



Nederlandse
Zorgautoriteit

Consultatiedocument

Eerstelijns psychologische zorg

Consultatiedocument

Eerstelijns psychologische zorg

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

Inhoud

Vooraf	5
Samenvatting en conclusies	7
De meetlat	7
Voorlopige conclusie	9
Overzicht consultatievragen	11
1. Inleiding	13
1.1 Aanleiding	13
1.2 Doelstelling rapport	13
1.3 Consultatieprocedure	13
1.4 Informatiebronnen	14
1.5 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	16
2.2.1.3 Vraag versus aanbod	18
2.2.2 Ontwikkelingen op de markt	18
2.2.3 Conclusie	19
2.3 Keuzemogelijkheden voor de consument	20
2.3.1 Transparantie op de markt	20
2.3.1.1 Eenduidige prestatiebeschrijvingen	20
2.3.1.2 Prijstransparantie	20
2.3.1.3 Kwaliteitstransparantie	21
2.3.2 Keuze- en overstapmogelijkheden	22
3. Marktgedrag	25
3.1 Inkoopprykkels	25
3.1.1 De zorgverzekeraar	25
3.1.2 De consument	26
3.1.3 Marktverhoudingen	27
3.1.3.1 Verzekeraar	27
3.1.3.2 Aanbieder	28
3.1.3.3 Verzekerde	29
3.1.3.4 Conclusie	29
3.2 Externe effecten	29
3.2.1 Afwenteleffecten	29
3.2.2 Volume effecten	30
3.2.3 Negatieve effecten op samenwerking	32
3.3 Anticompetitieve gedragingen	33
3.3.1 Te hoge prijzen	33
3.3.2 Te lage prijzen	34
3.3.3 Samenwerking tussen zorgaanbieders	35
3.3.4 Misbruik inkoopmacht	36
4. Transactie- en veranderingskosten	39
4.1 Reguleringskosten	39
4.2 Veranderingskosten	40

Vooraf

Voor u ligt het consultatiedocument "eerstelijnspsychologische zorg". Dit document bevat een analyse van de noodzaak en wenselijkheid van het reguleren van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg, wanneer die per 1 januari 2008 deels in het basispakket wordt opgenomen. De analyse is gebaseerd op de meetlat die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in februari 2007 heeft gepresenteerd in haar visiedocument "Theoretisch kader liberalisering vrije beroepen in de zorg". Invulling van de meetlat geeft antwoord op de vraag of de consumentenbelangen voldoende geborgd zijn in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg of dat regulering op deze markt noodzakelijk is.

In dit consultatiedocument geeft de NZa haar analyse van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Via een consultatieronde legt de NZa haar analyse voor aan de specialisten in het veld, zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders, brancheorganisaties, overheidsorganisaties, onafhankelijke deskundigen en wetenschappelijke organisaties. Het doel van deze consultatie is om te inventariseren of de deze analyse juist en volledig is.

Wij nodigen u uit om op de in dit document opgenomen vragen te reageren. Uw bijdrage helpt ons om een juiste weergave van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg te schetsen, eventuele onjuistheden weg te nemen en inzicht te krijgen in de vraag of de markt voor eerstelijnspsychologische zorg gereguleerd zou moeten worden of niet.

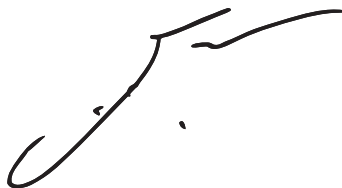
De analyses en conclusies in het consultatiedocument betreffen voorlopige conclusies op basis van de in dit document gepresenteerde marktanalyse. Aan deze conclusies kunnen geen rechten worden ontleend. Pas in het visiedocument – dat zal worden opgesteld op basis van het consultatiedocument en de reacties daarop – zal de NZa haar definitieve advies omtrent het al dan niet reguleren van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg opnemen. Dit visiedocument wordt naar verwachting in juli 2007 gepubliceerd.

De NZa hanteert een openbare consultatieprocedure. Uw bijdrage is daarom in principe openbare informatie. Waar relevant wordt in het visiedocument verwezen naar individuele bijdragen. Een overzicht van de reacties wordt op de website www.nza.nl gepubliceerd.

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 het Nederlandse gezondheidszorgstelsel flink gewijzigd met als doel een vraaggestuurd, kwalitatief goed en doelmatig zorgstelsel. 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 de markt voor eerstelijns psychologische zorg 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 heeft zij bekeken of de structuur van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg vanaf 2008 dermate zal veranderen dat er reden is om aan te nemen dat regulering op deze markt noodzakelijk is 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". 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 zijnde 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	Afwenteleffecten	+/-	Zacht
11	Effecten op samenwerking	+	Hard
12	Volume-effecten	+/-	Zacht
13	Te hoge prijzen	+	Zacht
14	Te lage prijzen	+/-	Zacht
15	Kartelvorming	+	Zacht
16	Misbruik inkoopmacht	+/-	Zacht
17	Regulering- en veranderingskosten	-	Zacht

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

Zoals uit de meetlat valt af te leiden voldoet de markt voor eerstelijnspsychologische zorg aan veel van de voorwaarden voor een goed werkende markt:

- **Markttoegang:** Er lijken op dit moment voldoende aanbieders op de markt te zijn om aan de vraag te kunnen voldoen. Er zijn nauwelijks wachtlijsten. Ook lijken er nauwelijks toetredingsdrempels te bestaan 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 (overigens is dit mede afhankelijk van de transactiekosten die een scherpe zorginkoop met zich meebrengt). 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.
- **Negatieve externe effecten:** De negatieve externe effecten die spelen op deze markt zijn beperkt. In de huidige situatie bestaat er een risico dat verzekeraars of consumenten onnodig gebruik zullen maken van duurdere tweedelijnszorg om zo de kosten van de eerstelijnspsychologische zorg te ontlopen (afwenteling). Wanneer de eerstelijnspsychologische zorg onder het basispakket wordt gebracht verdwijnt dit risico grotendeels. Daarnaast bestaat er een beperkt risico dat consumenten als gevolg van de opname van eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket meer zorg zullen gebruiken dan noodzakelijk (consumer driven demand). De eigen bijdrage van €10 per zitting, 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 lijken zorgaanbieders op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg vrijwel nooit te beschikken over een machtspositie. Het risico op te hoge en te lage prijzen is daardoor beperkt. Er bestaat enkel een klein risico dat aanbieders die ook in de AWBZ-markt actief zijn zorg zullen leveren

tegen een te lage prijs. Het risico op misbruik van inkoopmacht door de zorgverzekeraar lijkt ook beperkt. Verzekeraars en zorgaanbieders hebben ongeveer evenveel onderhandelingsmacht. Bovendien hebben zorgverzekeraars er belang bij (vooral wanneer zij ook verantwoordelijk worden voor de inkoop van tweede en derdelijns GGZ-zorg) om goede eerstelijnszorg in te kopen. 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 inkoopprikkels voor de consument en het gebrek aan transparantie:

- **Transparantie:** Transparantie op de markt is belangrijk om een goede keuze te kunnen maken tussen de verschillende zorgaanbieders. De prijs is op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg in principe voldoende helder. Het is echter niet altijd duidelijk welke zorg er precies geleverd wordt en welke kwaliteit die zorg kent. Hierdoor is het voor verzekeraars en consumenten moeilijk om een goede keuze te maken tussen de verschillende zorgaanbieders. Meer transparantie van de geleverde prestaties en de kwaliteit daarvan is belangrijk. Daarbij is het van belang op te merken dat de prikkels tot het transparant maken van de kwaliteit groter zijn 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 aanbieders om aan de verzekeraar aan te tonen dat hun product beter is dan dat van anderen, groter.
- **Inkoopprikkel consument:** De bijdrage die de consument betaald 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 €10¹). Enkel 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.

Voorlopige conclusie

Bovenstaande in overweging nemende, is de NZa vooralsnog van mening dat het niet nodig is tariefregulering toe te passen op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg wanneer deze zorg deels wordt opgenomen in het basispakket. De condities voor een goed werkende markt lijken op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg voldoende aanwezig. Er is dan ook geen reden om aan te nemen dat een vrije markt de publieke belangen, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zal schaden. Bovendien is het belangrijk in ogenschouw te nemen dat aan de regulering van een markt de nodige (veranderings)kosten en risico's verbonden zijn. Zo is er een risico dat de prijzen zullen convergeren naar het vastgestelde (maximum) tarief en is er een verminderde prikkel om te investeren in kwaliteit en de transparantie daarvan. Ook worden aanbieders minder gestimuleerd om gedifferentieerde producten aan te bieden en in te spelen op de wensen van de consument.

¹ Onder het huidige voorstel 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.

Er bestaat op deze markt een risico dat de vraag – als gevolg van de opname van de eerste acht behandelingen eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket – zal stijgen. Dit zou vervolgens kunnen leiden tot stijgende tarieven voor eerstelijnspsychologische zorg in geval er schaarste op de markt ontstaat. Op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg lijkt er echter voldoende aanbod te zijn om een dergelijke tariefstijging te voorkomen. Daarnaast kunnen andere aanbieders gemakkelijk tot de markt toetreden. Mocht de macrobetaalbaarheid van de eerstelijnspsychologische zorg toch in gevaar komen (vanwege volume-effecten), dan moet de oplossing vooral gezocht worden in het beperken van de instroom. Bijvoorbeeld door de huisarts een sterkere poortwachtersrol te geven of door de consument via een eigen bijdrage te stimuleren alleen zorg te gebruiken wanneer dat ook echt nodig is. Overigens kan een goed toegankelijke eerstelijns GGZ veel vraag naar duurdere tweede- en derdelijns GGZ-zorg voorkomen (volumestijging in de eerstelijns kan per saldo dus leiden tot lagere totale zorgkosten).

Consultatievraag 1:

Deelt u de voorlopige conclusie van de NZa dat tariefregulering niet noodzakelijk is om de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg te borgen?

Overzicht consultatievragen

Consultatievraag 1: Deelt u de voorlopige conclusie van de NZa dat tariefregulering niet noodzakelijk is om de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg te borgen?

Consultatievraag 2: Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van de eerstelijnspsychologische zorg?

Consultatievraag 3: Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van de vraag en het aanbod op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg?

Consultatievraag 4: Kunt u zich vinden in de analyse dat er op deze markt nauwelijks sprake is van toetredingsdrempels?

Consultatievraag 5: Bent u van mening dat er voldoende aanbod is op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg (nu en vanaf 2008) om de (wellicht stijgende) vraag op te vangen? Welke aanbieders zouden deze zorg allemaal kunnen leveren?

Consultatievraag 6: Bent u van mening dat de prestaties op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg voldoende helder zijn? Zo nee, hoe zou dit probleem kunnen worden opgelost? Is het mogelijk wenselijk outcome-indicatoren te ontwikkelen voor eerstelijnspsychologische zorg?

Consultatievraag 7: Deelt u de analyse van de NZa dat de prijs van eerstelijnspsychologen voldoende transparant is?

Consultatievraag 8: Deelt u de analyse van de NZa dat kwaliteitsverschillen tussen verschillende aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg momenteel nog onvoldoende duidelijk zijn?

Consultatievraag 9: Bent u van mening dat consumenten en zorgverzekeraars voldoende in staat zullen zijn om te kiezen (of overstappen) voor de aanbieder die het beste aan hun wensen voldoet?

Consultatievraag 10: Bent u van mening dat de verzekeraars vanaf 2008 voldoende worden gestimuleerd om goede en doelmatige eerstelijnspsychologische zorg te contracteren? Verandert dit wanneer de zorgverzekeraars ook in de tweedelijns GGZ een echte inkooprol gaan vervullen en de kwaliteit transparanter wordt?

Consultatievraag 11: Bent u van mening dat consumenten voldoende zullen letten op de prijs en de kwaliteit van aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg en een bewuste keuze zullen maken uit het beschikbare aanbod?

Consultatievraag 12: Kunt u zich vinden in de beschrijving van de marktverhoudingen op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg?

Consultatievraag 13: Bent u van mening dat er een risico op afwenteling van de kosten voor eerstelijnspsychologische zorg op de (duurdere) tweede lijn na opname van de eerste acht behandelingen eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket bestaat? Verandert deze situatie na 2009?

Consultatievraag 14: Deelt u de analyse van de NZa dat het risico op upcoding en supplier induced demand op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg beperkt is?

Consultatievraag 15: Bent u van mening dat het risico op consumer driven demand op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg bij opname van de eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket groot zal zijn? Hoe kan dit risico het beste worden tegengegaan?

Consultatievraag 16: Deelt u de analyse van de NZa dat er geen aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn om de zorginhoudelijke samenwerking tussen eerstelijnspsychologen en huisartsen, tussen eerstelijnspsychologen en andere GGZ-zorgaanbieders en tussen eerstelijnspsychologen onderling te borgen?

Consultatievraag 17: Mist u naast de hierboven genoemde externe effecten nog andere effecten die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven?

Consultatievraag 18: Deelt u de analyse van de NZa dat het risico op te hoge prijzen in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg beperkt is?

Consultatievraag 19: Deelt u de analyse van de NZa dat het risico op te lage prijzen door eerstelijnspsychologen beperkt is?

Consultatievraag 20: Bent u van mening dat het risico op te lage prijzen door grote GGZ-instellingen (gefinancierd via de AWBZ) op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg groot is? Waarom wel/niet?

Consultatievraag 21: Bent u van mening dat het risico op kartelvorming in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg voldoende wordt ondervangen door de Mededingingswet of zijn aanvullende maatregelen van de NZa wenselijk?

Consultatievraag 22: Deelt u de mening van de NZa dat het risico op misbruik van de inkoopmacht door verzekeraars op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg beperkt is?

Consultatievraag 23: Mist u naast de hierboven genoemde externe effecten nog andere effecten die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven?

Consultatievraag 24: Kunt u zich vinden in bovenstaande analyse over regulering- en veranderingskosten?

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.² 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 consultatiedocument 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 consultatiedocument heeft als doel om:

- Een marktanalyse te presenteren van de onderhavige markt (geeft de analyse van de markt aanleiding om te vermoeden dat tariefregulering noodzakelijk is om de publieke belangen te borgen³)
- Marktpartijen te consulteren over de door NZa uitgevoerde analyse
- Samen met de ingebrachte reacties te dienen als basis voor een visiedocument, waarin een advies zal worden gegeven aan de Minister van VWS over het al dan niet reguleren van deze markt

1.3 Consultatieprocedure

Dit consultatiedocument wordt via een consultatieprocedure voorgelegd aan allerlei organisaties. Het document wordt gestuurd naar overheidsorganisaties, wetenschappers, brancheorganisaties en individuele marktpartijen met de vraag de in dit document

² Dit visiedocument is te vinden op www.nza.nl

³ De invulling van de meetlat staat hierbij centraal

gepresenteerde marktanalyse te toetsen. Daarnaast dient het document om kennis te verzamelen om de marktanalyse aan te vullen en aan te scherpen. Kloppen onze bevindingen? Zijn de analyses en conclusies juist? Ontbreken er nog aspecten die meegenomen dienen te worden om een goede afweging te kunnen maken om deze markt al dan niet te reguleren? De consultatievragen zijn opgenomen in het document zelf bij de paragraaf waarop de vraag betrekking heeft. Bij de managementsamenvatting treft u bovendien een opsomming van alle gestelde vragen.

Het consultatiedocument en de daarop binnengekomen reacties zullen uiteindelijk leiden tot een visiedocument. Dit visiedocument zal een definitief advies aan de Minister van VWS bevatten over het al dan niet reguleren van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg.

1.4 Informatiebronnen

Bij het schrijven van dit document is gebruik gemaakt van bestaande informatie over de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Daarnaast is een aantal partijen geïnterviewd om beter inzicht te krijgen in een aantal aspecten die van belang zijn voor een goede analyse van de markt.

1.5 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 de consument en de verzekeraar 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 gedraging 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 regulering als in een markt met vrije prijsvorming. In deze analyse worden ook de veranderingskosten meegenomen.

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 er allemaal eerstelijnspsychologische zorg aan? In dit hoofdstuk geeft de NZa haar visie op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Ook bekijkt zij of er voldoende aanbieders opereren op de markt 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).⁴ 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. Hierbij heeft de huisarts de keuze tussen bijvoorbeeld een algemeen maatschappelijk werker⁵ en een meer gespecialiseerde GGZ-zorgaanbieder zoals de eerstelijnspsycholoog of een tweedelijns zorgaanbieder zoals een psychiater of een klinisch psycholoog. De scope van dit rapport beperkt zich tot de aanbieders die eerstelijnspsychologische zorg kunnen leveren.

Eerstelijnspsychologische zorg is vooral gericht op mensen met niet complexe, matig ernstige psychische en psychosociale problemen.⁶ Deze zorg onderscheidt zich van andere GGZ-zorg doordat de zorg generalistisch van aard (allerhande problemen worden vanuit een zelfde uitgangspunt benaderd) en kortdurend is. Bovendien is deze zorg laagdrempelig, wat betekent dat mensen er gemakkelijk terecht moeten kunnen en vrijwel meteen kunnen worden behandeld. Behalve na verwijzing door de huisarts kunnen patiënten zonder verwijzing eerstelijns psychologische zorg ontvangen.⁷ De zorg is gericht op mensen die nog niet eerder GGZ-zorg nodig hebben gehad en is veelal lokaal/regionaal georganiseerd.⁸

Consultatievraag 2:

Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van de eerstelijnspsychologische zorg?

⁴ Trimbos instituut, "Afbakening eerste en tweede lijns zorg voor psychische stoornissen", juli 2006, Utrecht.

⁵ De algemeen maatschappelijk werker onderscheidt zich van de eerstelijnspsycholoog doordat hij zich vooral richt op mensen met psychosociale problemen.

⁶ Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, "De LVE en de eerstelijnspsychologen. Feiten en kwaliteitsbeleid 2006", november 2006, Amsterdam.

⁷ 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).

⁸ KPMG in opdracht van het ministerie van VWS, "De markt voor psychologische zorg. Deelmarktanalyse", april 2002, Hoofddorp, p. 69.

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 dan 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 eerstelijnspsychologen.⁹ In totaal zijn er in Nederland ongeveer 1300 eerstelijnspsychologen werkzaam.¹⁰ Daarvan zijn er ongeveer 1200 lid van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (brancheorganisatie LVE). Jaarlijks leveren zij naar schatting voor 60 tot 70 miljoen euro aan zorg.¹¹ Veel eerstelijnspsychologen werken deeltijd, gemiddeld ongeveer 0,7 fte.¹²

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 (niet geregistreerd als eerstelijnspsycholoog). Verder kan ook aanbod worden verwacht van vrijgevestigde psychotherapeuten, van internetaanbieders en van ambulante zorginstellingen die ook kortdurende zorgpakketten gaan aanbieden. Daarnaast kan de huisarts besluiten zelf eerstelijnspsychologische zorg te verlenen aan een patiënt en hem niet door te verwijzen. Ten slotte wordt ook steeds meer zorg in de eerste lijn geleverd door algemeen maatschappelijk werkers (AMW) of sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) werkzaam vanuit een GGZ-instelling.

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 2003 bleek dat er jaarlijks ongeveer 88.000 mensen door een eerstelijnspsycholoog behandeld werden. Veel mensen vermoeden dat de daadwerkelijke vraag naar eerstelijnspsychologische zorg veel 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.

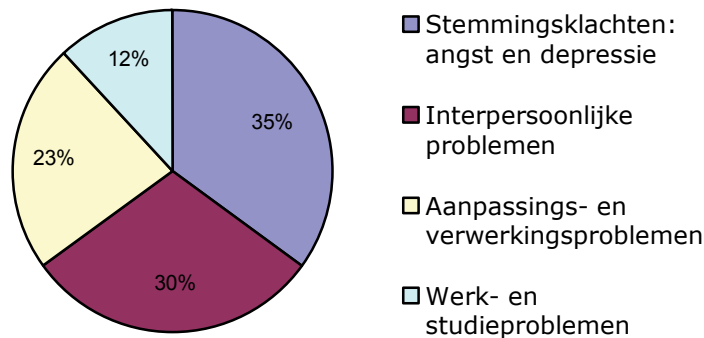
⁹ De titel "eerstelijnspsycholoog" is geen wettelijk beschermde titel, en mag dus door iedereen worden gevoerd. Om de kwaliteit van de zorg te waarborgen kent het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) het keurmerk "eerstelijnspsycholoog NIP". Zorgaanbieders die dit keurmerk willen behalen moeten in elk geval geregistreerd staan als gezondheidszorgpsycholoog⁹ en minimaal 1 tot 2 jaar begeleide werkervaring met intervisie als eerstelijnspsycholoog hebben. Op 1 januari 2006 waren in totaal 1164 eerstelijnspsychologen NIP-geregistreerd.⁹ De Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) kent een soortgelijke registratie van "eerstelijnspsychologen LVE". Veel eerstelijnspsychologen zijn zowel LVE als NIP geregistreerd.

¹⁰ Bron: NIVEL (www.nivel.nl)

¹¹ 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.

¹² Bron: NIVEL (www.nivel.nl)

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 enkel de gemaakte kosten.¹³ 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 geleverd wordt door een eerstelijnspsycholoog met een LVE- of 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.

Vanaf 2008 gaat deze situatie veranderen als de eerste acht behandelingen eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket zullen worden opgenomen. In box 1 wordt daarop nader ingegaan.

Box 1: Eerstelijnspsychologische zorg per 2008 in basispakket

Een krachtige eerstelijns GGZ, die een groot deel van de patiënten kan behandelen, draagt bij aan een snelle en doelmatige zorgverlening.¹⁴ Wanneer mensen zelf moeten betalen voor de eerstelijns zorg, kan dit er toe leiden dat consumenten te weinig gebruik maken van eerstelijns psychologische zorg en onnodig terecht komen in de duurdere tweede lijn. Hiervan ondervinden zowel de patiënt zelf – die 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 verminderen heeft de Minister van VWS besloten de eerste acht behandelingen voor eerstelijnspsychologische zorg per 1 januari 2008 in het basispakket op te nemen.¹⁵ Consumenten zijn een eigen bijdrage

¹³ 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.

¹⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, "Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg 1999", december 1998, Den Haag.

¹⁵ <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)

van €10 verschuldigd wanneer zij eerstelijnspsychologische zorg gebruiken. 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 enigszins 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. De overige 15% moest langer dan 3 weken wachten.^{16,17} Enkel in de regio's Zeeland, Limburg en Drenthe zijn er soms langere wachttijsten. Dit duidt erop dat er vooralsnog geen echte schaarste is op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg.

2.2.2 Ontwikkelingen op de markt

De vraag naar psychologische zorg is de afgelopen twintig jaar sterk toegenomen en zal naar verwachting ook de komende jaren blijven stijgen¹⁸, vooral wanneer de eerstelijnspsychologische zorg deels in het basispakket wordt opgenomen. Dit komt enerzijds doordat patiënten sneller hulp zullen zoeken en anderzijds doordat patiënten minder snel onnodig zullen worden doorverwezen naar de tweedelijns GGZ.¹⁹ Uit een pilot van onderzoeksbureau HHM²⁰ in 2003 kwam naar voren 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 is overigens positief omdat patiënten zo eerder kunnen worden behandeld en afwenteling naar de (duurdere) tweede lijn wordt 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. Dit leidt vervolgens tot wachttijsten en mogelijk tot stijgende prijzen voor eerstelijnspsychologische zorg. Ook hebben zorgaanbieders in een markt met schaarste minder prikkels om in de kwaliteit te investeren. Op een markt waarop schaarste heerst (die niet snel zal worden opgelost) kunnen tarieven beter gereguleerd worden. Het is daarom van belang in te schatten of een stijging van de vraag kan worden opgevangen. Hiervoor zijn een aantal mogelijkheden:

¹⁶ Bron: NIVEL (www.nivel.nl).

¹⁷ De korte wachttijden zijn mede toe te schrijven aan het wachttijdenbeleid dat de leden van de LVE voeren. 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 wachttijsten. Op die manier wordt voorkomen dat de patiënt lang op de benodigde zorg moet wachten.

¹⁸ Sociaal cultureel planbureau, "Verslaglegging van de modellering van de geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van het Ramingsmodel zorg", werkdocument 82, september 2002, Den Haag, p. 19.

¹⁹ Het College voor Zorgverzekeringen 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.

²⁰ Hoekstra, Homans en Menting, "Samenvattende rapportage betreffende het project "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen", juni 2003, Enschede.

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. Anderzijds kiezen mensen er vaak bewust voor om deeltijd te werken, bijvoorbeeld vanwege de zorg voor kinderen of ouders. Het is daarom de vraag of eerstelijnspsychologen meer zullen 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 meer zorgaanbieders toe te laten treden als eerstelijnspsycholoog. 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 van de brancheorganisatie of doordat zij geen contract met een verzekeraar kunnen sluiten. Een probleem is wel dat het relatief lang duurt voordat iemand een opleiding als eerstelijnspsycholoog heeft afgerond (minimaal 6 jaar studie plus enige praktijkervaring). Bovendien is het aantal opleidingsplaatsen voor de opleiding tot GZ-psycholoog beperkt.²¹ De LVE probeert momenteel wel om meer opleidingsplaatsen te creëren in eerstelijns praktijken. Een alternatief is om reeds opgeleide gezondheidszorgpsychologen (± 5700 personen) bij te scholen tot eerstelijns psycholoog. Dit duurt ongeveer één à twee jaar. Naar verwachting zal een deel van de extra zorgvraag kunnen worden opgevangen door nieuw opgeleide of bijgeschoolde eerstelijnspsychologen.
3. **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. Het is denkbaar dat zij zich meer op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg zullen gaan begeven wanneer daar veel vraag is naar zorg. Wel is van belang te vermelden dat er vooralsnog in bijna alle GGZ-sectoren wachtlijsten bestaan.

2.2.3 Conclusie

Op dit moment lijkt er in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg nauwelijks schaarste te zijn. 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. Vooralsnog ziet de NZa voldoende mogelijke aanbieders die deze vraag op zouden kunnen vangen. De NZa verwacht niet dat er op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg dermate veel langdurige schaarste zal ontstaan dat tariefregulering noodzakelijk is om de publieke belangen op deze markt te borgen.

Consultatievraag 3:

Kunt u zich vinden in de door de NZa gegeven beschrijving van de vraag en het aanbod op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg?

²¹ 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 20% van de GZ-psychologen geregistreerd als eerstelijnspsycholoog (Bron: Jaarverslag NIP 2005).

Consultatievraag 4:

Kunt u zich vinden in de analyse dat er op deze markt nauwelijks sprake is van toetredingsdrempels?

Consultatievraag 5:

Bent u van mening dat er voldoende aanbod is op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg (nu en vanaf 2008) om de (wellicht stijgende) vraag op te vangen? Welke aanbieders zouden deze zorg allemaal kunnen leveren?

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 wensen voldoet, of dat de verzekeraar dit namens hem kan doen. Daarvoor is het belangrijk dat er inzicht bestaat in de zorg die door de verschillende zorgaanbieders wordt geleverd. Ook is het van belang dat de prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg transparant zijn. Ten slotte moet de consument of de verzekeraar kunnen overstappen naar een andere aanbieder wanneer de geleverde zorg hem niet bevalt. Hieronder zal op beide 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, zodat zowel de patiënt als de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder weten wat zij kunnen verwachten.

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 is echter niet altijd voldoende helder. Ook is het niet altijd duidelijk wat het te verwachten resultaat is van een specifieke behandeling (nieuwe methode). De prestatiebeschrijvingen zijn aldus niet outcome gedefinieerd. Dit maakt het voor de consument moeilijk verschillende zorgaanbieders met elkaar te vergelijken en een goede keuze te maken. Betere prestatiebeschrijvingen zijn daarom wenselijk.

Consultatievraag 6:

Bent u van mening dat de prestaties op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg voldoende helder zijn? Zo nee, hoe zou dit probleem kunnen worden opgelost? Is het mogelijk en wenselijk outcome-indicatoren te ontwikkelen voor eerstelijnspsychologische zorg?

2.3.1.2 Prijstransparantie

Wanneer zij een keuze moeten maken tussen verschillende zorgaanbieders hebben consumenten – vooral wanneer zij (een deel) zelf moeten betalen – behoefte aan informatie over de prijs van de geleverde zorg. In deze paragraaf zal voornamelijk worden 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 variëert tussen de €70 en de €110 per zitting. Het gros van de eerstelijnspsychologen vraagt een bedrag tussen de €75 en €90.²² Veel eerstelijnspsychologen plaatsen informatie over het tarief op het internet. Daarnaast hangen veel eerstelijnspsychologen een standaard prijslijst in hun wachtkamer.²³ Ten slotte geven vrijwel alle eerstelijnspsychologen informatie over hun tarieven over de telefoon wanneer daarnaar wordt gevraagd.

Consultatievraag 7:

Deelt u de analyse van de NZa dat de prijs van eerstelijnspsychologen voldoende transparant is?

2.3.1.3 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. Alleen door bij de keuze voor een aanbieder bewust te letten op de geleverde kwaliteit kunnen consumenten 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.

De consument heeft enerzijds behoefte aan informatie over of de borging van de kwaliteit en anderzijds aan informatie over de kwaliteitsverschillen tussen verschillende aanbieders.

Kwaliteitsborging

De kwaliteit in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg is op verschillende manieren geborgd. Allereerst is er de registratie als eerstelijnspsycholoog door het NIP of de LVE, 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 en het NIP zijn beide actief op het gebied van kwaliteit. Zij hebben onder andere richtlijnen opgesteld voor intake en indicatiestelling, arbeidsgerelateerde hulpverlening en de behandeling van angst- en depressiestoornissen in de eerstelijns. Daarnaast heeft de LVE een kwaliteitshandboek, dat haar leden dienen te

²² Deze cijfers zijn afkomstig uit gesprekken met partijen en uit een scan van de internetsites van een aantal zorgaanbieders.

²³ Momenteel zijn eerstelijnspsychologen hiertoe nog niet wettelijk verplicht. Wel schrijft de beroepscode van het NIP voor dat zorgaanbieders een standaardprijslijst ophangen. 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.

volgen, alsmede een klachtenregeling waardoor mogelijke problemen aan het licht kunnen komen. Ten slotte bevorderen de LVE en het NIP bijscholing en certificering (HKZ/ISO).²⁴

Kwaliteitsverschillen

Hoewel de kwaliteit dus geborgd is, is er weinig inzicht in kwaliteitsverschillen tussen eerstelijnspsychologen. Consumenten kunnen daardoor vaak geen weloverwogen keuze maken tussen verschillende aanbieders. Wel gaat er een onderscheidend signaal uit van de registratie als eerstelijnspsycholoog door het NIP of de LVE. Van eerstelijnspsychologen met een dergelijke registratie kan een bepaald kwaliteitsniveau worden verwacht. Daarnaast werkt de IGZ 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 gezondheidszorgpsychologen een dergelijk toezicht te ontwikkelen, waaruit ook kwaliteitsverschillen tussen verschillende zorgaanbieders naar voren komen. Op korte termijn zijn er echter nog geen prestatie-indicatoren beschikbaar.

Conclusie

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

Consultatievraag 8:

Deelt u de analyse van de NZa dat kwaliteitsverschillen tussen verschillende aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg momenteel nog onvoldoende duidelijk zijn?

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.

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 is transparant, dan kan de verzekeraar zelf kiezen welke eerstelijns psychologen hij wil contracteren.

Voor de consument ligt dit genuanceerder. 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 ook een grote rol. Veel consumenten laten zich bij hun keuze begeleiden door de huisarts. De huisarts is vaak beter op de hoogte van de prijs en de kwaliteit van de verschillende zorgaanbieders en kan de consument daarover adviseren. Hoewel de consument dus in principe zelf kan kiezen

²⁴ Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, "De LVE en de eerstelijnspsychologen", november 2006, Amsterdam

welke zorgaanbieder het beste aan zijn wensen voldoet, wordt die keuze zeker niet altijd door de consument zelf gemaakt. Het is daarmee de vraag in hoeverre de uiteindelijke keuze van de consument zijn daadwerkelijke voorkeuren weerspiegelt. Dit kan een goede werking van de markt belemmeren.

Wanneer de patiënt eenmaal in behandeling is bij een bepaalde zorgaanbieder is de kans dat hij zal overstappen gering. Als de patiënt namelijk overstapt vervalt veelal de waarde van de tot dan toe genoten behandeling en wordt de vertrouwensband tussen de behandelaar en de patiënt verbroken. 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 ondervangen worden met een goed intakegesprek waarin de zorgaanbieder aangeeft welke kwaliteit hij levert en hoeveel zittingen hij denkt nodig te hebben om de patiënt te helpen. De patiënt kan daarna nog besluiten over te stappen zonder dat hierdoor direct een vertrouwensrelatie wordt verbroken.

In principe kunnen zowel de consument als de verzekeraar momenteel kiezen voor/overstappen naar de aanbieder die het beste aan hun wensen voldoet. In de praktijk blijkt dit echter vaak lastig vanwege een gebrek aan transparantie op de markt en vanwege een vertrouwensband die niet snel verbroken zal worden. Niet voor niets speelt de huisarts in de keuze voor een zorgaanbieder vaak een belangrijke rol. Het is derhalve de vraag of consumenten en verzekeraars ook daadwerkelijk zullen kiezen voor de beste zorgaanbieders.

Consultatievraag 9:

Bent u van mening dat consumenten en zorgverzekeraars voldoende in staat zullen zijn om te kiezen (of overstappen) voor de aanbieder die het beste 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 – gemotiveerd worden 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. Als er een groot risico bestaat dat het gedrag van marktspelers een goede werking van de markt belemmert, dan kan het noodzakelijk zijn maatregelen te nemen om zo 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 zal worden gekeken naar externe effecten die kunnen worden uitgelokt door een vrije markt voor eerstelijnspsychologische zorg en die een negatief effect zouden kunnen hebben op de publieke belangen. Ten slotte zal worden gekeken naar mogelijke anticompetitieve gedragingen van individuele aanbieders en verzekeraars.

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 zelf 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:** Wanneer verzekerden hun keuze voor een zorgpolis onder andere baseren op het aanbod van eerstelijnspsychologische zorg dat de verzekeraar heeft gecontracteerd, worden verzekeraars gestimuleerd om goede zorgaanbieders te contracteren en zich zo van andere verzekeraars te onderscheiden. Op dit moment contracteren verzekeraars nog geen eerstelijnspsychologische zorg. Onderzoek van NIVEL wijst daarnaast uit dat verzekerden het "voornamelijk niet of een beetje belangrijk" vinden om verzekerd te zijn voor psychologische zorg.²⁵ De externe prikkel voor verzekeraars om goede zorgaanbieders te contracteren is daardoor vooralsnog beperkt. Verzekeraars hebben aangegeven dat zij wel eerstelijnspsychologische zorg zullen gaan inkopen wanneer deze onder het basispakket wordt gebracht. Gezien het relatief geringe belang dat verzekerden lijken te hechten aan een verzekering voor psychologische zorg is de prikkel voor een verzekeraar om zich te onderscheiden op het gebied van de inkoop van eerstelijnspsychologische zorg niet groot. Er bestaat

²⁵ NIVEL, "De toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen: een onderzoek naar de verzekeringstechnische en geografische toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen", Utrecht, 2001.

daardoor een risico dat verzekeraars bij de inkoop van zorg enkel zullen streven naar een zo laag mogelijke prijs, zonder daarbij te letten op de kwaliteit van de zorg. Natuurlijk blijven zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg wel gehouden aan hun zorgplicht.

- **Interne prikkel:** Ook wanneer de verzekerden niet scherp letten op de prijs-kwaliteitverhouding van de gecontracteerde eerstelijnspsychologische zorg kan er voor verzekeraars nog steeds een prikkel bestaan om scherp in te kopen. Op die manier kunnen verzekeraars immers hun schadelast beperken. Bovendien kan een lagere schadelast helpen de premies te verlagen en zo meer verzekerden aan te trekken.²⁶ De verzekeraar ervaart dus een interne prikkel om te letten op de prijs van de ingekochte eerstelijnszorg.²⁷ Voor de eerstelijnspsychologische zorg geldt echter dat verzekeraars, ook wanneer zij vooral gebrand zijn op kostenbesparing, toch een prikkel kunnen hebben om te letten op de kwaliteit van de geleverde zorg. Door goede eerstelijnspsychologische zorg in te kopen, kunnen verzekeraars namelijk voorkomen dat consumenten gebruik gaan maken van de duurdere tweede- of derde lijns GGZ-zorg. Hierbij dient overigens wel te worden opgemerkt dat de verzekeraar in 2008 nog niet verantwoordelijk is voor de inkoop van tweede- en derdelijns GGZ-zorg. Dit gebeurt voorsnog door de verzekeraars gezamenlijk via de zogenoemde AWBZ-zorgkantoren. Ook is de kwaliteitstransparantie momenteel nog niet groot. De interne prikkel voor zorgverzekeraars om ook te letten op de kwaliteit van de ingekochte eerstelijnspsychologische zorg lijkt daardoor voorsnog beperkt.

Consultatievraag 10:

Bent u van mening dat de verzekeraars vanaf 2008 voldoende worden gestimuleerd om goede en doelmatige eerstelijnspsychologische zorg te contracteren?

3.1.2 De consument

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 2.3.1.2 al bleek, is het voor consumenten vaak moeilijk om op de kwaliteit te letten vanwege de gebrekkige transparantie van prestaties en van kwaliteitsverschillen op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg.

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 verzekerd is 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 enkel 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.

²⁶ 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.

²⁷ Overigens moeten de te behalen inkoopvoordelen dan wel opwegen tegen de transactiekosten die de verzekeraar moet maken om met aanbieders te onderhandelen.

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.²⁸ 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. De meeste verzekeraars kiezen er daarnaast voor om een maximumbedrag aan vergoedingen in hun polis op te nemen, al dan niet gekoppeld aan de vergoeding van een maximumtarief per behandeling of een maximumpercentage dat per behandeling wordt betaald.²⁹ 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. Wanneer de consument meer dan acht behandelingen nodig heeft blijft er nog wel een beperkte prikkel bestaan om te letten op de prijs.

Consultatievraag 11:

Bent u van mening dat consumenten voldoende zullen letten op de prijs en de kwaliteit van aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg en een bewuste keuze zullen maken uit het beschikbare aanbod?

3.1.3 Marktverhoudingen

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

Deze paragraaf gaat in op een aantal aspecten dat de onderhandelingsmacht van een verzekeraar bepaalt. De onderhandelingspositie van een verzekeraar hangt onder andere af van de marktsituatie in een bepaalde sector.

3.1.3.1 Verzekeraar

Voldoende aanbieders

In hoofdstuk 2 bleek dat er geen eenduidige conclusie getrokken kon worden over het huidige aantal aanbieders op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Naast de eerstelijnspsychologen opereren er namelijk verschillende andere beroepsgroepen die in principe min of meer dezelfde zorg zouden kunnen leveren zoals eerder genoemde gezondheidszorgpsychologen en vrijgevestigde psychotherapeuten. Er lijkt op dit moment geen sprake te zijn van schaarste. De geringe wachttijden voor een behandeling zijn hier een direct signaal van. Ook op lange termijn lijkt het aanbod voldoende te kunnen inspelen op de toenemende vraag naar psychologische zorg. Huidige aanbieders zouden hun aanbod kunnen verruimen. Er zijn nauwelijks toetredingsdrempels die nieuwe aanbieders de toegang tot de markt verhinderen en andere beroepsgroepen zouden de markt kunnen betreden. De verzekeraar beschikt daarom over een goede onderhandelingspositie op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg.

²⁸ NZa, "De tussenstand op de verzekeringsmarkt. Monitor zorgverzekeringsmarkt" juni 2006, Diemen.

²⁹ De verzekeraar heeft dan bijvoorbeeld in zijn polis opgenomen dat 75% van de behandeling vergoed wordt tot een maximum van 250 euro. Ook zijn er verzekeraars die een maximumbedrag vergoeden per behandeling bijvoorbeeld 25 of 50 euro.

Keuzeondersteuningsmogelijkheden

De onderhandelingspositie van de verzekeraar hangt daarnaast af van de mate waarin hij verzekerden kan stimuleren om van het door hem gecontracteerde aanbod gebruik te maken. Hoe beter de verzekeraar hiertoe in staat is, hoe groter een bepaalde aanbieder het risico loopt om geen contract te krijgen als hij niet voldoet aan de wensen van de verzekeraar en de consument. De aanbieder wordt dan dus geprikkeld om een goede prijs-kwaliteitverhouding aan te bieden. De mate waarin 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 bijdrage die een verzekerde moet betalen als hij naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat. Het is voorsnog onduidelijk in hoeverre verzekeraars in de toekomst zullen proberen hun verzekerden 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.³⁰ Hierdoor lijken de mogelijkheden voor verzekeraars om het gedrag van verzekerden te beïnvloeden aanwezig. Anderzijds zorgt het gebrek aan informatie over de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders er voor dat het moeilijk is verzekerden ervan te overtuigen dat het beter is om naar een gecontracteerde aanbieder te gaan.

3.1.3.2 Aanbieder

Aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg hoeven in principe niet met elke verzekeraar een contract te sluiten. Zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld besluiten met een bepaalde verzekeraar (of met alle verzekeraars) geen contract aan te gaan wanneer deze te slechte contractvoorwaarden biedt. De verzekeraar vergoedt dan een bepaald bedrag wanneer de verzekerde toch besluit naar de niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.³¹

De onderhandelingspositie van de aanbieder ten opzichte van de verzekeraar hangt onder andere af van het aantal concurrenten dat een contract sluit met een verzekeraar, van de hoogte van de restitutievergoeding bij niet gecontracteerde zorg en van de rol van de huisarts. 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 voldoende zorgaanbieders zullen accepteren. 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.

³⁰ 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 psychische hulp nodig hebben gehad.

³¹ 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 bedragen. Indien er een maximum tarief wordt ingesteld, geldt dit overigens ook voor niet gecontracteerde zorg.

3.1.3.3 Verzekerde

De verzekerde zelf zal niet zo snel over een goede onderhandelingspositie beschikken ten opzichte van de aanbieder. Hij kan bijvoorbeeld niet over de kwaliteit of prijs onderhandelen. Hij kan echter wel stemmen met zijn voeten (weglopen) als hij ontevreden is over de prijs-kwaliteit verhouding die de zorgaanbieder aanbiedt. 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.

3.1.3.4 Conclusie

De marktverhoudingen tussen aanbieders en verzekeraars lijken in balans te zijn. Voor de verzekerde is het wel moeilijk om goede keuzes te maken ten aanzien van eerstelijnspsychologische zorg.

Consultatievraag 12:

Kunt u zich vinden in de beschrijving van de marktverhoudingen op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg?

3.2 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 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.³²

3.2.1 Afwenteleffecten

Een eerste risico op een markt met vrije prijzen is dat partijen de kosten van de zorg afwentelen 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 dus geen reden tot afwenteling. Eerstelijnspsychologen verwijzen dan ook slechts $\pm 10\%$ van hun cliënten na behandeling door naar een andere GGZ-hulpverlener.³³

³² 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).

³³ 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

Behalve de zorgaanbieder kunnen ook de zorgverzekeraar of de consument proberen de zorgkosten af te wentelen op een andere zorgaanbieder. Bijvoorbeeld omdat zij niet voor alle zorg de kosten dragen. In principe draagt de zorgverzekeraar 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 zou daardoor ook voor de zorgverzekeraar beperkt moeten zijn. Door effectieve inzet van eerstelijnszorg kan dure tweedelijnszorg immers worden voorkomen. In 2008 is de inkoop van GGZ-zorg echter nog belegd bij het AWBZ-zorgkantoor. Individuele verzekeraars hebben hier weinig invloed op. Er bestaat daarbij een risico dat verzekeraars in 2008 hun kosten voor psychologische zorg proberen af te wentelen op de andere verzekeraars door deze ten laste te laten komen van de tweede lijn.

Daarnaast 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.

Consultatievraag 13:

Bent u van mening dat er een risico op afwenteling van de kosten voor eerstelijnspsychologische zorg op de (duurdere) tweede lijn na opname van de eerste acht behandelingen eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket bestaat? Verandert deze situatie na 2009?

3.2.2 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

Wel bestaat er binnen de eerstelijnspsychologische zorg een risico op 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

zwaardere zorgvraag dan eerstelijnspsychologische zorg direct worden doorverwezen naar de tweede- of derdelijn en niet bij de eerstelijnspsycholoog terecht komen.

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 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

Ten slotte bestaat er in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg ook een risico op consumer driven demand. Vooral wanneer consumenten verzekerd zijn voor bepaalde vormen van zorg - en dus niet zelf opdraaien voor de kosten van hun zorggebruik - is het risico op consumer driven demand hoog.

Wanneer de eerstelijnspsychologische zorg deels onder het basispakket komt te vallen neemt het risico op consumer driven demand 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 huisarts heeft als poortwachter een taak om alleen mensen met een gerede zorgvraag door te verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog.
- Eerstelijnspsychologische zorg wordt slechts vergoed tot een maximum van 8 behandelingen.³⁴ Hierna draaien consumenten zelf op voor de kosten van de eerstelijnspsychologische zorg en is 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

³⁴ 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.

betalen voor een behandeling dan gebruiken zij vaak meer zorg dan wanneer zij wel zelf opdraaien voor de kosten. Er is dus vooral sprake van een volume-effect en niet zozeer van een prijseffect. Een sterke huisarts als poortwachter is in dit nieuwe systeem onmisbaar om onnodige volumestijging tegen te gaan. 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.

Consultatievraag 14:

Deelt u de analyse van de NZa dat het risico op upcoding en supplier induced demand op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg beperkt is?

Consultatievraag 15:

Bent u van mening dat het risico op consumer driven demand op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg bij opname van de eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket groot zal zijn? Hoe kan dit risico het beste worden tegengegaan?

3.2.3 Negatieve effecten op samenwerking

Bij het vrijgeven of reguleren van de markt voor een bepaalde beroepsgroep moet ten slotte ook de samenhang met andere beroepsgroepen en 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. 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.³⁵ De huisartsen, de eerstelijnspsychologen en de 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

³⁵ Bron: NIVEL (www.nivel.nl)

meer intervisie³⁶ en voeren zij een gezamenlijk wachttijdenbeleid³⁷. 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. De eerstelijnspsycholoog behandelt voornamelijk mensen die nog niet eerder met psychologische zorg in contact zijn geweest en die dergelijke zorg naar verwachting ook niet nodig hebben. Er is enkel sprake van een doorverwijsrelatie (bijvoorbeeld wanneer de huisarts de zorgvraag van een patiënt te licht heeft ingeschat). Andere aanbieders die eerstelijnspsychologische zorg aanbieden, zoals een SPV of een ambulante zorgaanbieder, hebben soms wel een relatie met de tweede- of derdelijns GGZ-instelling. Deze samenwerking vindt ook in de huidige, vrije markt plaats. Er is dus geen reden om aan te nemen dat regulering op dit vlak noodzakelijk is.

Consultatievraag 16:

Deelt u de analyse van de NZa dat er geen aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn om de zorginhoudelijke samenwerking tussen eerstelijnspsychologen en huisartsen, tussen eerstelijnspsychologen en andere GGZ-zorgaanbieders en tussen eerstelijnspsychologen onderling te borgen?

Consultatievraag 17:

Mist u naast de hierboven genoemde externe effecten nog andere effecten die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven?

3.3 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 zal nader worden ingegaan op een aantal anticompetitieve gedragingen die zich voor zouden kunnen doen in de markt voor eerstelijnspsychologie en het risico daarop.

3.3.1 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.³⁸ De marge op een product is dan zowel in absolute zin als in vergelijking met bijvoorbeeld de marges op een zelfde product in een meer competitieve markt zeer

³⁶ Om zijn registratie als eerstelijnspsycholoog NIP te mogen behouden, moet de eerstelijnspsycholoog ten minste 6 keer per jaar aan intervisie doen. Een beroepsgenoot geeft de eerstelijnspsycholoog dan feedback op zijn functioneren.

³⁷ 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.

³⁸ 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 op dit moment voldoende aanbod op de markt te zijn. 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 tot de markt 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.

Consultatievraag 18:

Deelt u de analyse van de NZa dat het risico op te hoge prijzen in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg beperkt is?

3.3.2 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.

Volgens de NZa is het risico op te lage prijzen in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg 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.

Een mogelijk risico op te lage prijzen bestaat wel wanneer grote GGZ-instellingen zich gaan 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. Zowel de NMa als de NZa kunnen ingrijpen wanneer een partij met een machtspositie te lage prijzen stelt/dreigt te stellen. De NZa kan preventief regels opleggen aan partijen waarvan het risico groot is dat zij te hoge prijzen zullen stellen. De NMa kan een boete opleggen wanneer een partij daadwerkelijk

misbruik maakt van zijn economische machtspositie. Hiervan gaat een afschrikwekkend effect uit.

Consultatievraag 19:

Deelt u de analyse van de NZa dat het risico op te lage prijzen door eerstelijnspsychologen beperkt is?

Consultatievraag 20:

Bent u van mening dat het risico op te lage prijzen door grote GGZ-instellingen (gefinancierd via de AWBZ) op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg groot is? Waarom wel/niet?

3.3.3 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). Daarnaast moeten samenwerkingsverbanden ongeacht hun doel in principe openstaan voor alle zorgaanbieders. Het samenwerkingsverband mag dus niet worden gebruikt om bepaalde aanbieders buiten de markt te houden.

De volgende vormen van samenwerking zijn verboden³⁹:

- **Prijsafspraken:** Eerstelijnspsychologen mogen niet gezamenlijk een tarief bedingen bij inkoopende 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. 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.⁴⁰ Er is dus een risico op kartelvorming 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.

³⁹ Mededingingswet, artikel 6.

⁴⁰ Eerdere prijsadviezen van brancheverenigingen NIP, LVE, NVP en NVVP hebben geleid tot boetes door de NMa (zaaknr. 3309). Het hoger beroep dat is aangetekend tegen dit besluit van de NMa loopt nog.

Consultatievraag 21:

Bent u van mening dat het risico op kartelvorming in de markt voor eerstelijnspsychologische zorg voldoende wordt ondervangen door de Mededingingswet of zijn aanvullende maatregelen van de NZa wenselijk?

3.3.4 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.⁴¹ 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.⁴² Bovendien hebben zorgverzekeraars een zorgplicht en zijn zij dus wel 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 een machtspositie om te voorkomen dat zij hun inkoopmacht kunnen misbruiken. Hiervan gaat een afschrikwekkend effect uit.

Consultatievraag 22:

Deelt u de mening van de NZa dat het risico op misbruik van de inkoopmacht door verzekeraars op de markt voor eerstelijnspsychologische zorg beperkt is?

⁴¹ Dit is te wijten aan het feit dat men tot voor kort in Nederland ziekenfondsregio's kende. Mensen die in een bepaalde ziekenfonds regio 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.

⁴² Zoals al eerder werd vermeld, is de prikkel om kwalitatief goede zorg in te kopen wellicht nog enigszins beperkt zolang de zorginkoop voor de ambulante GGZ nog bij het zorgkantoor ligt.

Consultatievraag 23:

Mist u naast de hierboven genoemde externe effecten nog andere effecten die van invloed kunnen zijn op de beslissing om een markt al dan niet vrij te geven?

4. Transactie- en veranderingskosten

Bij de analyse of een markt kan worden vrijgegeven of niet 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 aanbieders van eerstelijnspsychologische zorg zijn 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 nalevings- en de uitvoeringslasten zijn. Onderstaande analyse sluit aan bij de daarvoor gehanteerde methodiek.

Onder reguleringskosten vallen drie soorten kosten⁴³.

- administratieve lasten,
- inhoudelijke nalevingskosten,
- uitvoeringslasten van de NZa zelf

Administratieve lasten

De administratieve lasten⁴⁴ 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 nalevingskosten⁴⁵ 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 uitvoeringslasten⁴⁶ 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

⁴³ In het project wordt ook nog melding gemaakt van beleefde lasten. Deze blijven buiten beschouwing in dit consultatiedocument.

⁴⁴ 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.

⁴⁵ De kosten worden op een vergelijkbare manier berekend als de administratieve lasten.

⁴⁶ De uitvoeringslasten worden berekend door de kosten van een bestuurlijke behandeling te vermenigvuldigen met het aantal handelingen waarop deze van toepassing is.

zorgverzekeraars in door haar zelf uitgevaardigde regelgeving of regelgeving waarvoor zij verantwoordelijk 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 veroorzaakt⁴⁷.

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. Hierin zijn beperkingen van partijen in speelruimte en dynamiek bij tariefregulering niet meegenomen. De NZa acht het daarom uit het oogpunt van veranderingskosten beter om de markt niet te reguleren.

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 van 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

⁴⁷ Eerstelijnspsychologen moeten wel voldoen aan eisen die bijvoorbeeld zijn opgenomen in de Kwaliteitswet, belastingwetgeving. Deze administratieve lasten zijn in dit consultatiedocument buiten beschouwing gelaten.

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.

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.

Consultatievraag 24:

Kunt u zich vinden in bovenstaande analyse over regulering- en veranderingskosten?

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
E info@nza.nl
I www.nza.nl