de brancheorganisatie)
- klanttevredenheidsonderzoek
- zorgverlenersonderzoek

5.4.3 Hoofdvariant 3: intern uitzendbureau

Variant 3a: inhuur bij een uitzendbureau/flexbureau dat deel uitmaakt van het concern

Deze zorgaanbieders zeggen zo weinig mogelijk gebruik te maken van bemiddelingsbureaus (zzp-ers) en reguliere uitzendbureaus, omdat zij over deze kosten 19% btw moeten afdragen. Deze zorgaanbieders hebben daarom of een eigen uitzendbureau opgezet. Daarin hebben zij een meerderheidsbelang en hanteren zij reguliere uitzendtarieven. Een andere mogelijkheid is dat zij een intern flexbureau opzetten met flexibel inzetbare werknemers met een zogenaamd minimum/maximum contract.

5.5 Uitbesteding extramurale AWBZ-zorg

5.5.1 Uitbestede taken

Zorgaanbieders kunnen besluiten alle taken open te stellen voor uitbesteden, maar zij kunnen ook kiezen om alleen een deel van de taken uit te besteden.

Uit het onderzoek komt naar voren dat zorgaanbieders voor alle gecontracteerde taken, gebruik maken van uitbesteding, inclusief inzet van uitzendkrachten. Echter de mate waarin zij bepaalde taken met eigen dan wel met niet-eigen personeel uitvoeren verschilt.

Tabel 7: uitbestede productieafspraken

	Totale productieafspraken 2005 (x 1 mio uren)	Percentage uitbestede productie 2005*)	Uitbestede productieafspraken (x 1 mio uren)
Huishoudelijke verzorging	50,8	9%	4,6
Persoonlijke verzorging	24,0	10%	2,4
Verpleging	13,4	10%	1,3
Ondersteunende begeleiding	5,5	20%	1,1
Activerende begeleiding	1,2	3%	0,04
Totaal	94,9	10%	9,5

Bron: NZa

*) Deze percentages zijn gebaseerd op de uitkomsten van de enquête.

5.5.2 Met behulp van zzp-ers gerealiseerde marges

De marges, het verschil tussen de aankoopprijs van uitbestede zorg en door het zorgkantoor overeengekomen tarief, die zorgaanbieders realiseren, zijn onder meer afhankelijk van de uitbestedingsvorm. Als een zorgaanbieder gebruik maakt van een extern uitzendbureau is de uurprijs (inclusief btw) voor de zorgaanbieder niet lager dan in een reguliere situatie. De winstmarge en de verschuldigde btw van het uitzendbureau doen eventuele financiële voordelen te niet. De overheadkosten voor de zorgaanbieder (administratie, automatisering et cetera) verminderen niet, of zo weinig dat hij hier geen voordeel mee bereikt.

Ook als een zorgaanbieder een andere toegelaten zorgaanbieder inschakelt, omdat hij de gecontracteerde zorg vanwege capaciteitsgebrek niet zelf kan leveren, levert dit in het algemeen geen positieve marge op. Bij inschakeling van een intern uitzendbureau bespaart de zorgaanbieder op de kosten van uitzendkrachten: over de kosten van interne uitzendkrachten hoeft bijvoorbeeld geen btw betaald te worden. Hoewel de zorgaanbieders bij inschakeling van een intern uitzendbureau voordeliger uit zijn dan bij een extern uitzendbureau, is het relatieve volume en de hiermee gemoeide besparing (nog) beperkt.

Zorgaanbieders hebben wel (indirect) financieel voordeel bij het inzetten van zzp-ers of van een bemiddelingsbureau, die vervolgens gebruik maakt van zzp-ers. Een belangrijk verschil tussen iemand in loondienst voor een vast aantal uren en een zzp-er of oproepkracht is de productiviteit per (te betalen) uur. Bijvoorbeeld doorbetaling bij arbeidsongeschiktheid, beperking van aantal uren inzetbaarheid en allerlei andere arbeidskosten verhogende factoren spelen bij een oproepkracht of zzp-er geen rol.

Onderstaande tabel geeft inzicht in de wijze waarop de marges (per uur) bij inzet van zzp-ers zijn benaderd.

Tabel 8: marges bij inzet zzp-ers

	Tarieven 2005 *	Indicatie Tarief zzp-ers **	Overheadkosten zorgaanbieder	Marges (afgerond)
	€	€	€	€
Huishoudelijke verzorging	25,80	17 - 20	4,60	2,50
Persoonlijke verzorging	38,30	21 - 28	6,10	7,50
Verpleging	58,20	26 - 36	7,80	19,50
Ondersteunende begeleiding	43,30	25 - 33	7,30	7,00
Activerende begeleiding	44,50	25 - 33	7,30	8,00

Bron: NZa

* Maximumtarief met daarop de in 2005 bedongen gemiddelde prijskorting van 2% in mindering gebracht.

** Deze indicatie heeft betrekking op onafhankelijk functionerende bemiddelingsbureaus.

Voor de tarieven voor zzp-ers moet een voorbehoud worden gemaakt. Deze tarieven zijn gebaseerd op een beperkt aantal interviews. Het zijn gemiddelden van door toegelaten thuiszorgaanbieders te betalen tarieven aan bemiddelingsbureaus.¹¹ Een rechtstreekse relatie tussen een toegelaten zorgaanbieder en een zzp-er komt in de praktijk niet veel voor, omdat zij om fiscale redenen een arbeidsrelatie vermijden. Tevens verschillen de tarieven, afhankelijk van bepaalde toeslagen, specifieke disciplines en regio.

Ook is rekening gehouden met de overheadkosten die de thuiszorgaanbieder ook bij uitbesteding aan zzp-ers moet maken (administratie, automatisering, huisvesting et cetera). Bij de berekening van de marge is uitgegaan van een toeslag voor overheadkosten van 25%.¹²

Enkele thuiszorgaanbieders, met name 'nieuwe ondernemingen', kunnen behoorlijke marges realiseren door zzp-ers in te zetten in plaats van de gecontracteerde zorg uit te voeren met eigen personeel. Het staat de aanbieder vrij dit te doen.

5.5.3 Kwantificering

De omzet door zzp-ers geleverde thuiszorg wordt globaal geschat op 2 á 3%. Deze schatting is gebaseerd op de volgende informatie:

- van de 20 geïnterviewde thuiszorgaanbieders maken er vier zorgaanbieders in 2005 substantieel gebruik van zzp-ers dan wel besteden de zorg uit aan zorgaanbieders die mogelijk gebruik maken van zzp-ers;¹³
- in totaliteit is de omzet van deze vorm van uitbesteding bij deze vier zorgaanbieders 1,9% van het totaal van de productieafspraken over 2005 van alle thuiszorgaanbieders;¹⁴
- de geïnterviewde zorgaanbieders zijn geselecteerd op basis van omzetgegevens (de grootste zorgaanbieders zijn geselecteerd) en op basis van signalen over mogelijke inzet van zzp-ers;
- van de 70 thuiszorgaanbieders die het enquêteformulier hebben ingevuld, dit is 72% van de verzonden formulieren, geven nagenoeg alle zorgaanbieders aan geen gebruik te maken van zzp-ers, dan wel op zeer beperkte schaal.

Dat betekent dat de omzet van zzp-constructies minimaal circa 2% van de totale omzet van thuiszorg bedraagt. Vanwege het feit dat de zorgaanbieders mede geselecteerd zijn op signalen en dat uit de enquête geen grootgebruikers zijn waargenomen, rechtvaardigt de schatting dat zzp-ers circa 2 á 3% van de omzet in de thuiszorg leveren.

In totaal is er voor 2005 95 miljoen uur thuiszorg gecontracteerd. Ervan uitgaande dat zzp-ers 2 á 3% daarvan verzorgen, betekent dat zzp-ers tussen 1,9 en 2,85 miljoen uren AWBZ-geïndiceerde thuiszorg leveren. In paragraaf 5.5.2 is berekend dat de thuiszorgaanbieders bij de inzet van zzp-ers een marge kunnen realiseren van ongeveer € 6,75.¹⁵ Dit betekent dat hiermee in 2005 globaal een voordeel tussen afgerond € 13 en € 19 miljoen is gemoeid. Exclusief huishoudelijke verzorging is dit voordeel tussen € 9 en € 14 miljoen.

¹¹ De bedragen die een zzp-er per uur ontvangt, zijn lager. De hoogte varieert per situatie. Het verschil heeft betrekking op de zogenoemde bemiddelingskosten.

¹² De reguliere component overhead bedraagt 32,88% van de beleidswaarde.

¹³ De overige geïnterviewde zorgaanbieders maken vrijwel geen gebruik van zzp-ers.

¹⁴ Uitgedrukt als percentage van de omzet van de twintig geïnterviewde zorgaanbieders is dit circa 7,5.

¹⁵ Gewogen gemiddelde marge 2005 (gebaseerd op tabel 7: Uitbestede productieafspraken).

5.5.4 Onderzoek introductie adviestarief zzp-ers

De NZa heeft, vooruitlopend op de uitkomsten van het onderhavige onderzoek, de mogelijkheid onderzocht van het introduceren van een afzonderlijk tarief voor extramurale zorg die via uitbesteding is geleverd. De reden hiervoor was dat er signalen waren dat er, bij uitbesteding van zorgtaken, hogere tarieven worden overeengekomen dan verwacht mocht worden.¹⁶

Dit heeft geleid tot een verkenning naar de mogelijkheden om zorgkantoren in de onderhandelingen met de zorgaanbieders te ondersteunen door twee tarieven voor dezelfde prestatie vast te stellen, het ene voor de reguliere zorgverlener, het andere (lagere tarief) voor de inschakeling van zzp-ers.

Van invoering van een adviestarief voor zzp-ers is vooralsnog afgezien. Hiervoor is een aantal redenen aan te voeren:

- in de huidige systematiek is het al mogelijk om lagere tarieven dan de maximum beleidsregelwaarden af te spreken;
- de omvang van de zorg geleverd door onderaanneming door een zzp-er is relatief beperkt;
- door aangescherpte NZa-regelgeving krijgen AWBZ-verzekeraars meer inzicht in omvang en gebruik van uitbesteding van AWBZ-zorg, waardoor zij beter in staat zijn scherp te onderhandelen over de tarieven bij inzet van zzp-ers;
- het invoeren van afzonderlijk zzp-tarief is (juridisch) niet eenvoudig te effectueren en leidt tot grotere administratieve lasten.

Uit het onderzoek blijkt dat zorgkantoren zich steeds meer inspinnen voor het bereiken van prijsvoordelen. Diverse concessiehouders hebben in het zorginkoopbeleid 2007 bepalingen opgenomen die betrekking hebben op uitbesteding van AWBZ-zorg. Twee concessiehouders hebben daaraan ook financiële consequenties verbonden.

5.6 Resumé

De belangrijkste reden voor uitbesteding is het bevorderen van flexibiliteit van de arbeidsfactor. Maar een zorgaanbieder kan ook besparen op de personele kosten door personeel niet in loondienst te nemen. De aanbieder hoeft zich dan niet aan CAO regels en vergoedingen te houden. Bovendien kan iemand die niet in loondienst is, geen aanspraak maken op doorbetaling van loon bij ziekte of arbeidsongeschiktheid en als er geen werk is dan zijn er ook geen loonkosten. De zzp-constructie is niet zonder fiscaal risico.

De mate waarin en de wijze waarop uitbesteding is vormgegeven is in sterke mate afhankelijk van de organisatievorm van de zorgaanbieder. Het inzetten van zzp-ers komt met name voor bij de 'nieuwe ondernemingen'. Slechts één van de geïnterviewde zorgaanbieders, die deel uitmaakt van een holding, besteedt het merendeel van de gecontracteerde zorg uit aan derden. Deze aanbieder is pas later deel gaan uitmaken van een holding, en kon daarvoor als nieuwe onderneming worden getypeerd.

¹⁶ Zie ook het Achmea rapport 'Vooronderzoek Thuiszorgproblematiek'.

Bij twee geïnterviewde zorgaanbieders bestaat het risico dat uitbesteding ertoe leidt dat zorgaanbieders, die niet aan de minimale kwaliteitsstandaarden voldoen, toch AWBZ-zorg leveren. Deze, zelf wel toegelaten, zorgaanbieders hebben aangegeven dat zij veel aandacht besteden aan de kwaliteit van de uitbestede zorglevering.

Als een zorgaanbieder gebruik maakt van een extern uitzendbureau is de uurprijs voor de zorgaanbieder niet lager dan in een reguliere situatie. Als een zorgaanbieder een andere toegelaten zorgaanbieder inschakelt, omdat hij de gecontracteerde zorg vanwege capaciteitsgebrek niet zelf kan leveren, levert dit in het algemeen geen positieve marge op. Hoewel de zorgaanbieders bij inschakeling van een intern uitzendbureau voordeliger uit is dan bij een extern uitzendbureau, is het relatieve volume en de hiermee gemoeide besparing nog beperkt.

De NZa schat dat zzp-ers circa 2 á 3% van de omzet van thuiszorg leveren. In 2005 is de hiermee gemoeide globaal geschatte marge tussen € 13 en € 19 miljoen. Exclusief huishoudelijke verzorging is dit voordeel tussen € 9 en € 14 miljoen.

6. Realisatie onderzoeksdoelstellingen

6.1 Inzicht organisatiestructuren en relaties zorgaanbieders

De verschillende aanbieders vertonen qua omzetgrootte een grote diversiteit. Een beperkt aantal thuiszorgaanbieders, 9% van de circa 900 extramurale zorgaanbieders, levert circa 74% van de totale thuiszorg-omzet (circa € 2,7 van € 3,7 miljard).

Met de versoepeling van het toelatingssysteem voor zorgaanbieders in de gezondheidszorg is het aantal aanbieders toegenomen. De rechts-persoonvorm van de nieuwe toetreders is in de meeste gevallen een besloten vennootschap. Inmiddels zijn zeer grote organisaties ontstaan. Bestaande thuiszorgaanbieders zijn gefuseerd of hebben andere aanbieders, al of niet in de thuiszorgmarkt, overgenomen. In de markt voor extramurale AWBZ-zorg zijn diverse typen zorgaanbieders te onderscheiden: de aanbieder die in holdingverband opereert, de nieuwe toetreders, vaak met een winstoogmerk, en de traditionele zorgaanbieders zonder winstoogmerk.

Tijdens het onderzoek is geconstateerd dat er diverse vormen van relaties tussen toegelaten thuiszorgaanbieders onderling en/of tussen toegelaten aanbieders en andere rechtspersonen bestaan. Geconstateerd is dat een aantal thuiszorgaanbieders gelieerd is aan rechtspersonen die zich bezighouden met branchevreemde activiteiten. Daarbij is ook sprake van het leveren van diensten aan de AWBZ toegelaten zorgaanbieder. De kosten voor deze dienstverlening worden of rechtstreeks in rekening gebracht of via verdeelsleutels doorberekend. Er bestaat echter geen helder (wettelijk) kader om de kosten te beoordelen. Het onderzoek heeft niet aangetoond dat er zodanige relaties tussen zorgaanbieders bestaan dat hierdoor de marktwerking stagneert, wel dat er relaties bestaan die een risico van belangenverstremming in zich hebben. Zie risico 1, paragraaf 1.1.

6.2 Inzicht uitbestedingsconstructies

Tijdens het onderzoek is geconstateerd dat er diverse verschijningsvormen van uitbesteding bestaan:

- (a) uitvoering van zorgtaken door zzp-ers (via gecontracteerde derden);
- (b) uitvoering van zorgtaken door zzp-ers (rechtstreeks);
- (c) uitvoering van zorgtaken via interne uitzendbureaus;
- (d) uitvoering van zorgtaken via externe uitzendbureaus;
- (e) uitvoering van zorgtaken via gecontracteerde zorgaanbieders.

De belangrijkste redenen voor uitbesteding door toegelaten zorgaanbieders zijn het bevorderen van flexibiliteit van de arbeidsfactor en het besparen op de personele kosten door personeel niet in loondienst te nemen. Door dit laatste kunnen aanbieders een grotere marge tussen kosten en vergoeding bereiken.

De mate waarin zij gebruik maken van *personeel niet in loondienst* verschilt per organisatie(vorm). Alle organisaties maken in meerdere of mindere mate gebruik van (interne) uitzendkrachten.

Als een zorgaanbieder gebruik maakt van een extern uitzendbureau is de kostprijs per uur niet lager dan bij inzet van eigen personeel. Hoewel de zorgaanbieders bij inschakeling van een intern uitzendbureau voordeliger uit is dan bij een extern uitzendbureau, is het relatieve volume en de hiermee gemoeide besparing nog beperkt.

Het uitbesteden van thuiszorg waarbij (indirect) gebruik wordt gemaakt van zzp-ers komt bij de traditionele thuiszorgaanbieders in zeer beperkte mate voor. Ook de zorgaanbieders die in holdingverband opereren, maken in beperkte mate gebruik gemaakt van zzp-ers. Na de versoepeling van de toelatingseisen heeft ook een (beperkt) aantal toetreders de thuiszorgmarkt betreden, die anders dan bij de traditionele aanbieders, geen of zeer beperkt gebruik maken van zorgverlenend personeel in loondienst.

De NZa schat dat zzp-ers in 2005 circa 2 á 3% van de omzet van thuiszorg leveren. Hiermee is een marge van (globaal geschat) tussen € 13 en € 19 miljoen gemoeid. Exclusief huishoudelijke verzorging is dit voordeel tussen € 9 en € 14 miljoen. Zie risico 2 paragraaf 1.1. Deze marge – met name bereikt bij de nieuwe toetreders - kan thans vrij worden aangewend. Deze marge zal naar verwachting na een transitieperiode verkleinen dan wel verdwijnen. Dit komt enerzijds door een verbetering in de kwaliteit van de onderhandelingen over de tarieven door de zorgkantoren en anderzijds door een sterkere concurrentie tussen de zorgaanbieders.

Het is uiteindelijk de consument die hiervan profiteert in de vorm van lagere premies of meer zorg voor dezelfde premie.

De toegelaten zorgaanbieder is en blijft ook bij uitbesteding verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Bij uitbesteding van zorgverlening bestaat het risico dat het voor het zorgkantoor niet transparant is wat de kwaliteit is van de geleverde zorg in relatie tot de kwaliteitseisen die het zorgkantoor bij de contractering heeft gesteld. Hoe langer de keten, hoe hoger het risico. Zie risico 3 paragraaf 1.1. De geïnterviewde zorgaanbieders geven evenwel aan dat zij veel aandacht besteden aan de kwaliteit van de zorglevering.

7. Uitkomsten onderzoek en vervolg

7.1 Uitkomsten onderzoek

Aanleiding en verzoek Staatssecretaris

In juni 2006 heeft Achmea het rapport 'Vooronderzoek Thuiszorg Problematiek' uitgebracht. Aanleiding voor dat onderzoek was de constatering dat de thuiszorgmarkt niet werkte zoals was verwacht. Twee signalen lagen ten grondslag aan die veronderstelling.

1. Ondanks het feit dat de thuiszorgmarkt opengesteld was voor nieuwe aanbieders, constateerde Achmea dat er geen lagere tarieven tot stand kwamen;
2. Ook het in aantal fors toegenomen zzp-ers leidde niet tot lagere tarieven.

Achmea heeft in het onderzoek geconstateerd dat op de thuiszorgmarkt een uitgebreid netwerk van rechtspersonen actief is. Partijen maken daarbij, veelal buiten het medeweten van het zorgkantoor, ook gebruik van het fenomeen doorcontractering. Aan het eind van de keten worden ook zzp-ers ingezet, die een aanmerkelijk lagere vergoeding krijgen dan het met het zorgkantoor overeengekomen tarief. De vraag is daarbij aan de orde is of de daarbij gerealiseerde marges heringezet worden voor AWBZ-doeleinden.

Achmea stuitte op een aantal ondoorzichtige juridische constructies. Voor het leveren van thuiszorg zijn complexe constructies niet per se noodzakelijk. De verwevenheid en invloed van sommige spelers (vestiging van verschillende BV's op hetzelfde adres en betrokkenheid van dezelfde natuurlijke personen) resulteert, volgens Achmea, in een concentratie van macht en de mogelijkheid tot oneerlijke concurrentie. De marktmacht uit zich enerzijds in de mogelijkheid om invloed uit te oefenen bij de prijsvorming en anderzijds om aan de thuiszorgmarkt gerelateerde markten te beïnvloeden, zoals scholing en bemiddeling. Wanneer de overeengekomen tarieven worden gerelateerd aan een integrale kostprijs wordt een groot verschil zichtbaar.

De gelieerdheid van verschillende BV's biedt, volgens Achmea, de mogelijkheid om AWBZ-middelen voor andere doelen aan te wenden, waarbij niet duidelijk is of deze doelen vallen binnen de grenzen van de AWBZ.

Hoewel Achmea geen fraude heeft vastgesteld, heeft het zorgkantoor aangegeven dat, bij doorcontractering met inzet van zzp-ers, risico wordt gelopen op het niet a priori aanwenden van AWBZ-middelen via thuiszorgaanbieders. Op basis van het vooronderzoek zou dit voordeel, volgens Achmea, variëren tussen € 66 en € 100 miljoen per jaar.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft, naar aanleiding van het Achmea-rapport, de NZa op 11 juli 2006 gevraagd aanvullend onderzoek uit te voeren en zonodig maatregelen te nemen.

Onderzoek NZa

De NZa heeft een onderzoek ingesteld naar relaties tussen zorgaanbieders en uitbesteding in de extramurale AWBZ-zorgmarkt. De doelstelling van het onderzoek is:

1. het in beeld brengen van de organisatiestructuren en relaties tussen zorgaanbieders van de belangrijkste thuiszorgaanbieders;
2. het verkrijgen van inzicht in hoe uitbesteding in de praktijk is vormgegeven (uitbestedingsconstructies en omvang).

De NZa heeft om de doelstelling van het onderzoek te bereiken de volgende veldpartijen bij het onderzoek betrokken:

- twintig zorgaanbieders; openbare bronnenonderzoek, analyse jaarrekeningen en jaarverslagen, interviews;
- circa honderd zorgaanbieders via een schriftelijke enquête;
- Gesprekken, samen met de medewerkers van de FIOD-ECD, met mensen uit de praktijk die zich bij de NZa hebben gemeld. Deze gesprekken gingen over diverse aspecten met betrekking tot het (dis)functioneren van de thuiszorgmarkt. Deze informatie is gebruikt bij het inrichten van het onderzoek.

Ook heeft de NZa het Achmea-rapport 'Vooronderzoek Thuiszorg Problematiek' aan de FIOD-ECD voorgelegd.

Op 16 november 2006 heeft de FIOD-ECD de NZa medegedeeld dat, op basis van een diepgaand vooronderzoek, het Achmea-rapport geen blijk geeft van tariefsovertredingen in het kader van de WTG. Om die reden is het inzetten van toezichtsmogelijkheden door de FIOD-ECD niet aan de orde. Evenmin biedt het rapport mogelijkheden tot het instellen van een strafrechtelijk onderzoek naar strafbare feiten. Het Functioneel Parket deelt deze conclusie.

Het onderzoek van de NZa heeft uitgewezen dat de zorgaanbieder, die in het onderzoek van de FIOD-ECD centraal heeft gestaan, de governance-code heeft aangescherpt overeenkomstig de zorgbrede code voor goed bestuur.

De NZa zal naar aanleiding van het jaardocument zorg 2006 van de betreffende thuiszorgaanbieder ontwikkelingen ten aanzien van het functioneren van de interne toezichthouder volgen.

Achmea heeft aangegeven dat bij doorcontractering met inzet van zzp-ers risico wordt gelopen op het niet a priori aanwenden van AWBZ-middelen voor de AWBZ. Achmea heeft hiermee gemoeide voordeel geschat op tussen € 66 en € 100 miljoen per jaar.

De NZa schat dit voordeel aanzienlijk lager in: tussen € 13 en € 19 miljoen. De NZa heeft inmiddels de zorgkantoren een instrument ter beschikking gesteld om inzicht te krijgen in de mate waarin gecontracteerde zorgaanbieders zorg uitbesteden. Hierdoor zijn zorgkantoren beter in staat om - als toegelaten zorgaanbieders gebruik maken van uitbesteding van zorg - lagere tarieven af te spreken.

Conclusie NZa

De NZa komt op basis van het onderzoek tot de volgende conclusies:
— *niet gebleken is dat er in de thuiszorg – in de huidige transitiefase - AWBZ-gelden structureel niet worden besteed aan doelen waarvoor deze bestemd zijn.*

In de thuiszorgmarkt is sprake van een transitiefase: het oude systeem met regulering verandert in een model met meer marktwerking. In het oude systeem werden vrijwel uitsluitend maximumtarieven afgesproken. In de huidige transitiefase komen partijen prijzen overeen die gemiddeld lager zijn dan het maximumtarief. Er kan echter nog veel verbeterd worden in de ordening van deze markt. Een meer fundamentele herziening zal naar verwachting leiden tot een betere prijs/kwaliteitverhouding.

Om - in de huidige transitiefase - de doelmatigheid van de kosten te kunnen beoordelen is een helder toetsingskader nodig. Voor onder andere het beoordelen van beloningen, doorbelasting van kosten ontbreekt vooralsnog een toetsingskader.¹⁷

— *wet- en regelgeving staan toe dat extramurale AWBZ-zorg wordt uitbesteed.*

Een aantal 'thuiszorgondernemers' maakt gebruik van de ruimte die wet- en regelgeving biedt, onder meer door versoepeling in de toelating, en richten hun productieproces in op een niet-traditionele wijze. Daardoor zijn zij in staat, door de zorgtaken uit te besteden, hogere marges te realiseren dan de 'klassieke' thuiszorgorganisaties met personeel in loondienst.

Dit heeft met name voor de grotere zorgaanbieders amper geleid tot lagere contractprijzen. Als redenen hiervoor zijn aan te voeren:

1. schaarste: iedere aanbieder is nodig om aan zorgplicht te voldoen;
2. marktmacht aanbieder: het zorgkantoor kan niet om de aanbieder heen;
3. gebrek aan inkooprikkels: het zorgkantoor wordt niet voldoende gestimuleerd om de meest doelmatige zorg in te kopen.

Zolang de kwaliteit van zorg geborgd is, is uitbesteding geen probleem als de hiermee gerealiseerde grotere doelmatigheid ook bijdraagt aan realisering van AWBZ-doelen.

— *good governance speelt een essentiële rol bij het beheersen van het risico dat AWBZ-gelden niet besteed worden aan doelen waarvoor deze bestemd zijn.*

De ruimte die bestaat voor oneigenlijk gebruik en ondoelmatige aanwending van AWBZ-middelen is het grootst bij de zorgaanbieders waar good governance nog niet afdoende is georganiseerd en bij nieuwe aanbieders die werken met relatief veel inhuur (vooral zzp-ers); een combinatie van beide wordt als 'risicovol' gekwalificeerd. In het onderzoek is niet vastgesteld dat bij de onderzochte zorgaanbieders AWBZ-gelden onjuist zijn aangewend.

— *thuiszorgaanbieders mogen winst maken.*

Onder de WTZi is winstoogmerk voor nieuwe aanbieders die de functies persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling zonder verblijf of als kleinschalige woonvoorziening aanbieden, toegestaan.

Thuiszorginstellingen, die buiten de reikwijdte van de WZV vielen en al winst mochten uitkeren, mogen dit blijven doen.

7.2 Vervolg

Maatregelen

In de monitor Extramurale zorg van juni 2006 pleitten het CTZ en CTG/ZAio voor een meer fundamentele herziening van de AWBZ-zorg. Ook de rapportages van de werkgroep Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO), de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en het College voor zorgverzekeringen (Cvz) concluderen dat de

¹⁷ Overigens is in een systeem met volledige marktwerking zo'n toetsingskader niet meer nodig, vraag en aanbod bepalen dan een marktconforme prijs.

huidige AWBZ-systematiek op de langere termijn niet houdbaar zal zijn.¹⁸

Kort gezegd kennen de zorgkantoren nog weinig stimulansen om de zorg doelmatig in te kopen en worden zorgaanbieders onvoldoende gestimuleerd om zorg te leveren tegen een optimale prijs/kwaliteit-verhouding. Er is geen evenwicht tussen de gekregen vrijheden en verantwoordelijkheden van de verschillende marktpartijen. De huidige systematiek bevat te weinig stimulansen die marktconforme tarieven moeten bewerkstelligen.

De NZa kiest er niet voor om voor te stellen de huidige tekortkomingen te dichten met nieuwe aanvullende regelgeving. Het steeds weer instellen van nieuwe regels voor deelproblemen leidt tot een onoverzichtelijk stelsel. Bovendien is het risico aanwezig dat, zolang de structuur van de markt niet adequaat is, nieuwe regelgeving slechts schijnoplossingen biedt. Dat een fundamentele herziening van de AWBZ noodzakelijk is, wordt inmiddels breed gedeeld. Wel is het essentieel dat gegeven de uitkomsten van dit rapport, de (uitbestede-)activiteiten van zorgaanbieders transparant dienen te zijn. Op basis van meer transparantie, zijn de AWBZ-verzekeraars beter in staat zijn te onderhandelen over de tarieven in de thuiszorg.

Genomen maatregelen:

1. *Transparantie-eisen aan zorgaanbieders met betrekking tot het uitbesteden van gecontracteerde zorg*

De NZa heeft op basis van de Wmg de regelgeving voor AWBZ-verzekeraars (Regeling Administratie en Controle AWBZ) en AWBZ-zorgaanbieder (Regeling AO/IC AWBZ) met ingang van 2007 aangepast. De aangescherpte regelgeving gaat er vanuit dat door het verkrijgen van meer inzicht in omvang en gebruik van uitbesteding van AWBZ-zorg, de AWBZ-verzekeraars beter in staat is het inkoopproces (tariefsonderhandelingen) van AWBZ-zorg in te richten. Voorts kan het verkregen inzicht voor een AWBZ-verzekeraar aanleiding zijn om nader onderzoek te doen bij onduidelijke constructies.

2. *Inwerkingtreding en handhaving WTZi*

De WTZi, die met ingang van 1 januari 2006 in werking is getreden, stelt transparantie-eisen aan zorgaanbieders met betrekking tot de bestuursstructuur en ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering. De WTZi gaat ervan uit dat de toegelaten aanbieder zelf verantwoordelijk is voor het voorkomen van belangenverstremming en het besteden van AWBZ-gelden aan doelen waarvoor deze bestemd zijn. De zorgaanbieders zijn ook verantwoordelijk voor de wijze waarop behaalde winsten worden aangewend. Daarmee maakt good governance deel uit van de WTZi.

Daarnaast moet, in het geval de toegelaten zorgaanbieder de gecontracteerde zorg uitbesteedt aan derden, de toegelaten zorgaanbieder regelen dat hij aan de transparantie-eisen van de WTZi voldoet: de aard van de relatie met andere verbanden moet helder zijn alsmede verdeling van verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden.

¹⁸ Zie ook de brief van de Minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 12 december 2006 (kenmerk DLZ/ZI-2735206) pagina 1: "Deze rapportages hebben met elkaar gemeen dat zij tot de conclusie komen dat de AWBZ op de langere termijn niet houdbaar zal zijn. De rapporten pleiten daarom voor fundamentele herzieningen in de AWBZ".

3. *Herziening van de AWBZ*

Het kabinet heeft in principe besloten tot opheffing van de zorgkantoren per 1 januari 2009. Het kabinet heeft tevens op een aantal onderdelen verkenningen gepleegd van de mogelijkheden die er zijn om de zorg doelmatiger te verlenen. Het kabinet heeft hierover een uitvoeringstoets aan de NZa gevraagd. Deze uitvoeringstoets zal in maart 2007 worden vastgesteld.

Ook in de periode tot eventuele wijzigingen, is het de verantwoordelijkheid van de AWBZ-verzekeraars om doelmatige kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare thuiszorg in te kopen.

Uitdagingen betrokken partijen

De volgende uitdagingen liggen voor de betrokken partijen in het verschiep:

- voor de *thuiszorgaanbieders* om doelmatiger te werken. Daarnaast moeten de zorgaanbieders hun good governance op orde brengen. Daarbij neemt de interne toezichthouder een eminente plaats in. Grotere zorgaanbieders volgen de zorgbrede code voor goed bestuur al grotendeels. Vooral de kleinere zorgaanbieders zijn daarin veel minder ver, zij moeten soms nog een hele slag maken;
- voor de *AWBZ-verzekeraars* om, via een adequaat zorginkoopproces, voldoende zorg tegen een zo goed mogelijke prijs/kwaliteitverhouding in te kopen.
- voor de *IGZ* om, als toezichthouder op de uitvoering van de transparantie-eisen WTZi, toe te zien op de wijze waarop toegelaten zorgaanbieders bij uitbesteding regelen dat aan de transparantie-eisen wordt voldaan: de aard van de relatie met andere verbanden moet helder zijn alsmede verdeling van verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden.
- voor de *NZa* om in de uitvoeringstoets de best passende systemen van toezicht-, tarief- en prestatieregulering bij de AWBZ-uitvoering door verzekeraars, gericht op het bevorderen van de positie van de cliënt, te ontwikkelen. In de huidige structuur moet de NZa, bijvoorbeeld via de monitor extramurale AWBZ-zorg, de vinger aan de pols houden en zondig ingrijpen. Daarnaast moet de NZa bewaken of AWBZ-verzekeraars de Regeling Administratie en Controle AWBZ opvolgen en AWBZ-zorgaanbieder de Regeling AO/IC AWBZ correct uitvoeren.
- voor de *overheid* om een fundamentele herziening van de AWBZ-zorg, waarbij in elk geval een risicodragende uitvoeringsstructuur zal moeten worden geïntroduceerd met voldoende stimulansen voor doelmatige besteding van AWBZ-gelden.

Vervolgacties NZa

Actie 1: monitoren marktontwikkelingen

De NZa zal de ontwikkelingen in de extramurale AWBZ-zorg blijvend volgen. De NZa zal hieraan invulling geven door een vervolg te geven aan de analyse van marktontwikkelingen met behulp van de jaarlijkse Monitor extramurale AWBZ-zorg, de reguliere rechtmatigheids-onderzoeken en eventuele verdiepingsonderzoeken.

Met inwerkingtreding van de Wmg per 1 oktober 2006 beschikt de NZa ook over het instrument aanmerkelijke marktmacht. De NZa heeft hierover in januari 2007 een consultatiedocument gepubliceerd.

Als de NZa vaststelt dat zich potentiële of feitelijke mededingingsproblemen voordoen doordat een partij aanmerkelijke marktmacht (AMM) heeft, kan zij haar AMM-instrumentarium inzetten. De NZa handelt daarbij op proportionele wijze: het ingezette middel moet passend zijn gezien het gesignaleerde probleem. Dit kan in het uiterste geval betekenen dat NZa de tarieven van zorgaanbieders met AMM volgens een door de NZa te bepalen methodiek vaststelt. Behalve op basis van monitoren kan een AMM-analyse ook worden gestart op basis van een klacht, een melding of een signaal van marktpartijen.

Actie 2: stimuleren doelmatigheid

De NZa bereidt een uitvoeringstoets aan het Ministerie van VWS voor met daarin:

- de wijze waarop het toezicht op de zorgverzekeraars in de AWBZ per 2009 gestalte moet krijgen;
- de mogelijkheden om in het kader van de bekostiging (prijs- en tariefregulering) maximaal stimulansen in te bouwen tot doelmatigheid, en
- andere mogelijkheden op het vlak van marktregulering en marktontwikkeling die bijdragen aan het bevorderen van de positie van de cliënt.

Deze uitvoeringstoets zal de NZa in maart 2007 vaststellen.

Actie 3: monitoren exploitatieresultaten en vermogensvorming

Algemeen uitgangspunt is dat met collectieve middelen opgebouwde AWBZ-vermogens (inclusief eventuele RAK) beschikbaar blijven voor AWBZ-zorg. De NZa monitort de exploitatieresultaten en de vermogensvorming, vooral de onttrekkingen, van de AWBZ-zorgaanbieders. Bij opvallende mutaties zal de NZa een verdiepend onderzoek uitvoeren.

Actie 4: aandacht voor transparantie-eisen

De NZa zal de IGZ adviseren om toe te zien op de wijze waarop toegelaten zorgaanbieders bij uitbesteding regelen dat aan de transparantie-eisen wordt voldaan.

De NZa hecht veel waarde aan een goede werking van good governance in de sector. De toezichthouder op de WTZi speelt een belangrijke rol bij het afdwingen hiervan.

De hiermee gemoeide IGZ-werkzaamheden hebben raakvlak met de taken van de NZa. De NZa en de IGZ zullen in het kader van de samenwerking tussen de IGZ en de NZa hierover in onderling overleg treden.

Bijlage 1: Brief VWS van 11 juli 2006

13 JULI 2006

VWS

College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Ons kenmerk DLZ/SFI-2699949	Inlichtingen bij M. Holling	Doorkiesnummer 070 3405461	Den Haag 11 JUL 2006
Onderwerp Knelpunten thuiszorg-Achmea rapport		Bijlage(n) Rapport Achmea	Uw brief

In een gesprek dat de heer van Montfort van Achmea met ambtenaren van mijn departement heeft gevoerd, is gewag gemaakt van verstrengelingen in de thuiszorg, die mogelijk een prijsopdrijvend effect hebben. In dat gesprek is tevens het rapport "Vooronderzoek Thuiszorgproblematiek" aangeboden. Het rapport gaat in op de verbondenheid van zorgaanbieders in de thuiszorgmarkt en over de mogelijk te hoge tarieven die in de thuiszorgbranche in rekening worden gebracht.

Ik vind het beeld dat uit het rapport naar voren komt zeer verontrustend. Ik verzoek u dan ook een oordeel te geven over de door Achmea gesignaleerde problematiek. Indien dit geboden is, verzoek ik u ook aanvullend onderzoek uit te voeren en zonodig maatregelen te nemen en mij hierover te rapporteren.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,



drs. Clémence Ross-van Dorp

Bijlage 2: Enquêteformulier

Enquête onderzoek uitbesteden extramurale AWBZ-zorg

Naam instelling :
 Vestigingsplaats instelling :
 Nummer instelling :
 Enquête ingevuld door :Functie:
 Enquête ingevuld op :
 Enquête geautoriseerd door:Functie:

Onder uitbesteding (en onderaanneming) wordt verstaan het niet feitelijk leveren van de zorg door de toegelaten instelling, maar het voor de zorgverlening gebruik laten maken van derden, zoals bijvoorbeeld zelfstandigen zonder personeel, uitzendbureau's of afzonderlijke rechtspersonen.

Bij uitbesteding maakt de toegelaten instelling afspraken met een derde – dit kan overigens ook een gelieerde rechtspersoon zijn – over de condities waaronder deze derde de zorg namens hem levert.

De uitbesteding kan vorm krijgen door het voor de zorgverlening inschakelen van:

- Afzonderlijke rechtspersonen;
- Gelieerde rechtspersoon (personele unie);
- Uitzendbureau's;
- Bemiddelingsbureau;
- Freelancers (bijvoorbeeld de Zelfstandige Zonder Personeel – ZZP-er).

Het onderzoek is van groot belang voor de sector en voor de NZa, mede omdat er publicaties in de media zijn verschenen die duiden op 'fraude'. Uitbestedingen en 'fraude' zijn normaal gesproken totaal verschillende begrippen. Uitbestedingen kunnen ook gezien worden als een onderdeel van 'marktwerking'. Om inzicht te krijgen in de verschillende vormen van uitbestedingen, de voordelen die dat op levert c.q. op kan leveren en om inzicht te krijgen in - het begin van de - marktwerking verzoeken wij de vragenlijst zorgvuldig in te vullen. Het is van belang dat de ingevulde vragenlijst geautoriseerd wordt door een lid van de directie.

Vragen

1. Maakt uw organisatie voor (onderdelen van) de thuiszorg gebruik van diensten van derden (c.q. heeft u extramurale zorgtaken uitbesteed)?
2. Kunt u een toelichting/motivatie geven waarom u gebruik maakt van diensten van derden?
3. Indien sprake is van uitbesteding aan derden:
 - a. Welke taken heeft u uitbesteed?
 - b. Aan wie heeft u deze taken uitbesteed?
 - c. Maakt u hierbij gebruik van ZZP-ers?
 - d. Maakt u hierbij gebruik van uitzendbureau's? Zo ja, welke?
 - e. Maakt u hierbij gebruik van andere thuiszorgorganisaties? Zo ja, welke?
 - f. Maakt u gebruik van bemiddelingsbureau's? Zo ja, welke? Welke prijsafspraken zijn hierbij gemaakt?

- g. Kunt u uitgedrukt in een percentage van de totale personeelskosten aangeven in welke omvang u taken heeft uitbesteed?
- h. Heeft u inzicht in de aan de uiteindelijke hulpverleners uitbetaalde tarieven? (De laatste kolom van bijgevoegde tabel heeft betrekking op deze tarieven.)

Graag bijgevoegde tabel invullen.

- 4. Hebben de leden van de Raad van Bestuur/directie/andere sleutelfiguren een functie bij een andere rechtspersoon of organisatie die direct of indirect (zorg)diensten leveren aan de thuiszorgorganisatie? Zo ja welke rechtspersonen, organisaties en welke afspraken zijn hierbij gemaakt? Hebben de leden van de Raad van Toezicht/Raad van Commissarissen een functie bij een andere rechtspersoon of organisatie die direct of indirect (zorg)diensten leveren aan de thuiszorgorganisatie? Zo ja welke rechtspersonen, organisaties en welke afspraken zijn hierbij gemaakt?
- 5. Zijn er in 2006/2007 voor wat betreft het uitbesteden van zorgtaken veranderingen ten opzichte van de situatie 2005 geweest dan wel te verwachten? Zo ja, welke?
- 6. Wat is naar uw mening de ruimte in de kostprijs bij maximale marktwerking?

Tabel behorende bij vraag 3.

De cijfers over 2005 dienden uiteraard aan te sluiten op de (goedgekeurde) jaarrekening 2005.

HOOFDFUNCTIES	Totaal aantal uren: Productieafspraken	Niet met eigen personeel (van de toegelaten instelling) geleverde uren	Overeengekomen tarief met het zorgkantoor	Gemiddeld tarief ingehuurde hulpverleners
Huishoudelijke verzorging				
Persoonlijke verzorging				
Verpleging				
Ondersteunende begeleiding				
Activerende begeleiding				
Behandeling				

Bijlage 3: Samenvatting rapporten aanleiding onderzoek

Rapport CTZ 'Uitbesteden gecontracteerde zorg door AWBZ-instellingen'

In maart 2006 heeft het CTZ het onderzoek 'Uitbesteden gecontracteerde zorg door AWBZ-instellingen' uitgebracht. De samenvattende conclusie uit dit onderzoek was, dat zorgkantoren maar beperkt inzicht hebben in de mate waarin doorcontractering van extramurale zorg voorkomt.

Daardoor is het risico aanwezig dat:

- als gevolg van intransparantie van het uitvoeringsproces, AWBZ-middelen oneigenlijk of ondoelmatig aangewend worden;
- er geen inzicht bestaat in de marktverhoudingen en de mogelijke aanwezigheid van marktmacht;
- het toezicht van zorgkantoren op de kwaliteitsborging (en zorgcontinuïteit) van de geleverde zorg onvoldoende is;
- niet toegelaten zorgaanbieders, die mogelijk niet aan de minimale kwaliteitsstandaarden voldoen, toch in staat worden gesteld AWBZ-zorg te leveren.

Op basis van dit rapport is besloten de Regeling Administratie en Controle Uitvoeringsorganen AWBZ en de kaderregeling AO/IC aan te scherpen.

Rapport CTG/ZAio en CTZ 'Monitor extramurale AWBZ-zorg'

In juni 2006 heeft de NZa de monitor extramurale AWBZ-zorg uitgebracht. In de monitor concludeert de NZa ondermeer dat de introductie van marktwerking in de extramurale AWBZ-zorg vooralsnog niet heeft geleid tot verbeterde concurrentie op die markt. Behalve het onvoldoende marktgericht denken en handelen door zorgkantoren, vormen concentraties aan de zorgaanbodzijde door zorgaanbieders en toetredingsproblemen voor nieuwe aanbieders belangrijke oorzaken van het marktfalen.

Om tot een beter werkende en transparante extramurale zorgmarkt te komen heeft de NZa een aantal acties geïnitieerd:

- vergroten van transparantie omtrent onderaannemers, middels een aanscherping van de Regeling Administratie en Controle AWBZ;
- onderzoek doen naar de mogelijkheden om de tarieven in de extramurale AWBZ-zorg te herijken op basis van recente kostprijsgegevens.

Rapport Achmea 'Vooronderzoek Thuiszorg Problematiek'

In juni 2006 heeft Achmea (concessiehouder voor de zorgkantoren Drenthe, Zwolle en Flevoland, Rotterdam, Kennemerland, Zaanstreek, Zwarte Waterland) een onderzoeksrapport uitgebracht over verwevenheid tussen thuiszorgorganisaties en daaraan gelieerde organisaties en personen.

Aanleiding van het Achmea-onderzoek was de constatering dat de thuiszorgmarkt niet werkte zoals was verwacht. Twee signalen lagen ten grondslag aan deze veronderstelling.

1. Ondanks het feit dat de thuiszorgmarkt is opengesteld voor nieuwe aanbieders (en nieuwe thuiszorgaanbieders ook zijn toegetreden) zijn er geen lagere tarieven tot stand gekomen;
2. Het aantal zzp-ers is de laatste jaren fors in omvang toegenomen, maar heeft niet geleid tot lagere tarieven.

Het onderzoek van Achmea gaat in op de volgende aspecten:

- de werkelijke kostprijzen;
- verbanden en vervlechting tussen zorgaanbieders;
- het risico en de wijze waarop AWBZ gelden jaarlijks mogelijk niet a priori worden aangewend voor de AWBZ;
- de mogelijke omvang van de hiermee gemoeide gelden.

Achmea heeft in het onderzoek geconstateerd dat op de thuiszorgmarkt een uitgebreid netwerk van BV's en stichtingen actief is. In dergelijke ingewikkelde uitvoeringsconstructies bestaat het risico dat tarieven kunstmatig hoog kunnen worden gehouden, waardoor de AWBZ met hogere kosten wordt geconfronteerd dan noodzakelijk.

Achmea stuitte op een aantal ondoorzichtige juridische constructies. Voor het leveren van thuiszorg zijn complexe constructies niet per se noodzakelijk. De verwevenheid en invloed van sommige spelers (vestiging van verschillende BV's op hetzelfde adres en betrokkenheid van dezelfde natuurlijke personen) resulteert, volgens Achmea, in een concentratie van macht en de mogelijkheid tot oneerlijke concurrentie. De marktmacht uit zich enerzijds in de mogelijkheid om invloed uit te oefenen bij de prijsvorming en anderzijds om aan de thuiszorgmarkt gerelateerde markten te beïnvloeden, zoals scholing en bemiddeling. Wanneer de overeengekomen tarieven worden gerelateerd aan een integrale kostprijs wordt een groot verschil zichtbaar. Partijen maken daarbij, veelal buiten het medeweten van het zorgkantoor, ook gebruik van het fenomeen doorcontractering. Aan het eind van de keten worden ook zzp-ers ingezet (die een aanmerkelijk lagere vergoeding krijgen dan het met het zorgkantoor overeengekomen tarief). De vraag is daarbij aan de orde is of deze gelden heringezet worden voor AWBZ-doeleinden.

Hoewel Achmea geen fraude heeft vastgesteld, heeft Achmea aangegeven dat, bij doorcontractering waarbij zzp-ers worden ingezet, risico wordt gelopen op het niet a priori aanwenden van AWBZ-middelen via thuiszorgaanbieders. Op basis van het vooronderzoek zou dit voordeel Achmea, variëren tussen de € 66 en € 100 miljoen per jaar.

Bijlage 4: Marktaandelen grootste aanbieders

Op basis van de contractafspraken met de extramurale zorgaanbieders is een overzicht opgesteld waaruit het marktaandeel van de grootste aanbieders van extramurale zorg blijkt per zorgregio.

Tabel 9: marktaandeel grootste aanbieder in de regio

Regio	Aantal aanbieders 2005	% grootste aanbieder	Omzet grootste aanbieder in miljoen €	Regio-omzet 2005 in miljoen €
		%	x € 1 mio	x € 1 mio
a.	23	86	183	212
b.	11	83	34	42
c.	27	78	54	69
d.	5	78	23	29
e.	10	77	40	52
f.	17	70	43	61
g.	33	70	156	224
h.	10	67	20	30
i.	6	66	31	46
j.	17	63	38	61
k.	41	62	101	162
l.	10	61	31	51
m.	30	58	39	67
n.	30	54	105	194
o.	35	49	41	84
p.	28	46	43	94
q.	26	45	58	130
r.	21	40	38	95
s.	32	39	87	221
t.	31	38	20	52
u.	63	36	55	152
v.	20	36	29	82
w.	18	34	36	104
x.	20	33	34	103
y.	33	30	33	108
z.	34	29	45	154
aa.	41	29	39	134
bb.	22	28	26	94
cc.	41	24	44	181
dd.	35	22	41	188
ee.	33	18	27	150
ff.	73	14	39	275
Totaal	876		1.630	3.698
Gem.	27	44	51	116

Bron: NZa

NB: Hierbij is geen rekening gehouden met bovenregionale afspraken.

Bijlage 5: Bij uitvoering AWBZ betrokken organisaties

- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa): verantwoordelijk voor het vaststellen van tarieven en het goedkeuren van de nacalculaties van de zorgaanbieders (taak van het voormalige College tarieven gezondheidszorg/zorgautoriteit in oprichting - CTG/ZAio) en toezicht op onder andere rechtmatigheid en doelmatigheid zorgverzekeraars, waaronder ook op inkoop zorgkantoren (taak van het voormalige College toezicht zorgverzekeringen - CTZ).
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ): verantwoordelijk voor indicatiestelling in de vorm van een indicatiebesluit waarin de omvang en aard van de noodzakelijke zorg is beschreven.
- Zorgkantoren/AWBZ-verzekeraars:
 - maken productieafspraken met (toegelaten) thuiszorgaanbieders
 - zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van formele en materiële controle
 - beoordelen (en accorderen) de nacalculaties van de zorgaanbieders
 - Centraal Administratiekantoor Bijzondere Ziektekosten (CAK-BZ): verantwoordelijk voor de centrale financiering van AWBZ zorgaanbieders. Daarnaast is het CAK-BZ verantwoordelijk voor het opleggen van de eigen bijdragen.
 - Thuiszorgaanbieders: verzorgen van extramurale zorg op het terrein van verzorging en verpleging thuiszorg bij AWBZ-verzekerden (en particulieren).
 - Bemiddelingsbureaus: deze bureaus leveren niet zelf de zorg maar bemiddelen bij de inzet van thuiszorgmedewerkers voor zorg die namens toegelaten zorgaanbieders wordt verstrekt.
 - Een zzp-er: zelfstandige zonder personeel, freelancer die zorg verleent zonder in dienstbetrekking werkzaam te zijn. Vaak worden de zzp-ers ingezet via bemiddelingsbureaus.
 - Brancheorganisaties: Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) en ActiZ (voortgekomen uit fusie van Z-org en Arcares per 1 juli 2006).
 - Zorgverzekeraars Nederland (ZN): belangenbehartiger voor de zorgverzekeraars, inclusief de zorgkantoren.

Bijlage 6: Gebruikte literatuur

- CTZ rapporten:
 - Relatie zorgkantoor en thuiszorginstelling (juli 2002)
 - Inkoopproces thuiszorg (oktober 2003)
 - Rechtmatigheid en bedrijfsrisico's thuiszorginstellingen (oktober 2003)
 - Verkennend onderzoek diabetesproject Zuid Limburg (zomer 2004)
 - Rechtmatigheid en bedrijfsrisico's thuiszorginstellingen (vervolgonderzoek), mei 2005 (publicatienr 26);
 - Zorginkoop zorgkantoren, juli 2005 (publicatienr 28)
 - Rechtmatigheid en bedrijfsrisico's thuiszorginstellingen (zomer 2005)
 - Uitbesteden gecontracteerde zorg door AWBZ-instellingen, maart 2006 (publicatienr 29)
- CTZ en CTG/ZAio Monitor extramurale AWBZ-zorg (juni 2006)
- CVZorgcijfers 2000-2005
- Rapport lange termijn gevolgen van de verhoging van de eigen bijdragen voor de thuiszorg. Publicatie van Argo Rijksuniversiteit Groningen BV van januari 2006
- Convenant inzake taken en beheerskosten van zorgkantoren (2005)
- Convenant zorgkantoren 2006-2008
- Health Care Governance (Commissie Meurs november 1999)
- Zorgbrede code voor goed bestuur (juni 2005)
- Folder VWS 'Goed bestuur in de zorg' Informatie over de transparantie-eisen Wet toelating zorginstellingen
- Internet:
 - www.brancherapporten.minvws.nl
 - www.jaarverslagenzorg.nl