

Visiedocument

Eerstelijnspsychologische zorg

*Onderzoek naar de noodzaak en wenselijkheid van het
reguleren van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg*

juni 2007

Inhoud

Vooraf	5
Samenvatting en conclusies	7
1. Inleiding	13
1.1 Aanleiding	13
1.2 Doelstelling rapport	13
1.3 Informatiebronnen	13
1.4 Leeswijzer	14
2. De markt voor eerstelijnspsychologische zorg	15
2.1 Wat is eerstelijnspsychologische zorg?	15
2.2 Vraag en aanbod	16
2.2.1 Vraag en aanbod in de huidige situatie	16
2.2.1.1 Het aanbod van eerstelijnspsychologische zorg	16
2.2.1.2 De vraag naar eerstelijnspsychologische zorg	17
2.2.1.3 Vraag versus aanbod	18
2.2.2 Ontwikkelingen op de markt	19
2.2.3 Conclusie	21
2.3 Keuzemogelijkheden voor de consument	21
2.3.1 Transparantie op de markt	21
2.3.1.1 Eenduidige prestatiebeschrijvingen	21
2.3.1.2 Kwaliteitstransparantie	22
2.3.1.3 Prijstransparantie	24
2.3.2 Keuze- en overstapmogelijkheden	24
3. Marktgedrag	27
3.1 Inkoopprykkels	27
3.1.1 De zorgverzekeraar	27
3.1.2 De consument	28
3.1.3 Marktverhoudingen	29
3.1.3.1 Verzekeraar	29
3.1.3.2 Aanbieder	30
3.1.3.3 Consument	31
3.1.3.4 Conclusie	31
3.2 Anticompetitieve gedragingen	31
3.2.1 Te hoge prijzen	31
3.2.2 Te lage prijzen	32
3.2.3 Samenwerking tussen zorgaanbieders	33
3.2.4 Misbruik inkoopmacht	34
3.3 Externe effecten	34
3.3.1 Afwenteleffecten	35
3.3.2 Volume effecten	36
3.3.3 Negatieve effecten op samenwerking	37
4. Transactie- en veranderingskosten	39
4.1 Reguleringskosten	39
4.2 Veranderingskosten	40
5. Monitoren marktontwikkelingen	43
5.1 Aandachtspunten in de monitor	43
5.2 Instrumentarium NZa	44

Vooraf

Voor u ligt het visiedocument "eerstelijnspsychologische zorg". Dit document bevat een analyse van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg, wanneer die per 1 januari 2008 deels in het basispakket wordt opgenomen. Op basis van deze analyse adviseert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de minister van VWS over de noodzaak en wenselijkheid van het reguleren van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Het is uiteindelijk aan de minister om te besluiten of deze markt al dan niet moet worden gereguleerd.

Voor deze analyse is gebruik gemaakt van de meetlat die de NZa in februari 2007 heeft gepresenteerd in het visiedocument "Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg". Invulling van de meetlat beantwoordt de vraag of de consumentenbelangen voldoende zijn geborgd in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg of dat regulering op deze markt noodzakelijk is. Uit de analyse volgen tevens de punten die de NZa in de marktmonitor zal betrekken indien de minister van VWS besluit de tarieven op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg niet te gaan reguleren.

Aan dit visiedocument is het consultatiedocument "eerstelijns psychologische zorg" voorafgegaan. Dat document ging in op de vraag of de juiste condities voor vrije prijsvorming aanwezig zijn op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Consumentenorganisaties, brancheverenigingen, overheidsorganisaties, wetenschappers en andere marktpartijen werd gevraagd hierop vanuit hun kennis en deskundigheid te reageren.

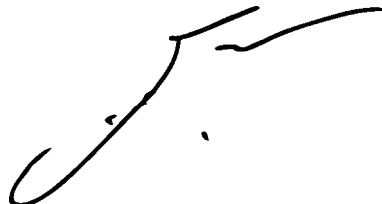
In totaal hebben 10 partijen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Daarnaast hebben 2 partijen hun commentaren mondeling toegelicht tijdens een consultatiesessie, de andere mogelijkheid die de NZa marktpartijen biedt om input te geven. Dit visiedocument is tot stand gekomen op basis van het consultatiedocument en de reacties daarop. Wij stellen de moeite die alle partijen hebben genomen om te reageren op het consultatiedocument op prijs.

Voor een samenvatting van de belangrijkste bevindingen verwijzen wij naar de Managementsamenvatting.

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit



drs. A.L.M. Barendregt
portefeuillehouder aanbieders Cure



mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Samenvatting en conclusies

De laatste jaren is de Nederlandse gezondheidszorg flink gewijzigd met als doel een vraaggestuurd, kwalitatief goed en doelmatig zorgstelsel te realiseren. Een van de sectoren waarbinnen zich wijzigingen hebben voorgedaan, is de markt voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In 2008 wordt een groot deel van de curatieve GGZ overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarnaast zullen vanaf 2008 de eerste acht behandelingen eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket worden opgenomen.

De markt voor eerstelijnspsychologische zorg wordt momenteel niet gereguleerd. Wanneer de eerstelijnspsychologische zorg vanaf 2008 deels in het basispakket wordt opgenomen, zullen de vraag en het aanbod op deze markt waarschijnlijk veranderen. Zo zou de opname in het basispakket bijvoorbeeld kunnen leiden tot (blijvende) schaarste op de markt of tot marktmacht bij een bepaalde partij. Regulering kan dan noodzakelijk zijn om de publieke belangen - kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid - te borgen.

De NZa heeft in het nieuwe stelsel een belangrijke taak als maker en bewaker van goed werkende zorgmarkten en beschermer van het consumentenbelang. Daarom is bekeken of de structuur van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg vanaf 2008 dermate zal veranderen dat regulering op deze markt noodzakelijk zal zijn om de publieke belangen te borgen.

De meetlat

Om te bepalen of er op een markt al dan niet ruimte is voor vrije prijzen heeft de NZa de meetlat gehanteerd zoals gepresenteerd in het "Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg". Daarbij ligt de focus voor wat betreft de externe effecten op de aspecten die zich ook daadwerkelijk zouden kunnen voordoen op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Aan deze meetlat heeft de NZa een aantal mogelijke anticompetitieve gedragingen toegevoegd. Hiervoor is gekozen omdat anticompetitieve gedragingen veel effect kunnen hebben op de werking van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Het is daarom van belang om hier vooraf een inschatting van te maken.

Tabel 1 bevat de meetlat toegespitst op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. In de meetlat is met "plussen" en "minnen" aangegeven of aan een bepaalde voorwaarde voor een goed werkende markt is voldaan. Een plus moet hierbij worden geïnterpreteerd als positief voor de belangen van de consument. Daarnaast is per indicator aangegeven of het een hard of een zacht criterium betreft. Harde en zachte criteria zijn beide even essentieel voor een goede werking van de markt. Wel is de rol die de overheid kan spelen bij het oplossen van eventuele risico's voor marktwerking verschillend. Bij een zacht criterium kan het ontbreken van de juiste initiële condities worden opgelost door de markt zelf of door optreden van de overheid. Bij een hard criterium is dat minder het geval.

Tabel 1: Meetlat voor eerstelijnspsychologische zorg

		Beoordeling	Hard of zacht criterium
1	Heldere prestatiebeschrijvingen	-	Zacht
2	Kwaliteit geleverde zorg is transparant	-	Zacht
3	Prijs geleverde zorg is transparant	+	Zacht
4	Voldoende aanbieders?	+	Hard
5	Toetredingsdrempels	+	Hard
6	De patiënt kan eenvoudig een aanbieder kiezen en van aanbieder overstappen	+/-	Zacht
7	Prikkel voor de verzekeraar om goed in te kopen	+/-	Hard
8	Prikkel voor de consument om goed in te kopen	+/-	Hard
9	Marktverhoudingen	+	Zacht
10	Te hoge prijzen	+	Zacht
11	Te lage prijzen	+/-	Zacht
12	Kartelvorming	+/-	Zacht
13	Misbruik inkoopmacht	+	Zacht
14	Afwenteleffecten	+/-	Hard
15	Effecten op samenwerking	+/-	Hard
16	Volume-effecten	+/-	Zacht
17	Regulerings- en veranderingskosten	- *	Zacht

* Een min betekent hier dat de regulerings- en veranderingskosten hoog zijn indien wordt gekozen voor het reguleren van de markt. Deze kosten zijn lager in een vrije markt.

Voor een goede werking van de markt is het belangrijk dat er voldoende aanbod is om uit te kiezen, voldoende informatie om een goede keuze te kunnen maken en dat de consument (al dan niet via zijn verzekeraar) de zorgaanbieder kan kiezen die het beste aan zijn wensen voldoet. Daarnaast is het van belang dat de werking van de markt niet wordt belemmerd door bijvoorbeeld marktpartijen die misbruik maken van hun machtspositie.

Zoals uit de meetlat kan worden afgeleid voldoet de markt voor eerstelijnspsychologische zorg aan veel van de voorwaarden voor een goed werkende markt:

- **Prijstransparantie:** De prijs op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg is transparant.
- **Markttoegang:** Er zijn op dit moment in de meeste regio's voldoende aanbieders op de markt om aan de vraag te kunnen voldoen. Er zijn nauwelijks wachtlijsten. Ook bestaan er nauwelijks toetredingsdrempels tot deze markt. Verzekeraars en consumenten hebben dus voldoende keuzemogelijkheden.
- **Inkoopprikkels verzekeraar:** De verzekeraar ondervindt prikkels om te letten op de prijs van de geleverde zorg om zo zijn schadelast te beperken (mits de verzekeraar in enige mate risicodragend is voor de eerstelijnspsychologische zorg en de inkoopvoordelen opwegen tegen de transactiekosten van scherp onderhandelen). Of de verzekeraar ook zal letten op de kwaliteit van de geleverde zorg is afhankelijk van de prikkels die de verzekeraar heeft om de doorstroom naar de (duurdere) tweede- en derde lijn te beperken door kwalitatief goede eerstelijnspsychologische zorg in te kopen en van de transparantie over de geleverde kwaliteit. Wanneer de verzekeraar voldoende voordelen kan behalen door afwenteling naar

de tweede- en derdelijn te voorkomen, zal hij ook een prikkel hebben om te letten op de kwaliteit van de ingekochte zorg.

- **Negatieve externe effecten:** De negatieve externe effecten op deze markt zijn beperkt. In de huidige situatie bestaat het risico dat verzekeraars of consumenten onnodig gebruik maken van duurdere tweedelijnszorg om zo de kosten van de eerstelijnspsychologische zorg te ontlopen (afwenteling). Wanneer de eerstelijnspsychologische zorg onder het basispakket wordt gebracht en de verzekeraars evenveel risico dragen voor alle curatieve GGZ-zorg, verdwijnt dit risico grotendeels (mede afhankelijk van het beleid dat wordt gevoerd ten aanzien van de eigen bijdragen en de wachtlijsten in de betreffende sectoren¹).

Daarnaast bestaat er een beperkt risico dat consumenten als gevolg van de opname van eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket meer zorg gebruiken dan noodzakelijk (consumer driven demand). De eigen bijdrage van €10 per zitting², de maximering van het aantal zittingen onder het basispakket tot 8 en een sterke poortwachterfunctie voor de huisarts kunnen dit risico echter grotendeels ondervangen.

- **Anticompetitieve gedragingen:** Als gevolg van het grote aantal aanbieders en de lage toetredingsdrempels zullen zorgaanbieders op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg naar verwachting vrijwel nooit beschikken over een machtspositie. Het risico op te hoge en te lage prijzen is daardoor beperkt. Er bestaat enkel een risico dat aanbieders die ook in de tweedelijns actief zijn, zorg leveren tegen een te lage prijs. Het risico op misbruik van inkoopmacht door de zorgverzekeraar lijkt ook beperkt (vooral wanneer verzekeraars niet risicodragend worden gemaakt voor de kosten van de GGZ-zorg). Verzekeraars en zorgaanbieders hebben ongeveer evenveel onderhandelingsmacht. Bovendien hebben zorgverzekeraars er belang bij om goede eerstelijnszorg in te kopen omdat zij zo kunnen voorkomen dat patiënten terecht komen in de (vaak duurdere) tweede of derdelijns GGZ (mits zij voor alle GGZ-zorg risicodragend zijn). Wel is er op deze markt een beperkt risico op kartelvorming. Voor alle genoemde anticompetitieve gedragingen geldt echter dat óf de NMa óf de NZa óf beide, mogelijkheden hebben om in te grijpen om deze gedragingen tegen te gaan.

De belangrijkste knelpunten voor een goede werking van deze markt zijn het relatieve gebrek aan inkoopprykkels voor de consument en het gebrek aan transparantie over de inhoud van de geleverde zorg en de kwaliteit ervan:

- **Transparantie over de inhoud en de kwaliteit van de geleverde zorg:** Transparantie op de markt is belangrijk om een goede keuze te kunnen maken tussen de verschillende zorgaanbieders. In de markt voor eerstelijnspsychologische zorg is het niet altijd duidelijk welke zorg precies wordt geleverd en welke kwaliteit die zorg kent. Hierdoor is het voor verzekeraars en consumenten moeilijk een goede keuze te maken tussen de verschillende zorgaanbieders. Hoewel de minimumkwaliteit wel wordt geborgd door wetgeving en richtlijnen door de beroepsgroep, is het inzicht in de kwaliteitsverschillen tussen aanbieders beperkt. Meer transparantie van de geleverde prestaties en de kwaliteit daarvan is belangrijk. Daarbij moet worden opgemerkt dat de prykkels tot het transparant maken van de kwaliteit groter zijn

¹ Het is wenselijk in de gehele GGZ-zorg eenzelfde beleid te voeren ten aanzien van eigen bijdragen. Indien de eigen bijdragen per deelmarkt verschillen bestaat het risico dat de consument niet naar de aanbieder gaat die hem het beste kan helpen, maar naar de aanbieder waarvoor hij de kleinste eigen bijdrage hoeft te betalen.

² Onder het huidige voorstel van het ministerie van VWS is de eigen bijdrage €10 per zitting. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld een telefonisch consult nodig heeft zal de eigen bijdrage een percentage van het bedrag per gehele zitting bedragen.

in een vrije markt dan in een gereguleerde markt. Immers, in een vrije markt kunnen aanbieders zich beter van elkaar onderscheiden en is de prikkel voor hen groter om aan de verzekeraar aan te tonen dat hun product beter is dan dat van anderen.

- **Inkoop prikkel consument:** De bijdrage die de consument betaalt wanneer hij zorg consumeert is na opname van de eerste acht behandelingen eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket niet afhankelijk van zijn keuze voor een bepaalde zorgaanbieder (de eigen bijdrage is altijd €10). Slechts wanneer de consument meer dan acht behandelingen nodig heeft en hij (een deel van) de kosten zelf moet betalen, heeft hij een prikkel om te letten op de prijs van de geleverde zorg. Hij ondervindt daardoor nauwelijks prikkels om te letten op de prijs van de geleverde zorg. Wel heeft hij een prikkel om te letten op de kwaliteit, mits die voldoende transparant wordt gemaakt.

Advies NZa

De NZa concludeert dat er belangrijke voordelen samenhangen met een vrije markt voor eerstelijnspsychologische zorg, zoals:

- meer vrijheid voor aanbieders en verzekeraars om zorg te leveren die aansluit bij de voorkeuren van de consument;
- meer mogelijkheden en prikkels om afspraken te maken over kwaliteit(verbetering) en om de transparantie van kwaliteit te bevorderen;
- wanneer er schaarste is op de markt geeft een vrije markt meer mogelijkheden om toetreding uit te lokken (bijvoorbeeld door een tijdelijke prijsstijging) en op die manier wachtlijsten te voorkomen.

De huidige markt voor eerstelijnspsychologische zorg is niet gereguleerd. Wanneer er besloten wordt een niet gereguleerde markt toch te gaan reguleren, moeten hiervoor zwaarwegende redenen zijn. De NZa heeft dergelijke redenen in haar analyse niet gevonden. Er lijkt voldoende aanbod te zijn op deze markt, ook indien de vraag zou toenemen. Ook zijn er op voorhand geen grote negatieve externe effecten of anticompetitieve gedragingen te verwachten. Daarnaast geldt dat het reguleren van een tot op heden vrije markt regulerings- en veranderingskosten met zich meebrengt. Deze kosten moeten worden gewogen tegen de baten van regulering op deze markt.

Gezien bovengenoemde voordelen adviseert de NZa de minister van VWS in eerste instantie om de vrije prijsvorming op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg voort te zetten. Het advies van de NZa hangt echter in sterke mate af van de keuzes die worden gemaakt bij de overheveling van de curatieve GGZ-zorg naar de Zorgverzekeringswet. Het gaat dan vooral om de vraag of verzekeraars risico dragen voor de zorginkoop of niet.

Risicodragendheid eerstelijnspsychologische zorg

Voor een goede werking van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg is het cruciaal dat verzekeraars of consumenten prikkels ervaren om goed in te kopen. Voor verzekeraars geldt dat de prikkel om goede zorg in te kopen vooral afhangt van de mate waarin zij risico lopen over de kosten van de zorg. Indien de zorgverzekeraars niet risicodragend zijn voor de inkoop van eerstelijnspsychologische zorg hebben zij geen prikkels om goede zorg in te kopen. In dat geval bestaat de kans dat een vrije prijs een negatief effect heeft op de publieke belangen op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Het kan dan de voorkeur hebben om deze markt te reguleren om zo de publieke belangen te borgen.

Risicodragendheid tweede- en derdelijns GGZ-zorg

Voor een goede werking van de markt is het daarnaast van belang dat verzekeraars ook in de tweedelijns GGZ enig risico lopen. Wanneer verzekeraars zowel risicodragend zijn voor de eerstelijns GGZ als voor de tweedelijns GGZ, worden zij gestimuleerd patiënten op de juiste plaats te laten behandelen. Ook hebben zij dan een sterke prikkel om te letten op de kwaliteit van de ingekochte eerstelijnspsychologische zorg, omdat zij op die manier kunnen voorkomen dat er veel mensen doorstromen naar de (duurdere) tweedelijns.

Wanneer verzekeraars alleen risico lopen over hun uitgaven in de eerste lijn en niet over de uitgaven in de tweedelijns, bestaat er een risico dat zij de zorgkosten zullen proberen af te wentelen op de tweedelijns. Hoewel dit risico beperkt aanwezig is, acht de NZa dit risico niet groter dan in de huidige situatie. Momenteel wordt de meeste afwenteling veroorzaakt door consumenten die niet aanvullend verzekerd zijn voor eerstelijnspsychologische zorg. Deze afwenteling zal grotendeels verdwijnen wanneer de eerstelijnspsychologische zorg wordt opgenomen in het basispakket. Verzekeraars hebben ook nu al een prikkel om de kosten voor eerstelijnspsychologische zorg (waarvoor zij risico dragen) af te wentelen op de (niet risicodragende) AWBZ-zorg. De prikkel tot afwenteling is niet groter wanneer alle curatieve GGZ-zorg onder het basispakket komt te vallen.

Een tweede risico is dat verzekeraars vooral zullen letten op de prijs van de ingekochte GGZ-zorg en niet op de kwaliteit daarvan. Verzekeraars worden immers niet langer meer gestimuleerd om verzekerden uit de (duurdere) tweedelijns te houden door een kwalitatief goede eerstelijns GGZ op poten te zetten. De NZa verwacht dat verzekeraars, uit angst voor imagoschade, wel enige moeite zullen steken in het contracteren van kwalitatief goede aanbieders. Daarnaast kan scherp toezicht op het inkoopbeleid van verzekeraars ten aanzien van kwaliteit voorkomen dat die kwaliteit op deze markt wordt geschaad.

Advies omtrent risicodragendheid

De NZa adviseert de minister van VWS om bij de overheveling van de GGZ naar de Zvw enige mate van risicodragendheid voor de verzekeraars te behouden. Verzekeraars worden dan optimaal gestimuleerd om patiënten te voorzien van de juiste zorg die het beste aan hun wensen voldoet.

Mocht niet worden gekozen voor de optie om de zorgverzekeraars risicodragend te maken voor de tweede- en derdelijns GGZ-zorg, dan adviseert de NZa de minister van VWS om in ieder geval de risicodragendheid van verzekeraars voor de eerstelijnspsychologische zorg te behouden. De reden dat risicodragendheid voor de tweede- en derdelijns GGZ-zorg problematisch kan zijn is dat het risicovereveningsmodel voor deze sectoren niet op orde is. Voor de eerstelijnspsychologische zorg is er echter geen sprake van voorspelbare zeer hoge kosten waarvoor een goede risicoverevening een vereiste is. Bovendien hebben verzekeraars door hun ervaringen met eerstelijnspsychologische zorg binnen de aanvullende verzekering momenteel de meeste informatie over deze markt. Er is derhalve geen goede reden om verzekeraars geen risico's te laten lopen voor de eerstelijnspsychologische zorg.

Indien wordt gekozen voor de optie om verzekeraars alleen risico te laten dragen voor de eerstelijnspsychologische zorg, bestaan er beperkte risico's dat verzekeraars onvoldoende zullen letten op de kwaliteit van de gecontracteerde zorg en dat zij de kosten van eerstelijnspsychologische zorg zullen proberen af te wentelen op de

tweede- en derdelijns GGZ-zorg. De NZa is echter van mening dat deze risico's voldoende ondervangen kunnen worden door scherp toezicht op het inkoopgedrag van verzekeraars, met name op het gebied van kwaliteit. Daarnaast is het dan essentieel om waarborgen in te bouwen die voorkomen dat patiënten onterecht naar de tweedelijns worden verwezen, zoals een prominentere rol voor de huisarts als poortwachter. Een markt met vrije prijzen is in dit geval echter wel mogelijk.

Indien besloten wordt de verzekeraar in zijn geheel niet risicodragend te maken voor de GGZ-zorg, is een markt met vrije prijzen voor eerstelijnspsychologische zorg alleen mogelijk indien er aanvullende maatregelen worden genomen. Dit kan bijvoorbeeld door de consument een prikkel te geven om te letten op de prijs-kwaliteitverhouding van de geconsumeerde zorg. De consument heeft al een prikkel om te letten op de kwaliteit van de geleverde zorg omdat hij er direct nadeel van ondervindt als de kwaliteit onder de maat is. Door de eigen bijdrage van de consument variabel te maken en afhankelijk te stellen van zijn keuze voor een bepaalde zorgaanbieder, kan de consument tevens worden geprikkeld om te letten op de prijs van de geleverde zorg en de prijs-kwaliteitverhouding. In dit geval is het overigens wel van belang om in de gehele GGZ-zorg hetzelfde 'eigen bijdragen regime' te hanteren om te voorkomen dat patiënten onnodig gebruik zullen maken van bijvoorbeeld tweedelijns GGZ-zorg om zo de eigen bijdragen te ontlopen. Kunnen dergelijke aanvullende maatregelen niet worden genomen, dan adviseert de NZa de minister van VWS de tarieven op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg te reguleren.

Opvattingen partijen³

Het advies van de NZa om de prijzen op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg niet te reguleren, wordt door de meeste partijen gedeeld. Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), het ministerie van Economische Zaken, de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) spreken zich allen uit vóór een vrije markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Ook GGZ-Nederland geeft aan geen bezwaren te zien tegen een vrije markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Wel vraagt deze partij de aandacht voor een goede productmarktafbakening tussen de eerstelijns GGZ-zorg en de tweedelijns GGZ-zorg, waar met DBC's en maximum tarieven wordt gewerkt.

Brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN), zorgverzekeraar Univé-VGZ-IZA-Trias en zorginkooporganisatie Multizorg spraken zich uit tegen een vrije markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Reden hiervoor is dat de ontwikkelingen in de curatieve GGZ-zorg (waarbinnen ook de eerstelijnspsychologische zorg valt) volgens hen nog te onzeker zijn. Zij verwachten een stijging van de vraag terwijl het aanbod gelijk blijft, met een mogelijk sterke prijsstijging als resultaat. Maximum tarieven voor de eerstelijnspsychologische zorg zouden volgens verzekeraars in deze roerige tijden meer houvast kunnen bieden.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) onthield zich van commentaar over de wenselijkheid van het reguleren van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg.

³ De volledige reacties van partijen op het consultatiedocument zijn te vinden op www.nza.nl (behoudens vertrouwelijke reacties).

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa heeft een belangrijke taak in het maken en bewaken van goed werkende zorgmarkten. In dit kader onderzoekt de NZa stelselmatig welke beroepsgroepen er voor liberalisering in aanmerking kunnen komen. In februari 2007 heeft de NZa het visiedocument "Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg" gepubliceerd.⁴ De NZa hanteert dit kader als een meetlat om te bepalen welke beroepsgroepen/markten mogelijk kandidaat zijn om vrije prijsvorming te introduceren.

De markt voor eerstelijnspsychologische zorg wordt momenteel niet gereguleerd. Er is sprake van een zogenaamde "vrije markt". Een vrije markt kent belangrijke voordelen. Zo hebben verzekeraars en zorgaanbieders meer mogelijkheden om klantgericht te werken en om innovaties door te voeren. Bovendien kunnen aanbieders en verzekeraars zich met deze producten en diensten beter van elkaar onderscheiden. Soms kan regulering echter noodzakelijk zijn om de publieke belangen, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te borgen.

Per 1 januari 2008 zullen de eerste acht behandelingen van eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden opgenomen. Hierdoor zullen de vraag en het aanbod op deze markt waarschijnlijk veranderen. De NZa onderzoekt aan de hand van de eerder genoemde meetlat in dit visiedocument of tariefregulering noodzakelijk is om de publieke belangen in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg te borgen. De focus ligt daarbij vooral op de zorginkoopmarkt. Bij de afweging staat het consumentenbelang centraal. Regulering van de sector is alleen noodzakelijk wanneer de consument er zelf niet in slaagt tegen de juiste prijs-kwaliteitverhouding zorg in te kopen, of de verzekeraar in te schakelen om dit namens hem te doen.

1.2 Doelstelling rapport

Dit visiedocument heeft als doel om:

- Een marktanalyse te presenteren van de onderhavige markt (in hoeverre geeft de analyse van de markt aanleiding om te vermoeden dat tariefregulering noodzakelijk is om de publieke belangen te borgen⁵).
- De minister van VWS te adviseren over het al dan niet reguleren van deze markt.

1.3 Informatiebronnen

Aan dit visiedocument is een consultatiedocument voorafgegaan. In het consultatiedocument gaf de NZa een voorlopige analyse van de markt – gebaseerd op bestaande informatie over de markt en gesprekken met een aantal partijen – en stelde een aantal vragen over de compleetheid en de juistheid van de analyse. Het consultatiedocument is op de website

⁴ Dit visiedocument is te vinden op www.nza.nl

⁵ De invulling van de meetlat staat hierbij centraal

van de NZa geplaatst en externe partijen is gevraagd hierop te reageren. In totaal heeft de NZa van 10 partijen een reactie ontvangen.⁶ Deze reacties zijn te vinden op de website van de NZa (www.nza.nl, behoudens vertrouwelijke reacties). Daarnaast hebben 2 partijen gebruik gemaakt van de mogelijkheid om hun commentaren mondeling toe te lichten tijdens een consultatiesessie. De ingebrachte reacties zijn door de NZa meegenomen bij de totstandkoming van dit visiedocument.

De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van het consultatiedocument betreffen de beschrijving van de markt, de beschrijving van de inkooppraktijken voor verzekeraars, de paragraaf over prestatiebeschrijvingen en de beschrijving van de afwenteleffecten. Daarnaast is er in het gehele document meer aandacht besteed aan de veranderingen in de curatieve GGZ-zorg, vanwege de mogelijke 'spill-over effecten' daarvan op de eerstelijnspsychologische zorg en de risicodragendheid van verzekeraars tijdens de overgangperiode. Ten slotte is een hoofdstuk toegevoegd over het monitorkader voor de eerstelijnspsychologische zorg.

1.4 Leeswijzer

Het consultatiedocument kent de volgende opbouw.

Hoofdstuk 2 beschrijft de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Wat houdt eerstelijnspsychologische zorg precies in? En hoe ziet het aanbod op deze markt eruit? Daarbij is tevens aandacht voor de vraag of de markt transparant is en of consumenten en verzekeraars in staat zijn een goede keuze te maken tussen de verschillende zorgaanbieders.

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op het gedrag van partijen op de markt. Welke prikkels ondervinden zij om goed in te kopen? En zijn de machtsverhoudingen juist verdeeld? Ook de negatieve externe effecten en de anticompetitieve gedragingen die zich op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg kunnen voordoen, komen in dit hoofdstuk aan bod.

Hoofdstuk 4 besteedt aandacht aan de reguleringskosten zowel onder de huidige vrije prijsvorming als in een markt met gereguleerde prijzen. In deze analyse worden ook de veranderingskosten meegenomen. Indien de minister van VWS besluit om de markt voor eerstelijnspsychologische zorg vrij te houden zal de NZa monitoren of de publieke belangen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg voldoende worden behartigd.

Hoofdstuk 5 schetst de NZa enkele aandachtspunten voor zo'n monitor. Wanneer de publieke belangen in het geding dreigen te komen kan de NZa eventueel ingrijpen of andere organisaties adviseren dit te doen.

⁶ Er zijn schriftelijke reacties ontvangen van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), GGZ-Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorgverzekeraars Univé-VGZ-IZA-Trias, zorginkooporganisatie Multizorg, het ministerie van Economische Zaken, de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). De LVE en het NIP hebben tevens gebruik gemaakt van de mogelijkheid hun reactie mondeling toe te lichten tijdens de consultatiebijeenkomst.

2. De markt voor eerstelijnspsychologische zorg

In dit document wordt gesproken over de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. De definitie van het begrip eerstelijnspsychologische zorg is echter nog niet eenduidig vastgesteld. Welke vormen van zorg vallen hier nu precies onder? En wie bieden eerstelijnspsychologische zorg aan? In dit hoofdstuk geeft de NZa de visie op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Ook wordt bekeken of er voldoende aanbieders opereren op de markt om aan de vraag te voldoen en of de consument en de verzekeraar een goede keuze kunnen maken tussen verschillende aanbieders.

2.1 Wat is eerstelijnspsychologische zorg?

Aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg vormen samen met de huisarts en de algemeen maatschappelijk werker (AMW) de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ).⁷ De huisarts is daarbij de poortwachter. Wanneer patiënten zorg nodig hebben, komen zij in eerste instantie meestal bij de huisarts terecht. De huisarts kan de patiënt vervolgens zelf behandelen - bijvoorbeeld met gesprekken of medicatie - of hij kan de patiënt doorverwijzen.⁸ Hierbij heeft de huisarts de keuze tussen bijvoorbeeld een algemeen maatschappelijk werker⁹ en een meer gespecialiseerde GGZ-zorgaanbieder zoals de eerstelijnspsycholoog, of een tweedelijns zorgaanbieder zoals een psychiater of een klinisch psycholoog. Behalve na verwijzing door de huisarts kunnen patiënten ook zonder verwijzing eerstelijnspsychologische zorg ontvangen.¹⁰

Voor de definitie van eerstelijnspsychologische zorg sluit de NZa aan bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ)¹¹: *"Psychologische zorg in de eerste lijn betreft kortdurende behandeling van 'lichte psychologische problematiek' door middel van een generalistische aanpak."*

Eerstelijnspsychologische zorg betreft de diagnostiek en behandeling van mensen met niet complexe, matig ernstige psychische en psychosociale problemen, die daardoor in hun maatschappelijk functioneren niet verregaand worden gehinderd.¹² Deze zorg onderscheidt zich van andere GGZ-zorg doordat de zorg generalistisch van aard, niet acuut en

⁷ Trimbos instituut, "Afbakening eerste en tweede lijns zorg voor psychische stoornissen", juli 2006, Utrecht.

⁸ Trimbos instituut, "Afbakening eerste en tweede lijns zorg voor psychische stoornissen", juli 2006, Utrecht, p. 22.

⁹ De algemeen maatschappelijk werker onderscheidt zich van de eerstelijnspsycholoog doordat hij zich vooral richt op mensen met psychosociale problemen.

¹⁰ Veruit het grootste deel van de patiënten van de eerstelijnspsycholoog is door de huisarts doorverwezen (82%). Ongeveer 1% is doorverwezen door de bedrijfsarts. Ongeveer 15% van de patiënten is zonder tussenkomst van een andere zorgverlener bij de eerstelijnspsycholoog terecht gekomen (College voor zorgverzekeringen, "Eerstelijnspsychologische zorg in het ziekenfondspakket", februari 2003, p. 21). Ook wanneer de eerstelijnspsychologische zorg onder het basispakket komt te vallen blijft het mogelijk voor patiënten om zonder tussenkomst van de huisarts eerstelijnspsychologische zorg te ontvangen. Aangezien vrijwel alle zorgverzekeraars echter voornemens zijn om verwijzing door de huisarts te eisen voordat zij de kosten van eerstelijnspsychologische zorg vergoeden, bestaat wel het risico dat in een dergelijk geval de patiënt zelf opdraait voor de kosten van de zorg.

¹¹ College voor zorgverzekeringen, "GGZ Kompas", april 2006, Diemen, p. 7.

¹² Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, "De LVE en de eerstelijnspsychologen. Feiten en kwaliteitsbeleid 2006", november 2006, Amsterdam.

kortdurend is. Bovendien is de zorg laagdrempelig, wat betekent dat mensen er gemakkelijk terecht moeten kunnen en vrijwel meteen kunnen worden behandeld. In het algemeen is er sprake van één zorgverlener die de patiënt van het begin tot het einde behandelt. De zorg is gericht op mensen die nog niet eerder GGZ-zorg nodig hebben gehad of die een eerdere behandeling succesvol hebben afgesloten en is veelal lokaal/regionaal georganiseerd.¹³

2.2 Vraag en aanbod

Voor een goede werking van de markt is het allereerst van belang dat er voldoende aanbod en voldoende aanbieders zijn op de markt, zodat er voor de consument en de zorgverzekeraar iets te kiezen valt. Wanneer er langdurig onvoldoende aanbod is op de markt of wanneer bijna alle zorg (langdurig) wordt geleverd door één aanbieder, kan het noodzakelijk zijn om de markt te reguleren.

2.2.1 Vraag en aanbod in de huidige situatie

2.2.1.1 Het aanbod van eerstelijnspsychologische zorg

Er zijn verschillende zorgaanbieders die eerstelijnspsychologische zorg kunnen leveren. De meeste eerstelijnspsychologische zorg wordt geleverd door eerstelijnspsychologen¹⁴. In totaal zijn er in Nederland ongeveer 1300 eerstelijnspsychologen werkzaam.¹⁵ Daarvan zijn er circa 1200 lid van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (brancheorganisatie LVE). Jaarlijks leveren zij naar schatting voor 60 tot 70 miljoen euro aan zorg.¹⁶ Veel eerstelijnspsychologen werken deeltijd, gemiddeld ongeveer 0,7 fte.¹⁷

Behalve eerstelijnspsychologen zijn er ook andere zorgaanbieders die eerstelijnspsychologische zorg leveren, zouden kunnen leveren, of die patiënten met eenzelfde soort zorgvraag zouden kunnen behandelen. Uit gesprekken met partijen komt naar voren dat het meeste aanbod verwacht kan worden van gezondheidszorgpsychologen (voor zover niet al geregistreerd als eerstelijnspsycholoog). Verder kan ook aanbod worden verwacht van vrijgevestigde psychotherapeuten, van internetaanbieders, en van (ambulante) GGZ-zorginstellingen die ook kortdurende zorgpakketten gaan aanbieden.

Ten slotte kan ook de huisarts besluiten zelf psychologische zorg te verlenen aan een patiënt en hem niet door te verwijzen. Hiervoor kan de huisarts sinds 1999 via de regeling consultatiegelden ondersteuning

¹³ KPMG in opdracht van het ministerie van VWS, "De markt voor psychologische zorg. Deelmarktanalyse", april 2002, Hoofddorp, p. 69.

¹⁴ De titel "eerstelijnspsycholoog" is geen wettelijk beschermde titel, en mag dus door iedereen worden gevoerd. Om de kwaliteit van de zorg te waarborgen kent het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) het keurmerk "eerstelijnspsycholoog NIP". Zorgaanbieders die dit keurmerk willen behalen moeten in elk geval geregistreerd staan als gezondheidszorgpsycholoog (Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG), art. 3, lid 1) en minimaal 1 tot 2 jaar begeleide werkervaring met intervisie als eerstelijnspsycholoog hebben. Op 1 januari 2006 waren in totaal 1164 eerstelijnspsychologen NIP-geregistreerd (Bron: Jaarverslag NIP 2005).

¹⁵ Bron: NIVEL (www.nivel.nl)

¹⁶ Deze schatting is afkomstig uit een gesprek met brancheorganisatie LVE. Eerdere schattingen van het College voor Zorgverzekeringen in hun rapport "Eerstelijnspsychologische zorg in het ziekenfondspakket" (februari 2003) wijzen in dezelfde richting.

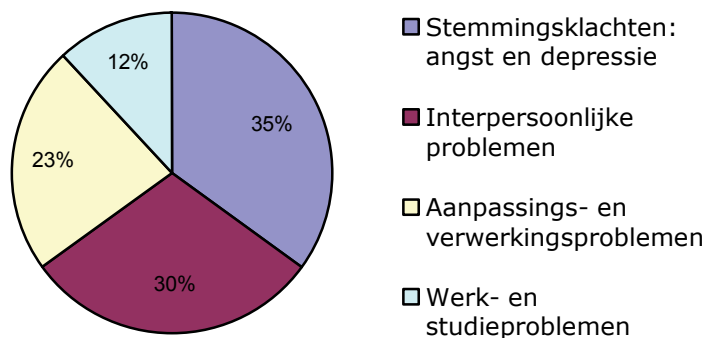
¹⁷ Bron: NIVEL (www.nivel.nl)

krijgen van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV).¹⁸ De SPV is in dienst bij een GGZ-instelling en adviseert de huisarts of de patiënt in de eerste lijn over de behandelmogelijkheden. Ook begeleidt de SPV-er de patiënt bij het vinden van een zorgverlener. Uit onderzoek komt naar voren dat – hoewel dit in principe niet tot hun taak behoort¹⁹ – SPV-ers patiënten soms ook behandelen.²⁰ Het is voornamelijk onduidelijk of de zorg zoals die geleverd wordt door SPV-ers kan worden geschaard onder de eerstelijnspsychologische zorg. Een eenduidige productdefinitie zou op dit vlak uitkomst kunnen bieden.

2.2.1.2 De vraag naar eerstelijnspsychologische zorg

Over de vraag naar eerstelijnspsychologische zorg is weinig bekend. Uit onderzoek van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) in 2003²¹ bleek dat er jaarlijks ongeveer 88.000 mensen door een eerstelijnspsycholoog werden behandeld. Gemiddeld genomen ontvangt een patiënt 7 à 8 behandelingen. Vaak wordt vermoed dat de daadwerkelijke vraag naar eerstelijnspsychologische zorg groter is, maar dat veel mensen vanwege de eigen betaling óf geen hulp zoeken óf hulp krijgen in de tweedelijns GGZ. Onderstaande figuur geeft de meest voorkomende klachten waarmee mensen bij een eerstelijnspsycholoog komen weer.

Figuur 1: Belangrijkste klachten behandeld door een eerstelijnspsycholoog



Vergoeding

Eerstelijnspsychologische zorg wordt momenteel vergoed via de aanvullende verzekering. Verzekeraars kopen geen eerstelijnspsychologische zorg in maar vergoeden slechts de gemaakte

¹⁸ Met de overheveling van de kortdurende en extramurale GGZ-zorg naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) komt de regeling consultatiegelden te vervallen. Om de huisarts toch ondersteuning te kunnen blijven bieden bij patiënten met psychische problemen, is de minister van VWS van plan een 'praktijkondersteuner GGZ' in het leven te roepen (Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer der Staten Generaal, "Voorhang beleidsregel bekostiging praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ", kenmerk CZ/EKZ-2759531). De praktijkondersteuner GGZ komt in dienst van de huisarts en zal net als de SPV-er vooral ondersteunende en begeleidende taken hebben op het gebied van de GGZ-zorg (Landelijke vereniging georganiseerde eerste lijn, "Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn", april 2007, Utrecht). Waar in dit document gesproken wordt van "SPV-ers" kan ook "Praktijkondersteuner GGZ" worden gelezen.

¹⁹ Landelijke vereniging georganiseerde eerste lijn, "Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn", april 2007, Utrecht.

²⁰ NIVEL, "GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg", 2006, Utrecht.

²¹ College voor zorgverzekeringen (CVZ), "Eerstelijnspsychologische zorg in het ziekenfondspakket", februari 2003, Amstelveen.

kosten.²² Sommige verzekeraars vergoeden daarbij een percentage van de gemaakte kosten (vaak met een bepaald maximum). Anderen vergoeden een bepaald bedrag per zitting (meestal met een gemaximeerd aantal zittingen). In veel gevallen moet de consument zelf (bij)betalen voor eerstelijnspsychologische zorg. Sommige zorgverzekeraars eisen bovendien dat de zorg wordt geleverd door een eerstelijnspsycholoog met een NIP-registratie. Hoewel de eerstelijnspsychologische zorg in principe vrij toegankelijk is, vereisen veel zorgverzekeraars ten slotte ook een verwijzing door de huis- of bedrijfsarts voordat zij eerstelijnspsychologische zorg vergoeden.

Een krachtige eerstelijns GGZ, die een groot deel van de patiënten kan behandelen, draagt bij aan een snelle en doelmatige zorgverlening.²³ Wanneer mensen zelf moeten betalen voor de eerstelijnspsychologische zorg of zich hiervoor aanvullend moeten verzekeren, kan dit er toe leiden dat consumenten te weinig gebruik maken van eerstelijnspsychologische zorg en onnodig terecht komen in de duurdere tweede lijn. Hiervan ondervinden zowel de patiënt zelf – die vaak langer moet wachten voor hij wordt behandeld – als de maatschappij – die opdraait voor de hogere kosten – nadeel.

Om de eerstelijnspsychologische zorg voor alle Nederlanders toegankelijk te maken en de druk op de tweede- en derde lijns GGZ-zorg te verminderen, heeft de minister van VWS besloten de eerste acht behandelingen voor eerstelijnspsychologische zorg per 1 januari 2008 in het basispakket op te nemen.²⁴ Consumenten zijn een eigen bijdrage van €10 per behandeling verschuldigd wanneer zij eerstelijnspsychologische zorg gebruiken.²⁵ Wanneer de patiënt meer dan acht behandelingen nodig heeft kan hij zich hier aanvullend voor verzekeren. Verzekeraars hebben aangegeven zorgaanbieders te gaan contracteren wanneer de eerstelijnspsychologische zorg deels onder het basispakket wordt gebracht.

2.2.1.3 Vraag versus aanbod

Hoewel het onduidelijk is hoe groot de vraag naar eerstelijnspsychologische zorg precies is, kan wel worden geconstateerd dat er momenteel nauwelijks wachttijden zijn. Gemiddeld moesten patiënten in 2005 13 dagen wachten voor zij in behandeling werden genomen. 85% van de patiënten werd binnen 3 weken in behandeling genomen.^{26,27} Alleen in de regio's Zeeland, Limburg en Drenthe zijn er soms wachtlijsten langer dan drie weken. Dit duidt erop dat er

²² In het verleden maakten zorgverzekeraars wel afspraken met eerstelijnspsychologen. Dit gebeurde via de brancheverenigingen. Sinds de invoering van de Mededingingswet is dit niet meer toegestaan.

²³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, "Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg 1999", december 1998, Den Haag.

²⁴ <http://www.st-ab.nl/1-06630.htm>. De eerstelijnspsychologische zorg is in het basispakket opgenomen naar aanleiding van een motie van het lid Buijs (TK, 2001-2002, 27855, nr 12)

²⁵ Onder het huidige voorstel van VWS bedraagt de eigen bijdrage €10 per zitting. Wanneer patiënten bijvoorbeeld een telefonisch consult nodig hebben zal de eigen bijdrage een percentage van de bijdrage per hele zitting bedragen.

²⁶ Bron: NIVEL (www.nivel.nl).

²⁷ De korte wachttijden zijn mede toe te schrijven aan het wachttijdenbeleid van de leden van de LVE. Per regio zijn de leden van de LVE verenigd in zogenaamde Regionale Organen Eerstelijnspsychologen (ROEP). Binnen deze ROEP hebben eerstelijnspsychologen de afspraak dat zij patiënten die niet op korte termijn (maximaal 3 weken) in zorg kunnen worden genomen doorverwijzen naar een collega zonder wachtlijsten. Op die manier wordt voorkomen dat de patiënt lang op de benodigde zorg moet wachten.

vooral nog in de meeste regio's geen sprake is van schaarste op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg.

2.2.2 Ontwikkelingen op de markt

De opname van de eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket zal naar verwachting leiden tot een extra toename van de vraag. Dit komt enerzijds doordat patiënten sneller hulp zullen zoeken en anderzijds doordat patiënten minder snel onnodig worden doorverwezen naar de tweedelijns GGZ (wat nu soms gebeurt als mensen niet aanvullend verzekerd zijn voor eerstelijnspsychologische zorg).²⁸ Uit een pilot van onderzoeksbureau HHM²⁹ in 2003 bleek dat een volledige vergoeding van eerstelijnspsychologische zorg - al dan niet met een kleine eigen betaling - tot een stijging van de zorgvraag met ongeveer 11% zou leiden. Dit was overigens voornamelijk positief omdat patiënten eerder konden worden behandeld en afwenteling naar de (duurdere) tweede lijn kon worden voorkomen (de verwijzingen naar de tweedelijns daalden met eenzelfde percentage).

Een sterke stijging van de vraag naar eerstelijnspsychologische zorg kan leiden tot schaarste op de markt wanneer er onvoldoende zorgaanbieders zijn. In veel gevallen leidt schaarste op de markt tot een stijging van de prijs en daarmee weer tot extra aanbod. Soms zijn er echter hoge toetredingsdrempels en is er sprake van langdurige schaarste. In dat geval leiden de hogere prijzen niet tot extra aanbod, maar blijven de wachtlijsten bestaan. Ook hebben zorgaanbieders in een markt met langdurige schaarste minder prikkels om in de kwaliteit te investeren.

Wanneer er op een markt langdurige schaarste wordt verwacht (het hogere tarief lokt onvoldoende toetreding uit) kan dit een reden zijn om de markt te reguleren. Het is daarom van belang in te schatten of een stijging van de vraag naar eerstelijnspsychologische zorg kan worden opgevangen, met behoud van de kwaliteit van de zorgverlening. Hiervoor bestaat een aantal mogelijkheden:

1. **Huidige aanbieders gaan meer werken:** Zoals eerder al werd gemeld, werkt een groot deel van de eerstelijnspsychologen in deeltijd. Wanneer de vraag naar eerstelijnspsychologische zorg toeneemt, bestaat de mogelijkheid dat zij meer zullen gaan werken om de vraag op te vangen. Vaak kiezen mensen er overigens bewust voor om deeltijd te werken, bijvoorbeeld vanwege de zorg voor kinderen of ouders. Het is daardoor onduidelijk of eerstelijnspsychologen daadwerkelijk meer gaan werken wanneer er wachtlijsten bestaan.
2. **Er treden nieuwe zorgaanbieders toe tot de markt:** Een tweede manier om de vraagstijging op te vangen is om toetreding door nieuwe eerstelijnspsychologen te bevorderen.
3. De toetredingsbelemmeringen in deze markt zijn relatief beperkt. Er zijn geen hoge investeringen vereist om een praktijk te kunnen beginnen (voornamelijk kosten voor een praktijkruimte). Ook wordt toetreding niet belemmerd doordat mensen geen lid kunnen worden

²⁸ Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) constateerde in 2003 dat cliënten die niet verzekerd waren voor de eerste lijn soms onnodig werden doorverwezen naar de tweede lijn (die wel wordt vergoed). Zie: College voor Zorgverzekeringen, "Eerstelijnspsychologische zorg in het ziekenfondspakket", februari 2003, Amstelveen, p. 10.

²⁹ Hoekstra, Homans en Menting, "Samenvattende rapportage betreffende het project "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen", juni 2003, Enschede.

van de brancheorganisatie of doordat zij geen contract met een verzekeraar kunnen sluiten.

Voorals reeds opgeleide GZ-psychologen³⁰ kunnen relatief snel tot de markt toetreden. Zij hebben in principe geen bijscholing nodig en kunnen derhalve meteen aan de slag.

Het opleiden van nieuwe eerstelijnspsychologen/gz-psychologen kost wel enige tijd (minimaal 6 jaar, natuurlijk zijn er op dit moment al wel eerstelijnspsychologen in opleiding die sneller op de markt kunnen toetreden). Bovendien is het aantal opleidingsplaatsen voor de opleiding tot GZ-psycholoog beperkt.³¹ De LVE probeert momenteel wel om meer opleidingsplaatsen te creëren in eerstelijns praktijken.

Naar verwachting zal een deel van de extra zorgvraag kunnen worden opgevangen door bestaande en nieuw opgeleide gz-/eerstelijnspsychologen.

4. **Andere GGZ-zorgaanbieders worden actief in de eerstelijnspsychologische zorg:** Zoals al eerder gemeld zijn er verschillende zorgaanbieders binnen de GGZ die soortgelijke patiënten als de eerstelijnspsycholoog kunnen behandelen. Een deel van deze aanbieders is momenteel al actief op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg, zoals de GGZ-instellingen. Het is denkbaar dat zij zich meer op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg zullen begeven wanneer daar veel vraag is naar zorg. In regio's waar schaarste heerst wordt dergelijke toetreding momenteel ook al waargenomen.³²

³⁰ In totaal zijn er in Nederland ongeveer 11.000 geregistreerde GZ-psychologen (Bron: Centraal informatiepunt beroepen gezondheidszorg en Commissie Buitenlands gediplomeerden volksgezondheid, "Jaarverslag 2005", mei 2006, p. 15).

³¹ Het aantal opleidingsplaatsen tot GZ-psycholoog wordt gereguleerd door het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ (CONO). In 2006 waren er 84 opleidingsplaatsen tot GZ-psycholoog (Jaarverslag 2005, CONO). GZ-psychologen kunnen er vervolgens voor kiezen om zich te laten registreren als eerstelijnspsycholoog of om zich te specialiseren tot klinisch psycholoog. Momenteel is ongeveer 10% van de GZ-psychologen geregistreerd als eerstelijnspsycholoog (Bron: Jaarverslag NIP 2005). In de praktijk lijken er overigens meer gz-psychologen te worden opgeleid. De LVE en het NIP geven aan dat er soms met verzekeraars afspraken worden gemaakt om de opleiding van nieuwe gz-psychologen te bekostigen via de normale productieafspraken (de zorg geleverd door de gz-psycholoog in opleiding is dan declarabel (vaak wel tegen een lager tarief)). Zij schatten in dat er op deze manier ongeveer 400 psychologen per jaar worden opgeleid. Het BIG-register toont aan dat er jaarlijks ongeveer 600 tot 700 nieuwe gz-psychologen een registratie aanvragen.

³² Uit een internetscan van de tarieven van eerstelijnspsychologen in Nederland blijkt dat er nauwelijks regionale verschillen bestaan in de tarieven van eerstelijnspsychologen. De tarieven van eerstelijnspsychologen in gebieden waar schaarste heerst zijn niet hoger dan de tarieven in de andere gebieden.

Box 1: De GGZ in de Zorgverzekeringswet

Behalve de eerstelijnspsychologische zorg worden per 1 januari 2008 tevens alle kortdurende opnames (korter dan 1 jaar) en/of alle ambulante GGZ-zorg overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Binnen deze zorg zal vanaf 2008 worden gewerkt met DBC's (DBC-GGZ), waaraan een maximum tarief is verbonden.

Om te voorkomen dat zorgverzekeraars die veel patiënten met psychische stoornissen verzekeren voorspelbaar verlies zullen maken (buiten hun schuld om), is het belangrijk dat er een goede risicoverevening bestaat. Immers, alleen wanneer verzekeraars er geen belang bij hebben om bepaalde groepen (risicovolle) patiënten te weren zullen zij hun best doen om voor iedereen goede zorg in te kopen.

Op dit moment bestaan er nog nauwelijks gegevens over de kosten van bepaalde groepen patiënten in de GGZ. Hierdoor werkt het risicovereveningsmodel nog niet goed. De minister van VWS is daarom in overleg met ZN om te bepalen in welke mate verzekeraars bij de overheveling van de GGZ-zorg naar de Zvw risicodragend zullen worden. Het valt daarbij niet uit te sluiten dat de zorgverzekeraars niet tot nauwelijks risico zullen gaan lopen over de kosten van de curatieve GGZ-zorg (inclusief de eerstelijnspsychologische zorg).

2.2.3 Conclusie

Op dit moment is er in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg nauwelijks schaarste. Er zijn slechts enkele regio's waar de consument langer dan drie weken moet wachten op de benodigde zorg. Er bestaat een kans dat de vraag naar eerstelijnspsychologische zorg zal toenemen, wanneer deze zorg deels onder de basisverzekering komt te vallen. Vooral nog ziet de NZa voldoende mogelijke aanbieders die deze vraag op zouden kunnen vangen en wordt niet verwacht dat er op deze markt langdurige schaarste zal ontstaan. Tariefregulering lijkt dan ook niet noodzakelijk om de publieke belangen op deze markt te borgen.

2.3 Keuzemogelijkheden voor de consument

In een vraaggestuurd zorgstelsel is het belangrijk dat de consument kan kiezen voor de zorg die het beste aan zijn voorkeuren voldoet, of dat de verzekeraar dit namens hem kan doen. Daarvoor is het belangrijk dat er inzicht bestaat in de inhoud, de prijs en de kwaliteit van de zorg die door de verschillende zorgaanbieders wordt geleverd. Daarnaast moet de consument of de verzekeraar kunnen overstappen naar een andere aanbieder wanneer de geleverde zorg hem niet bevalt. Hieronder zal op deze aspecten nader worden ingegaan.

2.3.1 Transparantie op de markt*2.3.1.1 Eenduidige prestatiebeschrijvingen*

Voor een goede werking van de markt is het allereerst belangrijk dat er eenduidige prestatiebeschrijvingen bestaan. Alleen dan weten de patiënt en de zorgverzekeraar wat zij kunnen verwachten wanneer zij een bepaalde soort zorg afnemen, en hoe deze zorg zich verhoudt tot andere vormen van zorg. Ook kunnen zorgverzekeraars en consumenten de verschillende aanbieders zo beter met elkaar vergelijken. Voor zorgaanbieders zijn heldere prestatiebeschrijvingen nodig zodat zij weten

welke zorg zij moeten leveren en hierover contracten kunnen sluiten met zorgverzekeraars.

Momenteel zijn de prestaties op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg onhelder. Er lijkt sprake te zijn van een groot aantal aanbieders dat allemaal op hun eigen manier eerstelijnspsychologische zorg of iets soortgelijks levert. Binnen de eerstelijnspsychologische zorg wordt voornamelijk gesproken over zittingen. Hoe deze zittingen verder worden vormgegeven en hoe lang zij precies mogen duren is echter niet altijd voldoende helder. De NZa werkt daarom in overleg met de brancheorganisaties aan de ontwikkeling van prestatiebeschrijvingen voor de eerstelijnspsychologische zorg.

Een aantal partijen geeft aan dat het onderscheid tussen eerstelijnspsychologische zorg en andere kortdurende GGZ-zorg in de huidige situatie niet altijd duidelijk kan worden gemaakt. Dit kan problemen opleveren, bijvoorbeeld wanneer er op de ene markt (de eerstelijnspsychologische zorg) vrije prijzen gelden, en op de andere markt maximum tarieven. Het speelveld waarop aanbieders zich begeven is dan niet voor alle aanbieders gelijk (geen level playing field), omdat verschillende aanbieders voor hetzelfde product gebonden zijn aan verschillende soorten regulering. Het is daarom belangrijk dat de prestatiedefinitie voor eerstelijnspsychologische zorg onderscheidend is ten opzichte van andere prestaties in de GGZ-zorg. De NZa houdt hier rekening mee bij de ontwikkeling van de prestatiebeschrijvingen.

2.3.1.2 Kwaliteitstransparantie

Behalve een goede productdefinitie is het ook van belang dat de consument en de verzekeraar informatie hebben over de kwaliteit van de verleende zorg en dat aanbieders hierover op een uniforme en vergelijkbare manier rapporteren. Daarbij is enerzijds behoefte aan informatie over de borging van de kwaliteit en anderzijds aan informatie over de kwaliteitsverschillen tussen verschillende aanbieders.

Alleen door bij de keuze voor een aanbieder bewust te letten op de geleverde kwaliteit kunnen consumenten/verzekeraars zorgaanbieders stimuleren om die kwaliteit ook daadwerkelijk te leveren. Wanneer de consument/verzekeraar alleen op de prijs van de geleverde zorg let, bestaat er immers een risico dat zorgaanbieders niet investeren in de kwaliteit van de geleverde zorg om zo de prijs verder omlaag te kunnen brengen.

In deze paragraaf ligt de focus op transparantie van de kwaliteit van eerstelijnspsychologen omdat deze groep het duidelijkst in beeld is voor de feitelijke levering van eerstelijnspsychologische zorg. Wel dient te worden opgemerkt dat veel van de kwaliteitsvoorwaarden voor alle aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg gelden.

Kwaliteitsborging

De kwaliteit in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg is op verschillende manieren geborgd. Allereerst is er de registratie als eerstelijnspsycholoog door het NIP, waarvoor BIG-registratie, praktijkervaring en jaarlijkse intervisie vereisten zijn. Daarnaast zijn eerstelijnspsychologen – voor zover zij in een groepspraktijk werken – door de Kwaliteitswet Zorginstellingen gehouden aan het voeren van een kwaliteitssysteem. Hierop wordt toegezien door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Behalve via wettelijke regels wordt de kwaliteit van eerstelijnspsychologische zorg tevens geborgd door eigen richtlijnen vanuit de beroepsgroep. De LVE heeft onder andere richtlijnen opgesteld voor intake en indicatiestelling, arbeidsgerelateerde hulpverlening en de behandeling van angst- en depressiestoornissen in de eerstelijns, waaraan leden zich dienen te houden. Daarnaast is een kwaliteitshandboek en een klachtenregeling ingesteld waardoor mogelijke problemen aan het licht kunnen komen. Ten slotte bevordert de LVE bijscholing en certificering (HKZ/ISO).³³

Kwaliteitsverschillen

Hoewel de kwaliteit dus is geborgd, is er weinig inzicht in kwaliteitsverschillen tussen eerstelijnspsychologen onderling. Consumenten kunnen daardoor vaak geen weloverwogen keuze maken tussen verschillende aanbieders. Ook kunnen aanbieders zich hierdoor niet onderscheiden van elkaar op het gebied van kwaliteit.

Op dit moment signaleren aanbieders vooral dat zij een bepaalde kwaliteit garanderen door zich te registreren als eerstelijnspsycholoog bij het NIP of door te werken met de richtlijnen van de LVE. Van eerstelijnspsychologen met een dergelijke registratie/lidmaatschap kan worden verwacht dat zij aan de eerder genoemde kwaliteitseisen voldoen. Ook certificering door het HKZ of het ISO kan een dergelijk signaal geven.

Er zijn verschillende manieren om de kwaliteit van de geleverde zorg te meten. In het algemeen wordt er onderscheid gemaakt tussen "structuur-indicatoren", "proces-indicatoren" en "uitkomst-indicatoren". Uitkomst-indicatoren gaan vooral in op de uitkomsten van de geleverde zorg voor de patiënt (is de patiënt er beter van geworden?). Structuur- en proces-indicatoren zeggen meer over het proces waarin de zorg tot stand komt.

De IGZ werkt momenteel aan de ontwikkeling van een gelaagd en gefaseerd toezicht voor vrijgevestigde psychiaters. De ontwikkeling van een aantal prestatie-indicatoren maakt deel uit van dit toezicht. Op termijn verwacht de IGZ ook voor de vrijgevestigde psychotherapeuten en de gezondheidszorgpsychologen (waarvan de eerstelijnspsychologen deel uitmaken) een dergelijk toezicht te ontwikkelen, waaruit ook kwaliteitsverschillen tussen verschillende zorgaanbieders naar voren komen. De NZa steunt deze ontwikkeling van harte en zal onderzoeken of er mogelijkheden zijn om de prestatiebeschrijvingen voor eerstelijnspsychologische zorg af te stemmen op de uitkomsten van de door de zorgaanbieders geleverde zorg (uitkomstgericht in plaats van inputgericht) wanneer er indicatoren beschikbaar komen. Op korte termijn zijn er echter nog geen prestatie-indicatoren beschikbaar.

Ten slotte hebben ook verzekeraars een rol bij het transparant maken van kwaliteitsverschillen, door bij de inkoop van zorg eisen te stellen aan de aanbieders die zij contracteren. Zo kunnen zij bijvoorbeeld eisen stellen aan de maximale wachttijd voor een consument in zorg wordt genomen of aan de processen die de zorgaanbieders hanteren. Dergelijke contractering draagt bij aan de transparantie op de markt.

Conclusie

Hoewel de minimum kwaliteit is gewaarborgd, is het voor de consument en de verzekeraar moeilijk om een goede keuze te maken tussen verschillende zorgaanbieders op kwaliteitsaspecten. Meer transparantie

³³ Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, "De LVE en de eerstelijnspsychologen", november 2006, Amsterdam

over de relatieve kwaliteitsprestaties van aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg is wenselijk om daadwerkelijke vraagsturing op gang te brengen en om te waarborgen dat er niet alleen wordt geconcurrerd op prijs. De prikkels om kwaliteitsinformatie transparant te maken zijn overigens groter in een markt met vrije prijzen dan in een gereguleerde markt. Immers, in een vrije markt is het voor aanbieders cruciaal om aan te tonen dat zij meer kwaliteit leveren dan andere aanbieders om zo hun tarief te verantwoorden. Ook hebben verzekeraars dan meer mogelijkheden om kwaliteitstransparantie te bevorderen en te belonen.

2.3.1.3 Prijstransparantie

Wanneer consumenten een keuze moeten maken tussen verschillende zorgaanbieders hebben zij – vooral wanneer zij (een deel) zelf moeten betalen – behoefte aan informatie over de prijs van de geleverde zorg. In deze paragraaf wordt voornamelijk ingegaan op de transparantie van de prijzen van eerstelijnspsychologen omdat deze groep het duidelijkst in beeld is voor de feitelijke levering van eerstelijnspsychologische zorg.

Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat het tarief van eerstelijnspsychologen transparant is. Deze varieert tussen de € 70 en de € 110 per zitting. Het gros van de eerstelijnspsychologen vraagt een bedrag tussen de € 75 en € 90.³⁴ Veel eerstelijnspsychologen plaatsen informatie over het tarief op het internet. De LVE beroepscode vereist daarnaast dat hun leden een standaard prijslijst in hun wachtkamer ophangen.³⁵ Ten slotte geven vrijwel alle eerstelijnspsychologen ook telefonisch informatie over hun tarieven wanneer daarnaar wordt gevraagd.

2.3.2 Keuze- en overstapmogelijkheden

Wanneer de consument of de verzekeraars hebben besloten welke zorgaanbieder het beste aan hun wensen voldoet, is het vervolgens belangrijk dat zij ook daadwerkelijk voor deze zorgaanbieder kunnen kiezen.

Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dat wil zeggen dat zij voldoende zorg moeten inkopen om aan de vraag van hun verzekerden te voldoen. Zolang er voldoende aanbod op de markt is en dit aanbod transparant is, kan de verzekeraar zelf kiezen welke eerstelijnspsychologen hij wil contracteren. Het gebrek aan kwaliteitsinformatie kan een goede keuze door de verzekeraar op dit moment in de weg staan.

Een aantal verzekeraars geeft aan dat zij niet goed kunnen inschatten welke zorgaanbieders in staat zijn om eerstelijnspsychologische zorg te leveren en zodoende ook niet goed weten wie zij precies moeten contracteren. Andere verzekeraars geven echter aan dat in overleg met de brancheorganisaties wel duidelijk wordt wie eerstelijnspsychologische zorg kunnen leveren. De NZa is daarom van mening dat er op dit vlak geen aanvullende maatregelen nodig zijn.

³⁴ Deze cijfers zijn afkomstig uit gesprekken met partijen en uit een scan van de internetsites van een aantal zorgaanbieders.

³⁵ Momenteel zijn eerstelijnspsychologen hiertoe nog niet wettelijk verplicht. Mocht de eerstelijnspsychologische zorg onder de WMG komen te vallen (prestatieregulering) terwijl de prijzen vrij blijven, dan zal de NZa ook voor deze beroepsgroep nadere regels opstellen omtrent het ophangen van standaard prijslijsten.

Consument

Ook voor de consument geldt dat hij voldoende aanbod moet hebben om uit te kiezen en dat er voldoende transparantie moet zijn op de markt. Bij de keuze van de consument voor een bepaalde zorgaanbieder speelt de huisarts echter vaak een grote rol. Veel consumenten laten zich bij hun keuze begeleiden door de huisarts of de SPV. Deze is vaak beter op de hoogte van de prijs en de kwaliteit van de verschillende zorgaanbieders en kan de consument daarover adviseren. Om een goed advies te kunnen geven aan de consument is het van belang dat de huisarts en de SPV goed op de hoogte zijn van het beschikbare zorgaanbod. Echter ook voor hen geldt dat er momenteel weinig kwaliteitsinformatie beschikbaar is. Het gebrek aan kwaliteitsinformatie over het beschikbare zorgaanbod kan een goede keuze door de consument in de weg staan.

Wanneer de patiënt eenmaal in behandeling is bij een bepaalde zorgaanbieder is de kans dat hij zal overstappen gering. Als de patiënt namelijk overstapt, wordt de vertrouwensband tussen de behandelaar en de patiënt verbroken en vervalt veelal de waarde van de tot dan toe genoten behandeling. Dit is vooral een probleem omdat er slechts acht eerstelijnspsychologische behandelingen (ongeacht of deze zorg door verschillende personen wordt geleverd) in het basispakket zitten. Wanneer de patiënt overstapt naar een andere zorgaanbieder zullen er meestal meer dan acht behandelingen nodig zijn, die dan voor rekening van de patiënt zelf komen (tenzij de patiënt hiervoor een aanvullende verzekering heeft afgesloten). Overigens kan dit probleem deels worden ondervangen door een goed intakegesprek waarin de zorgaanbieder aangeeft welke kwaliteit hij levert en hoeveel zittingen hij nodig denkt te hebben om de patiënt te helpen. De patiënt kan daarna nog besluiten over te stappen zonder dat hierdoor direct een vertrouwensrelatie wordt verbroken.

Conclusie

In principe zijn zowel de consument als de verzekeraar momenteel vrij in de keuze om over te stappen naar de aanbieder die het beste aan hun wensen voldoet. In de praktijk blijkt het echter vaak lastig om te kiezen voor de beste aanbieder vanwege een gebrek aan kwaliteitstransparantie op de markt. Het is derhalve de vraag of consumenten en verzekeraars ook daadwerkelijk kunnen kiezen voor de beste zorgaanbieders. Gezien de vertrouwensband die vaak ontstaat met een bepaalde zorgverlener nadat een patiënt in behandeling is genomen, verwacht de NZa bovendien niet dat patiënten gedurende de behandeling snel zullen overstappen als een bepaalde zorgaanbieder niet aan hun wensen voldoet.

3. Marktgedrag

Voor een goede werking van de markt is het niet alleen van belang dat er voldoende aanbod op de markt is en dat de markt transparant is. Het gedrag van de spelers op die markt heeft minstens zoveel effect. Kort samengevat is het van belang dat alle partijen – zorgverzekeraars en zorgaanbieders – worden gemotiveerd om de juiste zorg te leveren aan de juiste personen op het juiste moment (goede coördinatie). Dit alles dient te gebeuren tegen zo laag mogelijke transactiekosten.³⁶ Als er een groot risico bestaat dat het gedrag van marktspelers een goede werking van de markt belemmert, kan het noodzakelijk zijn maatregelen te nemen om de publieke belangen, kwaliteit, betaalbaarheid en doelmatigheid te beschermen.

In dit hoofdstuk wordt allereerst ingegaan op de prikkels die de zorginkopers hebben om goede en doelmatige zorg in te kopen. Deze prikkels zijn noodzakelijk om zorgaanbieders te stimuleren kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg te leveren. Daarna wordt gekeken naar mogelijke anticompetitieve gedragingen van individuele aanbieders en verzekeraars. Ten slotte komen externe effecten aan bod, die kunnen worden uitgelokt door een vrije markt voor eerstelijnspsychologische zorg en die een negatief effect kunnen hebben op de publieke belangen.

3.1 Inkooprikkels

Voor een goede werking van de markt is het allereerst van belang dat de inkoper van zorg – dit kan zowel de consument als de verzekeraar zijn – bewust kiest voor een bepaalde zorgaanbieder en daarbij let op zowel de prijs als de kwaliteit van de geleverde zorg.

3.1.1 De zorgverzekeraar

Zoals in het visiedocument “theoretisch kader liberalisering” is aangegeven, kunnen verzekeraars externe en interne prikkels ervaren om goed in te kopen.

- **Externe prikkel:** Verzekerden letten bij de aanschaf van een polis vooral op de prijs daarvan.³⁷ Verzekeraars hebben dus een externe prikkel om te letten op de prijs van de gecontracteerde zorgaanbieders. Wanneer verzekerden hun keuze voor een zorgpolis ook baseren op de kwaliteit van de eerstelijnspsychologische zorg die de verzekeraar heeft gecontracteerd, worden verzekeraars gestimuleerd om kwalitatief goede zorgaanbieders te contracteren en zich zo van andere verzekeraars te onderscheiden.³⁸ Onderzoek van NIVEL wijst uit dat verzekerden het "voornamelijk niet of een beetje

³⁶ Peter Bogetoft & Henrik Ballebye Olesen, *"Design of production contracts"*, 2004.

³⁷ Uit de monitor zorgverzekeringsmarkt 2006 van de NZa bleek dat een lagere premie de voornaamste reden was voor consumenten om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar.

³⁸ Een belangrijke voorwaarde hiervoor is overigens wel dat het risicovereveningsmodel de risico's die samenhangen met patiënten met een psychisch probleem voldoende goed verevent. Wanneer mensen met psychische problemen een groep vormen waarop een verzekeraar voorspelbaar verlies zal maken - ongeacht hoe goed hij die zorg inkoopt - kan er een prikkel zijn om juist slechte eerstelijnspsychologische zorg in te kopen en zo mensen met psychische problemen weg te houden uit de verzekerdenpopulatie.

belangrijk" vinden om verzekerd te zijn voor psychologische zorg.³⁹ De externe prikkel voor verzekeraars om kwalitatief goede zorgaanbieders te contracteren is daardoor vooralsnog beperkt. Natuurlijk blijven zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg wel gehouden aan hun zorgplicht (en de daaraan verbonden kwaliteitseisen).

- **Interne prikkel:** Intern worden verzekeraars geprikkeld om te letten op zowel de prijs als de kwaliteit van de geleverde zorg.⁴⁰ Zoals eerder al gemeld kunnen verzekeraars door scherp geprijsde zorg in te kopen hun schadelast beperken. Hierdoor kan de verzekeraar niet alleen extra klanten aantrekken (door middel van een lagere premie), maar ook zijn eigen vermogenspositie verbeteren. Daarnaast hebben verzekeraars een prikkel om kwalitatief goede eerstelijnspsychologische zorg in te kopen, omdat zij op die manier kunnen voorkomen dat consumenten gebruik (moeten) gaan maken van de duurdere tweede- of derde lijns GGZ-zorg. Voordat verzekeraars daadwerkelijk kunnen letten op de kwaliteit van de geleverde zorg is het overigens wel van belang dat de kwaliteit ook transparant is (zie ook paragraaf 2.3.1.3). Op dit moment is de kwaliteitstransparantie op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg nog niet groot. De mogelijkheden voor zorgverzekeraars om ook te letten op de kwaliteit van de ingekochte eerstelijnspsychologische zorg kunnen daardoor beperkt zijn.

Wanneer de verzekeraar goede zorg in heeft gekocht, is het vervolgens belangrijk dat consumenten ook naar deze gecontracteerde aanbieders toegaan. Hierop zal in paragraaf 3.1.3.1 nader worden ingegaan.

Ten slotte is het van belang op te merken dat bovenstaande analyse alleen geldt wanneer zorgverzekeraars in voldoende mate risico dragen over de GGZ-zorg. Indien er voor wordt gekozen de verzekeraars geen of nauwelijks risico te laten dragen over de inkoop van GGZ-zorg, zijn de prikkels voor verzekeraars om goede zorg in te kopen beperkt. Wanneer er voor wordt gekozen verzekeraars enkel risicodragend te maken voor de eerstelijnspsychologische zorg (en niet voor de rest van de curatieve GGZ), hebben verzekeraars wel een prikkel om te letten op de prijs van de ingekochte eerstelijnspsychologische zorg. Of zij ook voldoende aandacht zullen besteden aan de kwaliteit van de ingekochte zorg zal in dat geval intensief moeten worden gemonitord.

3.1.2 De consument

Zoals eerder aangegeven wordt de kwaliteit van eerstelijnspsychologische zorg meestal niet ervaren als een belangrijke keuzefactor wanneer consumenten kiezen voor een bepaalde zorgverzekering. Wanneer consumenten daadwerkelijk zorg nodig hebben verandert dit echter. Omdat consumenten er direct nadeel van ondervinden wanneer de kwaliteit van de zorg ondermaats is, worden zij gestimuleerd om te letten op de kwaliteit van de geleverde zorg. Zoals in paragraaf 2.3.1 al bleek, is dit voor consumenten vaak moeilijk vanwege de gebrekkige transparantie van prestaties en van kwaliteitsverschillen op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg.

³⁹ NIVEL, "De toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen: een onderzoek naar de verzekeringstechnische en geografische toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen", Utrecht, 2001.

⁴⁰ Mits de te behalen inkoopvoordelen opwegen tegen de transactiekosten die de verzekeraar moet maken om met aanbieders te onderhandelen.

Of de consument wordt gestimuleerd om ook te letten op de prijs van de zorg en de prijs-kwaliteitverhouding hangt in grote mate af of hij is verzekerd voor een bepaalde verstrekking of niet. Wanneer de consument verzekerd is voor een bepaalde vorm van zorg, wordt hij (afhankelijk van de vergoeding die de verzekeraar biedt) minder gestimuleerd om te letten op de prijs van de geleverde zorg en hoe deze prijs zich verhoudt tot de geleverde kwaliteit. Daarbij geldt dat hoe meer de verzekeraar vergoedt, hoe kleiner de prikkel om te letten op de prijs. Als de verzekeraar alle kosten van de behandeling vergoedt, heeft de consument alleen nog een prikkel om te letten op de kwaliteit van de zorg, ongeacht de kosten die daarmee samenhangen. Wanneer de consument niet verzekerd is, is de prikkel om te letten op de prijs-kwaliteitverhouding van de geleverde zorg het grootst.⁴¹

De vraag of een consument prikkels ervaart om scherp in te kopen is dus afhankelijk van de polis die hij heeft afgesloten. Momenteel is ruim 93% van de Nederlandse bevolking aanvullend verzekerd.⁴² De vergoeding voor eerstelijnspsychologische zorg varieert van geen vergoeding voor de minder uitgebreide polissen tot een volledige vergoeding bij enkele verzekeraars als een verzekerde voor de meest uitgebreide polis kiest. Vaak stellen verzekeraars bovendien een maximum aan de totale vergoeding.⁴³ De prikkel die consumenten ondervinden om te letten op de prijs-kwaliteitverhouding van de geleverde zorg, en goede zorg in te kopen is daardoor beperkt aanwezig. Wanneer per 1 januari 2008 de eerste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg binnen het basispakket vallen, zal deze prikkel voor de eerste acht behandelingen waarschijnlijk verder afnemen en wellicht zelfs geheel verdwijnen (de eigen bijdrage is niet gerelateerd aan de prijs van de genoten behandeling). Wanneer de consument meer dan acht behandelingen nodig heeft, blijft er nog wel een beperkte prikkel bestaan om te letten op de prijs (afhankelijk van de gekozen aanvullende polis).

3.1.3 Marktverhoudingen

Voor een goede werking van de markt dient een verzekeraar/consument over een goede onderhandelingspositie ten opzichte van de zorgaanbieders te beschikken. Dan kan scherp worden ingekocht en kunnen goede kwaliteitsafspraken worden gemaakt. Bij een goed werkende zorgverzekeringsmarkt worden deze voordelen doorgegeven aan de verzekerden.

Deze paragraaf gaat in op een aantal aspecten die invloed hebben op de onderhandelingspositie van de partijen in deze markt.

3.1.3.1 Verzekeraar

Voldoende aanbod/aanbieders

In hoofdstuk 2 werd reeds geconstateerd dat er in de meeste regio's voldoende aanbod is op deze markt om aan de vraag naar eerstelijnspsychologische zorg te kunnen voldoen. Bovendien bleken er

⁴¹ De minister van VWS is voornemens een eigen bijdrage van €10 in te stellen wanneer de eerstelijnspsychologische zorg wordt opgenomen in het basispakket. Dit bedrag is altijd gelijk ongeacht de prijs van de gekozen zorgaanbieder. Om de consument meer prijsbewust te maken bij zijn keuze voor een bepaalde zorgaanbieder kan worden overwogen om de eigen bijdrage die de consument moet betalen te laten variëren, afhankelijk van de keuze van de consument (meer eigen bijdrage als je naar een dure aanbieder gaat).

⁴² NZa, "De tussenstand op de verzekeringsmarkt. Monitor zorgverzekeringsmarkt" juni 2006, Diemen.

⁴³ De verzekeraar heeft dan bijvoorbeeld in zijn polis opgenomen dat 75% van de behandeling wordt vergoed tot een maximum van 250 euro. Ook zijn er verzekeraars die een maximumbedrag vergoeden per behandeling bijvoorbeeld 25 of 50 euro.

verschillende zorgaanbieders te bestaan die een mogelijke vraagstijging op zouden kunnen vangen en waren de toetredingsdrempels laag. Wanneer er voldoende aanbod/aanbieders op de markt zijn, hoeven de verzekeraars niet perse alle aanbieders op de markt te contracteren om aan de zorgplicht te kunnen voldoen en kunnen eisen worden gesteld aan de aanbieders die een verzekeraar wil contracteren. Dit versterkt de onderhandelingspositie van de verzekeraar op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg.

Keuzeondersteuningsmogelijkheden

De onderhandelingspositie van de verzekeraar hangt daarnaast af van de mate waarin hij verzekeren kan stimuleren om van het door hem gecontracteerde aanbod gebruik te maken. Hoe beter de verzekeraar hiertoe in staat is, hoe groter het risico voor een aanbieder die niet voldoet aan de wensen van de verzekeraar en de consument om geen contract te krijgen. Wanneer de verzekeraar er in slaagt zijn verzekeren richting bepaalde (goede) aanbieders te geleiden, wordt de aanbieder geprikkeld om een goede prijs-kwaliteitverhouding aan te bieden. Of de verzekerde er voor kiest om van het door de verzekeraar gecontracteerde aanbod gebruik te maken, is in grote mate afhankelijk van de afruil tussen reistijd, kwaliteit en de financiële bijdrage⁴⁴ die een verzekerde moet betalen als hij naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat.

Het is voornamelijk onduidelijk in hoeverre verzekeraars in de toekomst zullen proberen hun verzekeren te geleiden naar bepaalde zorgaanbieders. Doordat eerstelijnspsychologische zorg zich vooral richt op mensen die nog niet eerder psychologische zorg ontvingen, heeft de verzekerde nog geen bestaande band met de eerstelijnspsycholoog.⁴⁵ Hierdoor lijken de mogelijkheden voor verzekeraars om het gedrag van verzekeren te beïnvloeden aanwezig. Anderzijds zorgt het gebrek aan informatie over de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders er nu voor dat het moeilijk is verzekeren ervan te overtuigen dat het beter is om naar een gecontracteerde aanbieder te gaan.

3.1.3.2 Aanbieder

Op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg zijn meerdere verzekeraars actief. Aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg hoeven in principe niet met elke verzekeraar een contract te sluiten. Zij kunnen bijvoorbeeld besluiten met een bepaalde verzekeraar (of met alle verzekeraars) geen contract aan te gaan wanneer deze te slechte contractvoorwaarden biedt.

De onderhandelingspositie van de aanbieder ten opzichte van de verzekeraar hangt onder andere af van het aantal concurrenten dat een

⁴⁴ Wanneer een consument naar een zorgaanbieder gaat die niet door zijn verzekeraar is gecontracteerd (in geval van een polis met gecontracteerde zorg), hoeft de verzekeraar niet noodzakelijk alle kosten te vergoeden (mits dit duidelijk in de polis vermeld staat). Het bedrag dat de verzekeraar vergoedt, wordt de "restitutievergoeding bij niet gecontracteerde zorg" genoemd. Dit bedrag kan 100% van de gemaakte kosten bedragen, maar kan ook een lager percentage of een bepaald bedrag bedragen. Door niet alle kosten te vergoeden wanneer de verzekerde naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat, kan de verzekeraar zijn verzekeren stimuleren om gebruik te maken van de gecontracteerde aanbieders (zonder bijbetaling). De verzekeraar is er overigens vanuit zijn zorgplicht wel aan gehouden om voldoende zorg in te kopen zodat de consument altijd - zonder eigen betaling - ergens terecht kan. Zie in dit kader ook het visiedocument "Richting geven aan keuzes" (NZa, april 2007).

⁴⁵ Dit zal bijvoorbeeld minder het geval zijn dan bij een huisarts met wie een verzekerde een directe band heeft. Eerstelijnspsychologische zorg is immers vooral bedoeld voor mensen die niet eerder eerstelijnspsychologische hulp nodig hebben gehad.

contract sluit met een verzekeraar, van de hoogte van de restitutievergoeding bij niet gecontracteerde zorg en van de rol van de huisarts.⁴⁶ In de huidige situatie kopen zorgverzekeraars geen eerstelijnspsychologische zorg in. Doordat zorgaanbieders ook nu nog geen contract hebben, zullen zij zich waarschijnlijk minder snel gedwongen voelen een contract met de verzekeraar te tekenen wanneer deze hen in 2008 een slecht aanbod doet. Wanneer de verzekeraar met zijn slechte aanbod niet voldoende zorg kan contracteren om aan zijn zorgplicht te voldoen, wordt hij gedwongen een beter aanbod te doen, dat wel door voldoende zorgaanbieders wordt geaccepteerd. Bovendien kunnen verzekeraars door goede eerstelijnspsychologische zorg in te kopen kosten besparen op de tweede lijn. Het is dus in het belang van de zorgverzekeraar om een goede relatie te behouden met de aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg. De onderhandelingspositie van de zorgaanbieders lijkt daardoor in balans met die van de zorgverzekeraar.

3.1.3.3 Consument

De consument kan vooral macht uitoefenen door te "stemmen met de voeten", ofwel door te kiezen voor de aanbieder die het beste aan zijn wensen voldoet en/of over te stappen op een andere zorgaanbieder of zorgverzekeraar wanneer hij ontevreden is over de prijs-kwaliteitverhouding van de geleverde zorg. Uit hoofdstuk 2 blijkt dat de verzekerde kan kiezen tussen verschillende aanbieders. De kwaliteitsverschillen tussen aanbieders zijn echter niet transparant. Ook is niet duidelijk welke aanbieder welke inhoudelijke prestatie biedt en wat de relevante substituten zijn. Dit maakt het voor consumenten lastig wensen daaromtrent kenbaar te maken.

3.1.3.4 Conclusie

De marktverhoudingen tussen aanbieders en verzekeraars lijken in balans te zijn. De verzekerde kan wel "stemmen met de voeten", maar wordt hierbij gehinderd door het gebrek aan transparantie op de markt.

3.2 Anticompetitieve gedragingen

Een goede werking van de markt kan ten slotte ook worden belemmerd doordat partijen bewust de mededinging op de markt beperken. Wanneer het risico op anticompetitieve gedragingen groot is, en dit risico onvoldoende wordt ondervangen door regelgeving, kan dit een reden zijn om de markt te reguleren (voornamelijk prijsregulering). Hieronder wordt nader ingegaan op een aantal anticompetitieve gedragingen dat zich voor kan doen in de markt voor eerstelijnspsychologie en het risico daarop.

3.2.1 Te hoge prijzen

Van te hoge of excessieve prijzen is sprake wanneer een onderneming met een economische machtspositie een dusdanig hoge prijs in rekening brengt dat deze niet in een redelijke verhouding staat tot de economische waarde van de geleverde prestatie.⁴⁷ De marge op een product is dan zowel in absolute zin als in vergelijking met bijvoorbeeld de marges op eenzelfde product in een meer competitieve markt zeer

⁴⁶ De onderhandelingspositie van de zorgaanbieder wordt sterker naarmate minder concurrenten een contract sluiten met een zorgverzekeraar, naarmate de restitutievergoeding voor niet gecontracteerde zorg hoger is en naarmate de huisarts vaker naar de betreffende aanbieder verwijst.

⁴⁷ Arrest van het Europese Hof van Justitie op 14 februari 1978: United Brands vs. Europese Commissie, zaaknummer 27/76, jur. 1978, 207.

hoog te noemen. Overigens wil het signaleren van een hoge prijs niet altijd zeggen dat de prijs té hoog is. Schaarste op de markt kan bijvoorbeeld ook een prijsopdrijvend effect hebben.

De NZa is van mening dat het risico op te hoge prijzen in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg, zowel nu als na 2008, beperkt is:

- Er lijkt voldoende aanbod op de markt te zijn om aan de vraag te voldoen (zowel nu als in 2008). Wanneer een aanbieder te hoge prijzen in rekening brengt kunnen consumenten en verzekeraars kiezen voor of overstappen naar een andere zorgaanbieder. Eerstelijnspsychologen lijken daardoor niet over een economische machtspositie te beschikken.
- Er is een sterke dreiging van nieuwe toetreders die de markt zullen betreden wanneer de prijzen te hoog worden. Eventuele voordelen van het hanteren van een te hoge prijs zijn daardoor van korte duur.

3.2.2 Te lage prijzen

Een lage prijs voor zorg is in veel gevallen een teken van doelmatigheid. Intuïtief gezien kan de prijs daarom meestal niet laag genoeg zijn. Toch zijn er situaties denkbaar waarin het in ieders belang is dat de prijs niet te laag is. Zo kunnen zorgaanbieders met een economische machtspositie hun producten tijdelijk tegen een zeer lage prijs - dat wil zeggen onder de kostprijs - aanbieden om zo concurrenten en toetreders van de markt te drukken. Hoewel een strategie van te lage prijzen (of rooftprijzen) op korte termijn tot verliezen leidt, kan de aanbieder op lange termijn zijn investering terugverdienen door de prijzen te verhogen tot boven het competitieve niveau. Dit schaadt uiteindelijk het belang van de consument, die minder te kiezen heeft en te veel betaalt voor zijn zorg.

Te lage prijs door eerstelijnspsychologen

Volgens de NZa is het risico op te lage prijzen door eerstelijnspsychologen beperkt. Allereerst zijn de financiële reserves van eerstelijnspsychologen meestal beperkt, waardoor het onwaarschijnlijk is dat zij een strategie van te lage prijzen lang genoeg kunnen volhouden om al hun concurrenten uit de markt te drukken. Daarnaast is het risico op te lage prijzen beperkt vanwege het gebrek aan terugverdienmogelijkheden. Wanneer een zorgaanbieder na een periode van te lage prijzen probeert zijn prijs te verhogen tot boven het competitieve niveau, zal dit snel leiden tot nieuwe toetreders tot de markt die op hun beurt weer een prijsdempend effect zullen hebben. Er is dus geen sprake van blijvende marktmacht.

Te lage prijs door GGZ-instellingen

Een risico op te lage prijzen bestaat mogelijk wel wanneer grote GGZ-instellingen zich begeven op de markt voor eerstelijnspsychologie. Deze zorgaanbieders zouden hun eerstelijnspsychologische zorg onder de kostprijs kunnen aanbieden en de kosten daarvan (langdurig) kunnen afwentelen op de (minder competitieve markt voor) AWBZ-zorg. Hoewel de zorgaanbieders hiermee geen winst kunnen behalen, kan dit bijvoorbeeld worden ingegeven door een streven naar schaalvergroting.

Het is voornamelijk onduidelijk hoe groot het risico op te lage prijzen door grote GGZ-instellingen precies is. Dit hangt onder meer af van de ruimte voor instellingen in de AWBZ en de Zvw om te hoge prijzen te vragen en zo extra middelen te vergaren om op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg aan te bieden onder de kostprijs (kruissubsidiëring). Hierbij dient te worden opgemerkt dat de ruimte voor kruissubsidiëring vanaf 2008 kleiner wordt, doordat in de Zvw met

DBC's zal worden gewerkt (voor de zorg die voorheen onder de AWBZ viel) en binnen de AWBZ met Zorgzwaarte Pakketten (ZZP's). Instellingen kunnen daardoor minder gemakkelijk geld binnenkrijgen waar geen productie tegenover staat dan in de huidige situatie waarin er gewerkt wordt met instellingsbudgettering.

Instrumentarium

Indien er op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg sprake is van een aanbieder met een machtspositie die te lage prijzen in rekening brengt/dreigt te brengen, dan kunnen zowel de NMa als de NZa ingrijpen. De NZa kan preventief regels opleggen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht waarvan het risico groot is dat zij te lage prijzen zullen stellen. De NMa kan een boete opleggen wanneer een partij daadwerkelijk misbruik maakt van zijn economische machtspositie.

3.2.3 Samenwerking tussen zorgaanbieders

Samenwerking tussen aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg kan belangrijke zorginhoudelijke voordelen hebben. Zo kan samenwerking bijvoorbeeld bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit en aan innovatie. Sommige vormen van samenwerking beperken de concurrentie op de markt echter sterk en zijn daardoor niet toegestaan (kartelvorming). Zo kunnen aanbieders een samenwerkingsverband bijvoorbeeld gebruiken om bepaalde partijen buiten de markt te houden (door hen geen toegang te verlenen tot een noodzakelijk samenwerkingsverband) of om de prijs te verhogen.

De volgende vormen van samenwerking zijn verboden⁴⁸:

- **Prijsafspraken:** Eerstelijnspsychologen mogen niet gezamenlijk een tarief bedingen bij inkopende zorgverzekeraars. Ook afspraken over de hoogte van tarieven, kortingen en toeslagen zijn verboden.
- **Marktverdelingsafspraken:** Het is eerstelijnspsychologen niet toegestaan om – al dan niet in overleg met de zorgverzekeraars – afspraken te maken over de vestiging, de geografische verdeling van markten en de verdeling van patiënten.
- **Gemeenschappelijke leveringsweigering:** Eerstelijnspsychologen mogen niet gezamenlijk besluiten geen overeenkomst te tekenen met zorgverzekeraars. Iedere eerstelijnspsycholoog moet dit voor zichzelf beslissen.

Op de markt voor vrije beroepers is in het algemeen een groot aantal kleine spelers actief. Op regionaal vlak zijn deze spelers veelal goed georganiseerd. De structuur van de markt kan daarom kartelvorming tot gevolg hebben. Binnen een bepaalde straal kunnen aanbieders elkaar opzoeken en bestaat het risico dat zij afspraken maken over de prijs of de verdeling van de markt. In niet goed werkende markten kan meer transparantie het risico op collusie tussen aanbieders vergroten. Aanbieders kunnen dan makkelijker signalen naar elkaar afgeven en elkaars gedrag beter monitoren. Op een vrije markt moet daarom rekening worden gehouden met dit risico.

De NMa heeft de eerstelijnspsychologen in het verleden al eens beboet voor het geven van prijsadviezen.⁴⁹ Er is dus een risico op kartelvorming

⁴⁸ Mededingingswet, artikel 6. Uitzondering hierop vormen samenwerkingsafspraken tussen maximaal 8 bedrijven met een gezamenlijke omzet van maximaal €908.000 (voor diensten). Zij mogen als gevolg van de bagatelbepaling (Mededingingswet, art 7, lid 1) wel collectieve afspraken maken.

⁴⁹ Eerdere prijsadviezen van brancheverenigingen NIP, LVE, NVP en NVVP hebben geleid tot boetes door de NMa (zaaknr. 3309). Het NIP, de LVE en de NVVP hebben hiertegen hoger beroep aangetekend, waarop de rechter het besluit van de NMa heeft vernietigd (MEDED 05/2213-WILD, MEDED 05/2214-WILD en MEDED 05/2215-WILD).

in de markt voor eerstelijnspsychologie. In eerste instantie wordt dit risico echter voldoende ondervangen doordat de NMa kan ingrijpen op basis van de Mededingingswet. De NZa zal bij het monitoren van deze markt bovendien scherp letten op mogelijke ongeoorloofde vormen van samenwerking en de NMa daarover inlichten.

3.2.4 Misbruik inkoopmacht

Inkoopmacht is marktmacht aan de zijde van de zorgverzekeraar. Enige inkoopmacht is vaak wenselijk omdat de zorgverzekeraar dan beter zorg kan inkopen. Dit komt ten goede aan de consument. Er bestaat echter een risico dat een zorgverzekeraar die beschikt over inkoopmacht deze misbruikt door dusdanige inkoopvoordelen af te dwingen dat zowel de mededinging als de consument hier uiteindelijk schade door ondervinden. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het ongelijk behandelen van verschillende zorgaanbieders of het eisen van een prijs die zo laag is dat de kwaliteit daardoor in het geding komt.

Een verzekeraar heeft inkoopmacht wanneer een zorgaanbieder van een contract met die verzekeraar afhankelijk is. Hoewel er in Nederland meerdere zorgverzekeraars actief zijn – en de zorgaanbieder dus in principe meerdere contractmogelijkheden heeft – is het wel zo dat per regio vaak één verzekeraar een stuk groter is dan de rest.⁵⁰ Een contract met deze zorgverzekeraar kan voor de zorgaanbieder belangrijk zijn. De zorgverzekeraar heeft dan inkoopmacht tegenover de zorgaanbieder. Of dit ook daadwerkelijk het geval is, is onder meer afhankelijk van het aantal concurrenten dat een contract heeft met de verzekeraar, de hoogte van de restitutievergoeding bij niet gecontracteerde zorg en de rol van de huisarts.

De NZa is van mening dat het risico op misbruik van inkoopmacht door de zorgverzekeraars beperkt is. Goede eerstelijnspsychologische zorg kan verzekeraars namelijk helpen om de doorstroom naar de duurdere tweedelijns te beperken. De zorgverzekeraar heeft er dus belang bij om goede afspraken te maken met de eerstelijnspsycholoog en niet te beknipten op de kwaliteit.⁵¹ Bovendien hebben zorgverzekeraars een zorgplicht en zijn zij dus verplicht om voldoende kwalitatief goede zorg in te kopen voor hun verzekerden. Ten slotte geldt dat de NMa boetes op kan leggen wanneer verzekeraars met een economische machtspositie misbruik maken van hun inkoopmacht en dat de NZa preventief regels kan opleggen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht om te voorkomen dat zij hun inkoopmacht kunnen misbruiken.

3.3 Externe effecten

Om te bepalen of een markt wel of niet dient te worden gereguleerd is het van belang om na te gaan of er sprake is van ongewenste, niet

De NMa heeft vervolgens hoger beroep ingesteld en een nieuw besluit op de bezwaren van het NIP, de LVE en de NVVP genomen.

⁵⁰ Dit is te wijten aan het feit dat men tot voor kort in Nederland ziekenfondsregio's kende. Mensen die in een bepaalde ziekenfondsregio woonden waren automatisch bij een bepaalde verzekeraar verzekerd. Ondanks dat consumenten op dit moment zelf een zorgverzekeraar kunnen kiezen, hebben de meeste oude ziekenfondsen in hun voormalige kernwerkgebieden nog een groot marktaandeel.

⁵¹ Zoals al eerder werd vermeld, is de prikkel om kwalitatief goede zorg in te kopen wellicht nog enigszins beperkt wanneer verzekeraars niet risicodragend zijn voor de inkoop van tweedelijns GGZ-zorg. Het risico bestaat dan dat de zorgverzekeraars bij de inkoop van eerstelijnspsychologische zorg te veel zullen letten op de prijs van de ingekochte zorg. Indien de verzekeraars ook geen risico lopen op de inkoop van eerstelijnspsychologische zorg is het risico op misbruik van de zorginkoopmarkt nihil.

bedoelde bijeffecten: zogenaamde externe effecten. Deze effecten kunnen hun weerslag hebben op de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg en kunnen reden zijn om de markt voor eerstelijnspsychologische zorg te reguleren. Hieronder gaat de NZa in op een aantal mogelijke externe effecten.⁵²

3.3.1 Afwenteleffecten

Een eerste risico op een markt met vrije prijzen is dat de kosten van de zorg worden afgewenteld op een andere dan de oorspronkelijk bedoelde zorgverlener. Dit kan leiden tot een stijging van de kosten en een beperking van de toegankelijkheid van zorg.

In de markt voor eerstelijnspsychologische zorg is het risico op afwenteleffecten door aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg over het algemeen niet zo groot. Een zware zorgvraag naar eerstelijnspsychologische zorg zal zich vooral uiten in een groter aantal zittingen per patiënt. Aangezien aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg betaald krijgen per zitting, vormt een zwaardere zorgvraag voor hen geen reden tot afwenteling. Eerstelijnspsychologen verwijzen dan ook slechts $\pm 10\%$ van hun cliënten na behandeling door naar een andere GGZ-hulpverlener.⁵³

Behalve de zorgaanbieder kunnen ook de zorgverzekeraar of de consument proberen de zorgkosten af te wentelen op een andere zorgaanbieder. Bijvoorbeeld omdat zij voor bepaalde vormen van zorg niet zelf de kosten dragen. In principe draagt de zorgverzekeraar vanaf 2008 de kosten voor alle extramurale en/of kortdurende GGZ-zorg. De prikkel voor de verzekeraar om de vraag naar eerstelijnspsychologische zorg af te wentelen op andere zorgverleners in de GGZ is daardoor ook voor de zorgverzekeraar beperkt. Door effectieve inzet van eerstelijnszorg kan dure tweedelijnszorg immers worden voorkomen. Een aandachtspunt daarbij is wel de mate van risicodragendheid van verzekeraars. Indien er toe besloten wordt de verzekeraars voorsnog geen of nauwelijks risico te laten dragen voor de tweedelijns GGZ-zorg, dan is de prikkel voor hen om goede en doelmatige zorg in de eerstelijns in te kopen beperkt. Pas wanneer de zorgverzekeraars voor alle zorg in voldoende mate risicodragend zijn, zullen zij geprikkeld worden de juiste zorg op de juiste plaats te laten leveren.

Ten slotte bestaat er momenteel een risico op afwenteling door de consument (via de huisarts). Wanneer consumenten niet verzekerd zijn voor eerstelijnspsychologische zorg worden zij momenteel soms onnodig doorverwezen naar de tweedelijns GGZ waarvoor geen eigen betaling of aanvullende verzekering is vereist. Dit risico zal verminderen wanneer de eerstelijnspsychologische zorg opgenomen wordt in het basispakket. In welke mate dit risico zal verminderen is onder meer afhankelijk van bijvoorbeeld de wachttijden in beide segmenten en de eigen bijdragen

⁵² Deze zijn gebaseerd op het visiedocument "Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg" dat de NZa in februari 2007 heeft gepubliceerd. Op een aantal punten is de analyse overigens enigszins aangepast omdat de markt voor eerstelijnspsychologische zorg op dit moment niet gereguleerd is (en dus niet geliberaliseerd kan worden).

⁵³ Waarvan 7% naar de tweedelijns GGZ, 0,6% naar de derdelijns GGZ en 2,4% naar een collega eerstelijnspsycholoog. Bron: NIVEL (www.nivel.nl). Het valt te betwisten of eerstelijnspsychologen niet juist te weinig patiënten doorverwijzen naar de tweede- of derdelijns GGZ. Hierbij dient echter te worden opgemerkt dat aan de behandeling vrijwel altijd een verwijzing van de huisarts vooraf gaat (in 85% van de gevallen). Deze schat in welke zorgvraag mensen hebben en stuurt hen dan door naar de juiste zorgaanbieder. Er mag dus van worden uitgegaan dat de meeste mensen met een zwaardere zorgvraag dan eerstelijnspsychologische zorg direct worden doorverwezen naar de tweede- of derdelijns en niet bij de eerstelijnspsycholoog terecht komen.

die de patiënt moet betalen voor de verschillende vormen van zorg. Indien de wachtlijst voor tweedelijns GGZ-zorg bijvoorbeeld langer is dan die voor eerstelijns GGZ-zorg of andersom, blijft er een risico op afwenteling bestaan. Ditzelfde geldt ten aanzien van de eigen bijdragen. Om dit laatste risico te ondervangen is het van belang één beleid te voeren ten aanzien van de eigen bijdragen in de ambulante GGZ-zorg. Overigens heeft ook de verzekeraar een belangrijke rol om er voor te zorgen dat patiënten niet onnodig duurdere zorg gebruiken.

3.3.2 Volume effecten

Bij de beslissing om een markt te liberaliseren of te reguleren, is het tevens van belang te letten op mogelijke prikkels voor zorgaanbieders om extra, niet medisch noodzakelijke zorg te leveren om zo extra inkomen te vergaren (aanbodgestuurde vraag of supplier induced demand). Dit geldt eveneens voor de mogelijke prikkels voor zorgaanbieders om duurdere/complexere behandelingen te geven dan noodzakelijk (upcoding). Ten slotte kan ook de consument het prettig vinden om meer zorg te krijgen dan noodzakelijk (consumer driven demand).

Upcoding

In de eerstelijnspsychologische zorg zijn de mogelijkheden tot upcoding beperkt. Het product dat wordt aangeboden is een zitting, waarbij weinig zorginhoudelijk wordt gedifferentieerd. Het tarief voor deze zittingen is vrijwel altijd gelijk, ongeacht het type probleem waar de patiënt mee kampt. Zorgaanbieders kunnen de patiënt dus niet onnodig duurdere zittingen voorschrijven.

Supplier induced demand

Het risico op supplier induced demand doet zich vooral voor wanneer de zorgverzekeraar en de zorgconsument een minder goede inschatting kunnen maken van de zorgvraag en de meest geschikte behandeling dan de zorgaanbieder. In de eerstelijnspsychologische zorg is dat vaak het geval. De meeste patiënten die bij een zorgaanbieder terecht komen, zullen niet goed weten hoeveel zittingen er nodig zijn om hen te behandelen (informatie asymmetrie tussen zorgaanbieder en vrager). Het is daarom mogelijk dat de eerstelijnspsychologen meer zorg leveren dan noodzakelijk.

Er zijn twee factoren die het risico op supplier induced demand beperken:

- Zorgverzekeraars kunnen het risico op supplier induced demand verkleinen door bijvoorbeeld benchmarkstudies uit te voeren of zorgaanbieders aan elkaar te spiegelen. Zorgaanbieders die zonder een goede, aantoonbare reden veel meer behandelingen uitvoeren dan gemiddeld kunnen dan bijvoorbeeld worden gekort op hun productieafspraken. Ook kunnen verzekeraars efficiënte aanbieders belonen.
- Het aantal behandelingen van eerstelijnspsychologische zorg is beperkt. De meeste zorgverzekeraars vergoeden eerstelijnspsychologische zorg tot een maximum aantal behandelingen (meestal 12 behandelingen, volgens studies kunnen vrijwel alle patiënten daarbinnen worden geholpen). Per 2008 worden in het basispakket slechts 8 behandelingen vergoed. Wanneer de zorgaanbieder meer dan 8 of 12 behandelingen levert, draait de consument zelf op voor de kosten van de zorg (tenzij hij daarvoor aanvullend verzekerd is) en is er een risico dat de patiënt zijn behandeling niet afmaakt. Ook dit beperkt de prikkel tot het leveren van meer zorg dan noodzakelijk.

Behalve de hiervoor genoemde effecten is het ook van belang op te merken dat zorgaanbieders vooral een prikkel tot supplier induced demand hebben wanneer er onvoldoende vraag is. Zo kunnen zij immers toch een inkomen genereren. Op dit moment is er voldoende vraag naar eerstelijnspsychologische zorg. De prikkel tot het leveren van niet noodzakelijke zorg is daardoor momenteel beperkt.

Consumer driven demand

Het risico op consumer driven demand is vooral hoog wanneer consumenten niet zelf opdraaien voor de kosten van hun zorggebruik. Wanneer eerstelijnspsychologische zorg wordt opgenomen in het basispakket betalen consumenten nauwelijks zelf voor de genoten zorg. Het risico op consumer driven demand neemt daardoor toe.

Er zijn drie factoren die hierop een remmende werking kunnen hebben:

- Door de eigen betaling van €10 per zitting worden consumenten geprikkeld alleen die zorg te gebruiken die zij echt nodig hebben.
- De zorgverzekeraars willen een verwijzing door de huisarts verplicht stellen voor zij eerstelijnspsychologische zorg vergoeden. De huisarts fungeert dan als poortwachter die alleen mensen met een gerede zorgvraag doorverwijst naar een eerstelijnspsycholoog.
- Eerstelijnspsychologische zorg wordt slechts vergoed tot een maximum van 8 behandelingen.⁵⁴ Hierna draaien consumenten zelf op voor de kosten van de eerstelijnspsychologische zorg en zijn de prikkels om onnodige zorg te consumeren kleiner.

Conclusie

Al deze factoren in ogenschouw nemende, ziet de NZa vooral een risico op consumer driven demand op deze markt. Dit effect hangt overigens niet samen met het al dan niet reguleren van de tarieven en de prestaties, maar is vooral een gevolg van het onderbrengen van de eerste acht behandelingen eerstelijnspsychologische zorg onder de basisverzekering. Immers, als mensen niet (geheel) zelf hoeven te betalen voor een behandeling dan gebruiken zij vaak meer zorg dan wanneer zij wel zelf opdraaien voor de kosten. Een sterke huisarts als poortwachter zou onnodige volumestijgingen in dit systeem kunnen ondervangen, evenals een eigen bijdrage voor de consument. Wel blijft van belang op te merken dat niet alle vraagstijging het gevolg is van consumer driven demand. Een deel van de extra zorgvraag kan juist ook ontstaan doordat mensen nu minder snel onnodig gebruik maken van dure tweede- of derdelijnszorg. Dergelijke substitutie heeft juist een positief effect op de betaalbaarheid van de zorg.

De risico's op upcoding en supplier induced demand lijken beperkt.

3.3.3 Negatieve effecten op samenwerking

Bij het vrijgeven of reguleren van een bepaalde markt moet ten slotte ook de samenwerking met andere beroepsgroepen en binnen de beroepsgroep zelf in beschouwing worden genomen. Als een beroepsgroep bijvoorbeeld samenwerkt in een keten met andere beroepsgroepen, dan kunnen de vrijgegeven prijzen van een groep binnen de keten mogelijk negatieve effecten (bijvoorbeeld te snel doorverwijzen of juist niet doorverwijzen van bepaalde patiënten) veroorzaken die de samenwerking met andere beroepsgroepen verstoort. Hierdoor kan de kwaliteit van de geleverde zorg in gevaar komen. Hetzelfde kan voor de samenwerking binnen de beroepsgroep gelden.

⁵⁴ Onder het basispakket. Mensen kunnen zich natuurlijk nog wel aanvullend verzekeren voor eerstelijnspsychologische zorg. Op dit moment blijkt echter dat veel verzekeraars ook bij de aanvullende verzekering een maximum stellen aan het aantal behandelingen dat vergoed wordt.

Soms zijn er maatregelen nodig om de voordelen van samenwerking te behouden. Overigens kunnen problemen vaak al worden voorkomen door de productmarkt goed af te bakenen.

De eerstelijnspsycholoog werkt voornamelijk samen met de huisarts. De huisarts verwijst patiënten door naar de eerstelijnspsycholoog en de eerstelijnspsycholoog koppelt hierover terug naar de huisarts. Daarnaast blijft de huisarts altijd verantwoordelijk voor eventuele aanvullende medicatie, mocht daarvan sprake zijn. De huisarts en de eerstelijnspsycholoog hebben hierin beiden een duidelijk afgebakende taak. 81% van de eerstelijnspsychologen voert regelmatig of incidenteel overleg met de huisarts.⁵⁵ Huisartsen, eerstelijnspsychologen en maatschappelijk werkers hebben in een samenwerkingsconvenant afspraken gemaakt over hun wederzijdse taakverdeling. Hoewel de markt voor eerstelijnspsychologische zorg reeds vrije prijzen kent, lijkt dit geen negatief effect te hebben op de samenwerking tussen eerstelijnspsychologen en huisartsen. Het lijkt dan ook niet nodig hiervoor maatregelen te treffen.

Behalve met de huisarts werken veel eerstelijnspsychologen samen binnen de zogenaamde Regionale Overlegorganen Eerstelijnspsychologen (ROEP's). Binnen deze ROEP's regelen eerstelijnspsychologen onder meer intervisie⁵⁶ en voeren zij een gezamenlijk wachttijdenbeleid⁵⁷. Aangezien deze samenwerking tot stand is gekomen in een markt met vrije prijzen is er geen reden om aan te nemen dat er maatregelen noodzakelijk zijn om de samenwerking tussen eerstelijnspsychologen te borgen. Wel is van belang in de gaten te houden of de toenemende concurrentie in de markt, die wellicht zal ontstaan wanneer eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket wordt opgenomen, voldoende ruimte laat voor zorginhoudelijke samenwerking.

De samenwerking tussen eerstelijnspsychologen en andere GGZ-zorgaanbieders (bijvoorbeeld in de tweede of derde lijn) is beperkt. Er is vooral sprake van een doorverwijsrelatie (bijvoorbeeld wanneer de huisarts de zorgvraag van een patiënt te licht heeft ingeschat). Eerstelijnspsychologen maken weinig gebruik van de expertise van GGZ-instellingen⁵⁸ en GGZ-instellingen lijken niet vaak door te verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog als iemand een eenvoudige zorgvraag heeft. Een verbetering van de zorginhoudelijke samenwerking tussen eerste- en tweedelijns GGZ-aanbieders is wenselijk. Hier ligt een belangrijke taak voor de beroepsgroepen zelf. Er is vooralsnog geen reden om aan te nemen dat regulering op dit gebied noodzakelijk is.

⁵⁵ Bron: NIVEL (www.nivel.nl)

⁵⁶ Om zijn registratie als eerstelijnspsycholoog NIP te mogen behouden, moet de eerstelijnspsycholoog ten minste 6 keer per jaar aan intervisie doen. Een beroepsgeenoot geeft de eerstelijnspsycholoog dan feedback op zijn functioneren.

⁵⁷ Hierbij geldt dat een eerstelijnspsycholoog wanneer hij een wachttijd heeft van meer dan drie weken, hij door de LVE verplicht is gesteld om de patiënt door te verwijzen naar een andere eerstelijnspsycholoog binnen de ROEP.

⁵⁸ NIVEL, "GGZ-consultaties aan de Eerstelijnszorg", 2006, Utrecht.

4. Transactie- en veranderingskosten

Bij de analyse of een markt kan worden vrijgegeven is het goed om niet alleen oog te hebben voor de eventuele baten van regulering, maar om ook te kijken naar de regulering- en veranderingskosten. De eerstelijnspsychologische zorg is nu niet gereguleerd. De kosten van het huidige systeem met vrije prijsvorming dienen daarom afgezet te worden tegen de kosten van het systeem onder regulering. Het is op voorhand moeilijk om een inschatting te maken van de reguleringskosten. Onderstaande analyse betreft daarom vooral een kwalitatieve analyse en richt zich op de kosten voor aanbieders die samenhangen met de regulering vanuit de NZa.

4.1 Reguleringskosten

In het project "Wegnemen (onnodige) Administratieve Lasten door de Zorgautoriteit" (WALZ) is de NZa bezig de administratieve lasten voor zorgaanbieders, verzekeraars en zorgkantoren te verminderen. In het kader van dit project heeft zij geïnventariseerd hoe hoog de administratieve lasten, de nalevingslasten en de uitvoeringslasten zijn.⁵⁹ Onderstaande analyse sluit aan bij de daarvoor gehanteerde methodiek.

Administratieve lasten

De administratieve lasten⁶⁰ zijn de kosten voor het Nederlandse bedrijfsleven om te voldoen aan de informatieverplichtingen, die voortvloeien uit regelgeving van de overheid (in dit geval de NZa). Het gaat om het verzamelen, bewerken en registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

Inhoudelijke nalevingskosten

De inhoudelijke nalevingskosten⁶¹ zijn de kosten die zorgaanbieders en verzekeraars moeten dragen om te voldoen aan de inhoudelijke verplichtingen voortvloeiend uit de regels van de NZa (dus niet zijnde administratieve verplichtingen). Alleen de kosten die niet gemaakt zouden worden indien de wet- en regelgeving er niet is, worden tot de inhoudelijke nalevingskosten gerekend.

Uitvoeringslasten

De uitvoeringslasten⁶² zijn gedefinieerd als de kosten die door de NZa worden gemaakt om uitvoering te geven aan de (informatie) verplichtingen die de NZa oplegt aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars in door haar zelf uitgevaardigde regelgeving of regelgeving waarvoor zij verantwoordelijk is.

⁵⁹ In het project wordt ook nog melding gemaakt van beleefde lasten. Deze blijven buiten beschouwing in dit consultatiedocument.

⁶⁰ De administratieve lasten worden bepaald door de kosten van een administratieve afhandeling te vermenigvuldigen met het aantal bedrijven of handelingen waarop deze van toepassing is. De kosten voor een administratieve afhandeling worden berekend als het product van de tijdsbesteding en het uurtarief.

⁶¹ De kosten worden op een vergelijkbare manier berekend als de administratieve lasten.

⁶² De uitvoeringslasten worden berekend door de kosten van een bestuurlijke behandeling te vermenigvuldigen met het aantal handelingen waarop deze van toepassing is.

Huidige reguleringskosten eerstelijnspsychologen en andere aanbieders

De eerste lijnspsychologen worden op dit moment niet gereguleerd. Er is daarom geen sprake van reguleringskosten die door de NZa worden veroorzaakt⁶³.

4.2 Veranderingskosten

Wanneer de eerstelijnspsychologische zorg deels wordt opgenomen in het basispakket brengt dit veranderingskosten met zich mee. Momenteel kopen verzekeraars nauwelijks eerstelijnspsychologische zorg in. Vrijwel alle verzekeraars geven echter aan deze zorg wel in te willen gaan kopen wanneer deze zorg onder de basisverzekering gaat vallen. Zij zullen dan zowel over de prijs als over de kwaliteit afspraken moeten maken. Dit leidt tot een toename in de transactiekosten en de administratieve lasten voor zowel de verzekeraars als de zorgaanbieders.

Door tariefregulering in te stellen kan de NZa de transactiekosten en de administratieve lasten voor partijen verminderen doordat zij waarschijnlijk minder over de prijs zullen onderhandelen. Dit brengt echter ook nadelen met zich mee. Ten eerste gaat het reguleren van een markt met de nodige veranderingskosten gepaard. Daarnaast worden ook voor de langere termijn de nodige risico's (zie box 2) en reguleringskosten veroorzaakt. Denk bijvoorbeeld aan de kosten van het opvragen van periodieke kosteninformatie door de toezichthouder voor het vaststellen van tarieven en aan handhavingskosten. Bovendien is de vrijheid voor partijen om gezamenlijk afspraken te maken over bijvoorbeeld nieuwe producten beperkter in geval van regulering (zie ook box 2). De NZa verwacht dat de kosten die gepaard gaan met het invoeren van tariefregulering niet opwegen tegen de te behalen besparingen op het gebied van de transactiekosten en de administratieve lasten.

Box 2: Reguleringsrisico's

Het reguleren van een markt brengt verschillende risico's met zich mee. Bij de beslissing om een markt al dan niet te reguleren is het goed deze risico's in ogenschouw te nemen:

Een eerste risico bij het reguleren van een markt is dat het door de NZa ingestelde maximum-tarief als "focal point" gaat dienen voor individuele aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg. Aanbieders die nu onder het tarief hun zorg aanbieden zouden door prijsregulering juist geprikkeld kunnen worden hun prijzen te laten stijgen. Zoals in het verleden is gebleken wordt een maximum-tarief vaak gezien als een soort vast tarief.

Een tweede risico bij het reguleren van de prijzen op een markt is dat de hoogte van het tarief gebaseerd is op de gemiddelde kosten in de sector. Daardoor wordt geen rekening gehouden met specifieke (regionale) omstandigheden. Zo kan het tarief niet stijgen in regio's waar schaarste heerst om daar nieuw aanbod uit te lokken. Ook kan het tarief voor bepaalde regio's te laag zijn om alle kosten te dekken, waardoor de kwaliteit van de zorg in die regio in gevaar kan komen en nieuwe aanbieders niet tot de markt willen toetreden.

⁶³ Eerstelijnspsychologen moeten wel voldoen aan eisen die bijvoorbeeld zijn opgenomen in de Kwaliteitswet, belastingwetgeving. Deze administratieve lasten zijn in dit consultatiedocument buiten beschouwing gelaten.

Ten slotte is het van belang op te merken dat de prikkels voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te investeren in kwaliteit en de transparantie daarvan beperkter zijn wanneer er sprake is van een maximum tarief op een bepaalde markt. In een vrije markt leiden gedifferentieerde producten tot verschillen in prijs. De prikkel voor aanbieders om duidelijk te maken aan de zorgverzekeraars dat hun product beter is dan andere producten, om zo een beter contract binnen te halen, is dan groot. In een gereguleerde markt zijn de mogelijkheden tot het aanbieden van gedifferentieerde producten kleiner en is het (maximum)tarief voor alle aanbieders hetzelfde. Hierdoor worden zorgaanbieders minder gestimuleerd om te innoveren en transparant te maken wat precies de geleverde kwaliteit is.

5. Monitoren marktontwikkelingen

Als de minister besluit om een markt vrij te geven, dan ligt er een belangrijke taak voor de NZa om een markt te monitoren. Via de monitor kan zij marktontwikkelingen volgen en de borging van de publieke belangen in de gaten houden. Als partijen ongewenste gedragingen vertonen die de concurrentie verstoren, kan de NZa ook in de markt ingrijpen. Monitors leveren daarmee de basis voor oordeelsvorming voor het inzetten van instrumenten op de markten.

5.1 Aandachtspunten in de monitor

Het algemeen consumentenbelang

In haar monitors besteedt de NZa altijd aandacht aan de ontwikkelingen in de markt ten aanzien van de het algemeen consumentenbelang. De NZa heeft het algemeen consumentenbelang gedefinieerd als zijnde de drie publieke belangen: betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Daarbij wordt onder andere gekeken naar de ontwikkeling van het aanbod (aantal aanbieders, concentratie op de markt) en de vraag op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg, naar de ontwikkelingen op het gebied van de kwaliteit en naar de ontwikkelingen in de prijs (punten 1 t/m 8 van de meetlat, zie tabel 1).

Aanvullende onderwerpen op basis van risicoanalyse

Naast de standaard onderwerpen waaraan in alle monitors aandacht wordt besteed, is er in de monitors ook aandacht voor mogelijke problemen die een goede werking van een specifieke zorgmarkt in de weg kunnen staan (punten 10 t/m 16 van de meetlat, zie tabel 1). Deze onderwerpen kunnen per monitor variëren.

Op basis van de risicoanalyse in dit visiedocument heeft de NZa bepaald welke onderwerpen een risico kunnen vormen voor een goede werking van de markt en die zij daarom aanvullend denkt te moeten monitoren. Bij het bepalen van de prioriteit die aan de verschillende onderwerpen wordt gegeven in de monitor is enerzijds gekeken naar de kans dat dit risico zich zal voordoen op de markt en anderzijds naar de gevolgen die het zou hebben wanneer het genoemde risico zich voordoet. Hieronder zal op deze factoren kort worden ingegaan.

Aandachtspunt	Prioriteit in monitor	Uitleg
Verdeling onderhandelingsmacht	Laag	De onderhandelingsmacht in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg lijkt eerlijk verdeeld.
Te hoge prijzen	Laag	Risico op te hoge prijzen is laag vanwege de grote kans op toetreders
Te lage prijzen	Hoog	Voornamelijk risico op te lage prijzen door grote GGZ-instellingen
Kartelvorming	Medium	De hoge mate van organisatie op de markt maakt dat er een risico is op kartelvorming.
Misbruik inkoopmacht zorgverzekeraars	Medium	Verzekeraars hebben een prikkel om te letten op zowel de prijs als de kwaliteit van de ingekochte zorg, en geen misbruik te maken van hun inkoopmacht. Dit risico is mede afhankelijk van de risicodragendheid van verzekeraars in de gehele GGZ-zorg
Afwenteleffecten	Hoog	Vooral risico op afwenteling door verzekeraars wanneer zij niet op alle zorg evenveel risico lopen en door consumenten wanneer de eigen bijdragen of de wachtlijsten niet overal even hoog zijn.

Volume-effecten	Hoog	Er is een risico op consumer driven demand als gevolg van opname van de eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket.
Negatieve effecten op samenwerking	Medium	De samenwerking tussen eerstelijnspsychologen en GGZ-instellingen in de tweedelijns lijkt onvoldoende geborgd.

5.2 Instrumentarium NZa

Indien de NZa op basis van haar monitor constateert dat de markt (gedeeltelijk) niet goed werkt, waardoor de publieke belangen in gevaar dreigen te komen, heeft zij verschillende mogelijkheden om in te grijpen.

Het wettelijk instrumentenpalet biedt de NZa mogelijkheden om algemene condities op zorgmarkten te stellen, zoals prestatiebeschrijvingen, kostentoe rekeningsprincipes, slimme prijsplafonds en toezichtregels ten aanzien van bijvoorbeeld misleidende reclame. Daarnaast kan de NZa in individuele gevallen optreden, zoals bij een aanbieder of verzekeraar met aanmerkelijke marktmacht, als daardoor de concurrentieverhoudingen worden verstoord. De NZa wil een goede verhouding aanbrengen tussen optreden via het stellen van algemene condities en optreden in individuele gevallen. Dat moet een zodanige mix zijn, dat effectief en 'licht' optreden hand-in-hand gaan.

Bij toezicht op de naleving wordt een combinatie van pro-actief en responsief gedrag betracht. Zo wordt een 'Risico Analyse Model' (RAM) toegepast, om systematisch inzicht te verschaffen in die sectoren en markten waar de marktontwikkelingen intensief en minder intensief gevolgd moeten worden. Het systeem voorkomt toename van administratieve lasten voor stakeholders. Daarnaast zijn signalen uit de markt van belang voor het toezicht houden.

Naast de NZa zijn er op de zorgmarkt legio andere toezichthouders actief, zoals de Nederlandse Mededingingsautoriteit en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Met deze toezichthouders werkt de NZa intensief samen. Wanneer de taken en bevoegdheden van deze toezichthouders raken aan de taken en bevoegdheden van de NZa, zijn hierover afspraken gemaakt. Deze zijn vastgelegd in verschillende samenwerkingsconvenanten. Deze samenwerkingsconvenanten zijn te vinden op de website van de NZa (www.nza.nl).