

# **Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ?**

Een economische analyse

Eindrapport opgesteld in opdracht van GGZ Nederland



April 2005

Prof. dr. F.T. Schut  
Drs. S.A. van der Geest  
Drs. M. Varkevisser



iBMG instituut Beleid &  
Management Gezondheidszorg

© GGZ Nederland / iBMG, Amersfoort / Rotterdam, 2005

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

*“The mental health care sector contains institutions, professions, and illnesses that are unfamiliar to policy analysts and even to specialists in health economics. As such, policy has often been applied to the institutions of the mental health sector as an afterthought to a broad health policy decision.”*

Richard Frank en Thomas McGuire, 2000, blz. 897



# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	
1.1 Aanleiding onderzoek .....	1
1.2 Geestelijke gezondheidszorg.....	2
1.3 Reikwijdte onderzoek.....	4
1.4 Aanpak onderzoek .....	5
<b>2. Afbakening productmarkten planbare curatieve GGZ</b>	
2.1 Vraag- en aanbodsubstitutie .....	7
2.2 Nadere omschrijving productmarkten.....	8
2.3 Kwantificering productmarkten.....	10
<b>3. GGZ en de zorgverzekeringsmarkt</b>	
3.1 Basisvoorwaarden voor goed functionerende zorgverzekeringsmarkt ...	13
3.2 Adequaat risicovereveningssysteem.....	13
3.3 Aanwezigheid van voldoende kritische verzekerden.....	19
3.4 Consumenteninformatie over contracteerbeleid zorgverzekeraars.....	22
<b>4. GGZ en de zorginkoopmarkt</b>	
4.1 Basisvoorwaarden voor goed functionerende zorginkoopmarkt .....	23
4.2 Huidige marktaandeelen zorgverzekeraars en GGZ-aanbieders.....	25
4.3 Betwistbaarheid inkoopmacht zorgverzekeraars .....	27
4.4 Betwistbaarheid verkoopmacht GGZ-aanbieders.....	30
4.5 Evenwichtige informatieverdeling .....	33
4.6 Nadere analyse specifieke kenmerken afzonderlijke productmarkten...35	
4.6.1 Productmarkt 1.....	35
4.6.2 Productmarkt 2.....	38
4.6.3 Productmarkt 3.....	39
<b>5. Conclusie .....</b>	<b>41</b>
<b>Referenties.....</b>	<b>45</b>



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding onderzoek

Met ingang van 1 januari 2007 zal de op genezing gerichte (= curatieve) geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) worden overgeheveld naar de nieuwe Zorgverzekeringswet (Tweede Kamer, 2003a, VWS 2005c).<sup>1</sup> Dit betreft de gehele extramurale GGZ en alle intramurale GGZ tot één jaar, met uitzondering van de forensische zorg. Het is de bedoeling dat na realisatie van deze overheveling en de introductie van diagnose behandeling combinaties (DBC's) een aanvang wordt gemaakt met de geleidelijke invoering van marktprikkels binnen de curatieve GGZ. Hierbij moet met name gedacht worden aan vrije prijsonderhandelingen tussen GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars. Eind 2004 heeft minister Hoogervorst de Tweede Kamer laten weten dat naar zijn mening uiteindelijk een groot deel van de GGZ kan worden geliberaliseerd (Tweede Kamer, 2004a). Deze opvatting is gebaseerd op de veronderstelling dat “de (...) voor de [somatische] ziekenhuiszorg genoemde kenmerken ook geldig zijn voor de curatieve GGZ.”

Uit de economische literatuur blijkt echter dat geestelijke gezondheidszorg zich op een aantal punten onderscheidt van andere vormen van gezondheidszorg (Frank en McGuire, 2000, blz. 895): “Mental health economics is like health economics only more so”. Zo is de verscheidenheid aan mogelijke behandelmethoden en de onzekerheid omtrent de effectiviteit ervan veelal groter dan bij somatische zorg. Ook geldt voor een deel van de GGZ dat patiënten vaak minder goed in staat zijn tot het maken van rationele keuzes.<sup>2</sup> Bovendien zijn de maatschappelijke gevolgen en externe kosten van psychische stoornissen in het algemeen groter dan bij somatische aandoeningen. Empirische studies ramen dat de indirecte kosten van psychische stoornissen voor gezin en maatschappij circa tweemaal zo hoog zijn als de directe zorgkosten (Frank en McGuire, 2000, blz. 898). Deze maatschappelijke kosten worden vooral veroorzaakt door de circa 4% van de bevolking die lijdt aan een ernstige psychische stoornis en/of verslaving. De aanwezigheid van dergelijke omvangrijke externaliteiten impliceert dat de waarde van effectieve behandelingen voor ernstige psychische stoornissen en ernstige vormen van verslaving in een vrije markt waarschijnlijk sterk onderschat zullen worden.

In dit onderzoeksrapport staat dan ook de vraag centraal welke gevolgen de specifieke *economische* kenmerken van GGZ hebben voor de mogelijkheden van liberalisering.

---

<sup>1</sup> Aanvankelijk was de overheveling gepland per 1 januari 2006, maar in april 2005 is besloten om dit één jaar op te schuiven. Wel gaat in per 1 januari 2006 de eerste fase van de overheveling in, wat onder andere inhoudt dat vanaf dat moment aanbieders op patiëntniveau bij het zorgkantoor gaan declareren (zie ook het kader op blz. 5).

<sup>2</sup> Het woord ‘patiënt’ doet in de ogen van GGZ Nederland meer recht aan het geestelijk lijden waarmee deze geconfronteerd wordt dan de meer neutrale term ‘cliënt’ (GGZ Nederland, 2004a, blz. 9).

## 1.2 Geestelijke gezondheidszorg

Binnen de GGZ bestaat een grote diversiteit.<sup>3</sup> Er zijn bijvoorbeeld verschillen ten aanzien van de mate van *planbaarheid* en in hoeverre de zorg gericht is op *genezing* (zie tabel 1). Hoewel het mogelijk is om een nadere onderverdeling te maken naar (i) de ernst en aard van de problematiek (eerstelijns- en tweedelijnszorg) en (ii) de duur van het verblijf (ambulante en klinische zorg) hebben we er bewust voor gekozen om dit niet te doen. In de praktijk blijkt namelijk dat deze aspecten – bijvoorbeeld als gevolg van de toenemende extramuralisering – steeds minder als een onderscheidende factor fungeren.

**Tabel 1:** Schematisch overzicht van de GGZ

<b>Planbaar?</b>	Nee	Ja	
<b>Financieringsbasis 2007</b>	Zorgverzekeringswet		AWBZ
	<b>ACUTE ZORG</b>	<b>PLANBARE CURATIEVE GGZ</b>	<b>LANGDURIGE INTRAMURALE GGZ</b>

De mate waarin de zorgvraag planbaar is, hangt af van de mate waarin diagnostiek en behandeling kunnen worden uitgesteld. Ten aanzien van de acute GGZ geldt dat uitstel van de zorgvraag niet verantwoord is. In tegenstelling tot de overige vormen van GGZ is de planbaarheid ervan dan ook nihil. De acute GGZ is namelijk bedoeld voor patiënten voor wie acute opvang en/of behandeling en crisisinterventie nodig is, zodat deze vorm van zorg 7x24 uur beschikbaar moet zijn.

Daarnaast wordt bij de financiering van de GGZ een onderscheid worden gemaakt tussen zorg die gericht is op genezing of herstel (curatieve GGZ) en de intramurale langdurige zorg.<sup>4</sup> De laatste categorie is gericht op mensen die zoveel hinder van hun psychische problemen ondervinden dat zij behoefte hebben aan langdurige, intensieve en intramurale geestelijke gezondheidszorg. Als gevolg van de ernst en de aard van de betreffende psychische stoornissen of het onvrijwillige karakter van het verblijf is het voor deze patiënten veelal niet mogelijk om de benodigde ondersteuning door algemene voorzieningen in de samenleving te ontvangen. Voor deze patiënten geldt dat hun psychische stoornis meestal zo ernstig is dat de noodzakelijke zorg alleen geleverd kan worden in een gespecialiseerde (GGZ-)voorziening. Voor de langdurige GGZ is eveneens sprake van een maatschappelijke taak: een deel van de chronische patiënten zal zeer langdurig en in een aantal gevallen tegen hun wil moeten verblijven in een beschermende woonvorm of op gesloten verblijfsafdelingen. Voor een

<sup>3</sup> Wanneer we in dit rapport over GGZ spreken, bedoelen hiermee de geestelijke gezondheidszorg inclusief de verslavingszorg.

<sup>4</sup> De intramurale langdurige GGZ wordt – onder andere door het ministerie van VWS – wel aangeduid als GGZ-care. Aangezien bij langdurige GGZ – in tegenstelling tot bij langdurige somatische zorg – de nadruk doorgaans niet ligt op verzorging, hanteren wij in het vervolg uitsluitend de term langdurige intramurale GGZ.

beperkt aantal chronische patiënten die zeer intensieve zorg nodig hebben zijn hooggespecialiseerde voorzieningen noodzakelijk. Ook voor TBS'ers en andere forensische patiënten die niet verder kunnen worden behandeld maar ook niet kunnen terugkeren in de samenleving zijn dergelijke gespecialiseerde woonvoorzieningen noodzakelijk.

#### **Gefaseerde overheveling geneeskundige GGZ en invoering DBC's**

In eerste instantie was de Minister van VWS voornemens om op de extramurale GGZ en het eerste jaar van de intramurale GGZ per 1 januari 2006 vanuit de AWBZ over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Medio april 2005 heeft VWS de Tweede Kamer laten weten voor een gefaseerde overheveling te kiezen (VWS, 2005c). Ook de DBC's zullen gefaseerd in de GGZ worden ingevoerd.

De eerste fase, die per 1 januari 2006 van start gaat, houdt het volgende in:

- Het Zvw-besluit met daarin de geneeskundige GGZ-aanspraken treedt in werking, maar deze zullen pas per 1 januari 2007 daadwerkelijk gaan gelden.
- Alle aanbieders van GGZ (dus zowel de instellingen als de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten) declareren op individueel verzekerdenniveau bij het zorgkantoor. Op deze wijze krijgen verzekeraars inzicht in de mate waarin hun verzekerden gebruiken maken van GGZ-zorg.
- De financiering van de geneeskundige GGZ vindt in technische zin al plaats vanuit het Zorgverzekeringsfonds. Er is vervolgens sprake van een eenmalige storting aan het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ).
- De status aparte die de over te hevelen GGZ binnen de AWBZ momenteel heeft, blijft gehandhaafd. Deze zorg gaat derhalve niet onder het functiegerichte stelsel vallen.
- Alle GGZ-aanbieders die zorg uit het 2e compartiment leveren, zijn verplicht om een registratie in DBC's te voeren. Declaratie en bekostiging vindt nog plaats met behulp van de huidige bekostigingscategorieën.

De tweede fase, die per 1 januari 2007 van start gaat, behelst het volgende:

- De GGZ-aanspraken die zijn opgenomen in het Zvw-besluit zijn geldig. Alle aanbieders declareren op verzekerdenniveau vanaf dat moment dus bij de zorgverzekeraars i.p.v. de zorgkantoren.
- Er is een vereveningsmodel, met als doelstelling zoveel mogelijk ex-ante te verevenen, zodat verzekeraars zoveel mogelijk risicodragend zijn voor de geneeskundige GGZ.
- De DBC's worden niet langer alleen geregistreerd, maar ook gebruikt voor de declaraties en – indien mogelijk – ook voor de bekostiging.
- Aan de hand van een nog vast te stellen meerjarenovergangsmodel zullen (geleidelijk) DBC's op basis van vrije prijzen worden ingevoerd.

De GGZ wordt op dit moment in hoofdzaak bekostigd vanuit de AWBZ (het zogeheten 1<sup>e</sup> compartiment). In 2003 bedroegen de totale uitgaven ruim €3,5 miljard (CVZ, 2004) Het kabinet is van plan om alle 'op genezing gerichte zorg' van de AWBZ over te hevelen naar de nieuwe standaardverzekering voor de curatieve zorg (Zorgverzekeringswet). Aangezien het in de GGZ grotendeels gaat om op genezing gerichte zorg, wordt als eerste per 1 januari 2007 de gehele extramurale GGZ en alle intramurale GGZ tot één jaar overgeheveld (zie bovenstaand kader). De intramurale GGZ na het eerste jaar blijft onderdeel uitmaken van de AWBZ. Aan deze overheveling liggen drie argumenten ten grondslag (Tweede Kamer, 2003a):

1. De AWBZ wordt zodoende weer een verzekering voor langdurige en continue zorg, zoals oorspronkelijk bedoeld is.
2. Een dergelijke overheveling zorgt voor meer samenhang in de curatieve zorg, omdat het bestaande financiële schot tussen onderdelen van de curatieve zorg verdwijnt.

3. Een dergelijke overheveling zorgt voor meer samenhang in de AWBZ, omdat de AWBZ-regelgeving en -bekostiging kan worden vereenvoudigd.

### 1.3 Reikwijdte onderzoek

In dit onderzoeksrapport staat het deel van de planbare curatieve GGZ centraal dat wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, omdat de prijsstelling en toetreding voor deze vormen van GGZ mogelijk worden geliberaliseerd. Buiten beschouwing blijven de volgende onderdelen van de GGZ:<sup>5</sup>

- **Acute GGZ.** Ten aanzien van de acute zorg in het algemeen heeft VWS aangegeven van mening te zijn dat “er onvoldoende vertrouwd kan worden dat de gewenste beschikbaarheid van acute zorg met de gewenste kwaliteit en doelmatigheid tot stand komt door onderling concurrerende aanbieders, die in vrijheid met (individuele) verzekeraars onderhandelen” (Tweede Kamer, 2003b, blz. 7). Er zijn dan ook geen aanwijzingen dat liberalisering van de acute GGZ momenteel een serieuze beleidsoptie is. Ook de beleidsvisie en beleidsregels WTZi geven hiertoe geen aanleiding (Tweede Kamer, 2004b). Daarin is bijvoorbeeld nadrukkelijk opgenomen dat met betrekking tot de bereikbaarheid van acute GGZ betrokken partijen in de regio duidelijke afspraken moeten maken over het beschikbare aanbod van zorg. Een aanvraag voor toelating wordt getoetst aan deze regionale capaciteitsafspraken.
- **Langdurige intramurale GGZ.** Intramurale GGZ na het eerste jaar wordt niet overgeheveld naar de nieuwe standaardverzekering, maar blijft – net als de intramurale curatieve somatische gezondheidszorg na het eerste jaar – onderdeel uitmaken van de AWBZ. Mede om afwenteling door zorgverzekeraars op de AWBZ te voorkomen, zal na één jaar intramurale GGZ een indicatie worden gesteld door het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) (Tweede Kamer, 2003a).
- **Forensische GGZ.** De forensische GGZ betreft de zorg aan personen die lijden aan een psychische stoornis en (als gevolg daarvan) een strafbaar feit hebben begaan. Deze zorg bevindt zich op het grensgebied van justitie en GGZ en blijft deel uitmaken van de AWBZ.<sup>6</sup>

Hoewel de genoemde GGZ-markten in dit onderzoeksrapport niet specifiek aan de orde komen, besteden we – indien relevant – wel aandacht aan mogelijke afwentelingseffecten. Aangezien tussen de productmarkten die binnen de GGZ onderscheiden kunnen worden een (sterke) samenhang bestaat, kunnen ontwikkelingen op de ene markt nadelige gevolgen hebben voor het functioneren van andere markten. Zo zou het bijvoorbeeld kunnen

---

<sup>5</sup> Dit betekent dat in dit rapport geen oordeel wordt uitgesproken over de mogelijkheden en risico's inzake een eventuele invoering van marktprikkels in deze onderdelen van de GGZ.

<sup>6</sup> In overleg met de minister van Justitie heeft VWS besloten om de forensische zorg niet mee over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet “in verband met het niet-verzekerbare karakter van deze zorg” (VWS, 2005c, blz. 2). Ons inziens is dit een vreemde argumentatie, omdat met de introductie van de Zorgverzekeringswet het onderscheid tussen particuliere zorgverzekering en ziekenfondsverzekering

voorkomen dat regionale GGZ-instellingen overwinsten die zij met het aanbieden van een niet-competitieve functie behalen met behulp van kruissubsidiëring aanwenden om elders in de GGZ de concurrentie te verstoren. Naast strategisch gedrag van zorgaanbieders (marktfalen) kan ook bestaande regelgeving (overheidsfalen) voor ongewenste afwentelingseffecten zorgen. Bij de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg moet dan ook nadrukkelijk rekening worden gehouden met de mogelijke wisselwerking tussen productmarkten.<sup>7</sup>

#### **1.4 Aanpak onderzoek**

In zijn beleidsvisie ten aanzien van de curatieve zorg heeft de minister van VWS aangeven dat na de overheveling vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en de introductie van DBC's binnen de curatieve GGZ geleidelijk marktprikkels zullen worden geïntroduceerd. Hierbij moet gedacht worden aan verlaging van bestaande toetredingsdrempels, het toestaan van een winstoojmerk, loslating van de contracteerplicht voor intramurale zorg, vrije prijsvorming en directe concurrentie tussen zorgaanbieders. Gezien de specifieke kenmerken van het 'product' gezondheidszorg zal echter altijd enige mate van overheidsbemoediging gewenst zijn om de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid/betaalbaarheid) in voldoende mate te waarborgen. Voor de GGZ komt daar nog bij dat mensen met psychische stoornissen die niet of onvoldoende worden behandeld en begeleid anderen overlast – die soms gepaard gaat met criminaliteit – kunnen bezorgen. Minimalisatie van deze zogeheten externe effecten vormt ook een belangrijk publiek belang. Voor een zorgvuldige liberalisering van de GGZ is het daarom van groot belang om te analyseren welke effecten de introductie van marktprikkels kunnen hebben op de publieke belangen.

Vanuit economisch perspectief bezien kan de zogenaamde gereguleerde concurrentie enkel een succes zijn wanneer aan twee basisvoorwaarden is voldaan. In de eerste plaats moet de zorgverzekeringsmarkt goed functioneren. Dit houdt in dat risicodragende zorgverzekeraars onderling met elkaar concurreren en zich daadwerkelijk inspannen om voor hun verzekerden goede en doelmatige GGZ in te kopen. In de tweede plaats dient de zorginkoopmarkt goed te functioneren. Hiervan is sprake wanneer evenwichtige onderhandelingen kunnen plaatsvinden tussen zorgverzekeraars en GGZ-aanbieders. In het vervolg van het rapport zullen we toetsen of in de planbare curatieve GGZ aan deze twee voorwaarden is voldaan. Met het oog hierop onderscheiden we allereerst drie min of meer homogene productmarkten met dezelfde economische kenmerken (paragraaf 2). Verschillen in economische kenmerken zijn namelijk van invloed op de mogelijkheden en risico's van liberalisering. Bij de zorgverzekeringsmarkt gaan we vervolgens vooral in op het vereiste risicovereveningssysteem (paragraaf 3). Om de vraag te beantwoorden of de zorginkoopmarkt goed kan functioneren proberen we onder andere inzicht te krijgen in de verdeling van onderhandelingsmacht tussen GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars (paragraaf 4). Tevens geven we aan welke marktprikkels onder welke

---

verdwijnt. Het verplichte karakter van de nieuwe basisverzekering zorgt ervoor dat daarmee ook het onderscheid tussen verzekerbare versus niet-verzekerbare zorg niet langer van belang is.

<sup>7</sup> Zie hiervoor bijvoorbeeld Van der Geest et al. (2003).

voorwaarden in de GGZ geïntroduceerd zouden kunnen worden en welke (aanvullende) regulering eventueel noodzakelijk is. Ook eventuele afwentelingseffecten zullen in deze paragraaf aan de orde komen. Het rapport wordt afgesloten met een conclusie (paragraaf 5).

## 2. Afbakening productmarkten planbare curatieve GGZ

### 2.1 Vraag- en aanbodssubstitutie

Om uitspraken te kunnen doen over de kansen en risico's van gereguleerde concurrentie in de GGZ is het noodzakelijk om markten die in economisch opzicht grote verschillen vertonen, afzonderlijk te analyseren. Een noodzakelijke eerste stap in de analyse is dan ook het afbakenen van zogeheten productmarkten. Producten die tot dezelfde productmarkt behoren, oefenen concurrentiedruk op elkaar uit (zie bijvoorbeeld NMa, 2004c en 2004d). Deze concurrentiedruk kan in de eerste plaats voortkomen uit de mogelijkheid van consumenten om op andere producten over te stappen. Economen noemen dit ook wel *vraagsubstitutie*. Met andere woorden, welke 'GGZ-producten' worden door patiënten als onderling uitwisselbaar beschouwd. In de tweede plaats ontstaat concurrentiedruk wanneer nieuwe aanbieders snel op de markt kunnen toetreden. Dit wordt aangeduid met de term *aanbodssubstitutie*. Met andere woorden, welke GGZ-producten kunnen andere zorgaanbieders op korte termijn relatief gemakkelijk (dat wil zeggen zonder aanzienlijke extra kosten) aan 'hun assortiment' toevoegen. Merk op dat bij aanbodssubstitutie de producten voor patiënten niet onderling uitwisselbaar hoeven te zijn. Voor de mogelijkheden van marktwerking is aanbodssubstitutie van groot belang, omdat hiermee vastgesteld kan worden in hoeverre potentiële toetreders een disciplinerende werking kunnen hebben op het concurrentiegedrag van de reeds aanwezige aanbieders in de markt.

De mogelijkheden voor vraagsubstitutie zijn in de gezondheidszorg veelal beperkt. Zo vormt een oogoperatie vanzelfsprekend geen substituut voor iemand die last heeft van zijn heup. Een patiënt met een eetstoornis heeft ook geen baat bij een behandeling die gericht is op angststoornissen. Over het algemeen hebben patiënten behoefte aan een specifiek op maat gemaakt zorgproduct. Vanuit het perspectief van vraagsubstitutie bezien behoort eigenlijk iedere zorgvraag tot een andere productmarkt. Een dergelijke marktafbakening zou echter leiden tot een onhanteerbaar groot aantal productmarkten. Daarnaast zouden de mogelijkheden voor concurrentie kunnen worden onderschat, omdat de mogelijkheden van toetreding niet in ogenschouw worden genomen. Vandaar dat naast vraagsubstitutie (vooral) ook de mogelijkheden voor aanbodssubstitutie dienen mee te spelen bij het onderscheiden van relevante productmarkten.

Vanuit het perspectief van aanbodssubstitutie is de vraag relevant hoe gemakkelijk aanbieders op korte termijn kunnen overgaan tot het aanbieden van andere zorgproducten. De mogelijkheden voor aanbodssubstitutie lijken in de GGZ vooral te worden beïnvloed door de volgende drie aspecten:

1. de aard en definieerbaarheid van het te behandelen probleem;
2. de mate waarin een netwerk van aanvullende voorzieningen benodigd is;
3. de mate waarin een (zeer) specifieke deskundigheid is vereist.

### ***Aard en definieerbaarheid van het te behandelen probleem***

In bepaalde gevallen is de diagnose en therapie door de hulpverlener betrekkelijk eenduidig vast te stellen zonder dat een grote inspanning vereist is. Doorgaans gaat het om enkelvoudige problematiek waarbij vanuit één discipline behandeld kan worden. Daarnaast is het ook mogelijk dat een patiënt met meerdere problemen tegelijk kampt, waardoor het stellen van de diagnose tijdrovend is en het uitgezette behandeltraject regelmatig tussentijdse bijstelling behoeft (binnen de GGZ ook wel aangeduid als ‘complexe’ zorg).<sup>8</sup> In dat geval zijn gedurende het behandeltraject vaak meerdere disciplines nodig om de juiste hulp te bieden.

### ***De mate waarin een netwerk van aanvullende voorzieningen benodigd is***

Wanneer bij een patiënt met een psychisch probleem een adequaat functionerend maatschappelijk steunsysteem<sup>9</sup> afwezig is, heeft dit gevolgen voor de rol van hulpverleners. Door het ontbreken van sociale steun is de patiënt min of meer ‘maatschappelijk gehandicapt’ waardoor GGZ-aanbieders verschillende aanvullende voorzieningen en/of disciplines moeten inzetten om de behandeling tot een (blijvend) succes te maken. Met andere woorden, hulpverleners dienen in dergelijke gevallen op het terrein van ondersteuning en coördinatie meer verantwoordelijkheid op zich te nemen dan bij patiënten die gedurende en/of na afloop van hun behandeling wel kunnen terugvallen op een maatschappelijk steunsysteem.

### ***De mate waarin een (zeer) specifieke deskundigheid vereist is***

Binnen de GGZ kan de deskundigheid die nodig is om adequaat te kunnen voldoen aan de zorgvraag van patiënten verschillend zijn. Wanneer voor een bepaalde vorm van GGZ een (zeer) specifieke deskundigheid vereist zou zijn, kan dit gevolgen hebben voor de mogelijkheden van marktwerking. Voor een dergelijke zorgvorm geldt dan namelijk dat de mogelijkheden voor aanbodssubstitutie beperkt zijn. Zorgaanbieders die momenteel niet op de betreffende productmarkt actief zijn, kunnen als gevolg van de benodigde investeringen in menselijk kapitaal (expertise) niet direct toetreden. Er is in dat geval geen grote concurrentiedruk van potentiële nieuwe aanbieders.

## **2.2 Nadere omschrijving productmarkten**

Gebruikmakend van de hierboven beschreven aspecten onderscheiden we in dit onderzoek binnen de curatieve planbare GGZ drie productmarkten die we in paragraaf 4.6 nader onder de loep nemen:

1. GGZ voor kinderen en jeugdigen;
2. GGZ voor volwassenen/ouderen met een duidelijk gedefinieerde, veelal enkelvoudige zorgvraag en een adequaat functionerend steunsysteem;

---

<sup>8</sup> In de economische literatuur wordt de term ‘complex’ doorgaans gebruikt om aan te geven dat er bij de productie investeringen in specifieke kapitaalgoederen zijn vereist.

<sup>9</sup> Een maatschappelijk steunsysteem is een gecoördineerd netwerk van personen (zoals familie), diensten (zoals specifieke hulpverlening) en voorzieningen (zoals laagdrempelige ontmoetingsmogelijkheden), dat zich richt op het bieden van ondersteuning aan mensen met ernstige, psychische problemen. Zie Beenackers et al. (2001).

3. GGZ voor volwassenen/ouderen met een ernstige meervoudige zorgvraag die in hun dagelijkse functioneren naast zorg ook extra ondersteuning nodig hebben.

### ***Productmarkt 1: GGZ voor kinderen en jeugdigen***

Voor het merendeel van de GGZ geldt dat geen (zeer) specifieke deskundigheid vereist is om adequaat te kunnen inspelen op de zorgvraag van patiënten. Met andere woorden, substantiële investeringen in menselijk kapitaal zijn veelal niet vereist. Zo beschikt in principe iedere psychiater als gevolg van zijn of haar brede opleiding over voldoende kennis en vaardigheden om voor een groot aantal verschillende groepen patiënten de benodigde deskundigheid te leveren. De GGZ voor kinderen en jeugdigen lijkt hierop een uitzondering te vormen. Om deze doelgroep goed te kunnen behandelen is een combinatie van deskundigheden nodig die onvoldoende in de basisopleiding tot psychiater worden aangeleerd (zie bijvoorbeeld NVvP, 1996). Om de aantekening kinder- en jeugdpsychiatrie te verkrijgen dienen psychiaters en arts-assistenten (in opleiding) een tweejarige opleiding te volgen. Deze opleiding heeft tot doel om een psychiater of arts-assistent (in opleiding) te verbreden tot kinder- en jeugdpsychiater “zowel wat betreft attitude, kennis als vaardigheden ten aanzien van kinderen en jeugdigen met psychiatrische problematiek en hun gezinnen” (NVvP, 2002). Naast een (zeer) specifieke deskundigheid onderscheidt de GGZ voor kinderen en jeugdigen zich op nog twee andere punten van de GGZ voor volwassen en ouderen. Ten eerste zijn in veel sterkere mate multidisciplinaire teams nodig. Naast psychiaters spelen ook psychologen en orthopedagogen een belangrijke rol bij de behandelingen van kinderen en jeugdigen. Ten tweede gelden er, specifiek voor de intramurale component, aparte WZV-eisen ten aanzien van de fysieke inrichting van kinder- en jeugdklinieken. Zo dienen op het terrein van dergelijke klinieken onderwijsvoorzieningen aanwezig te zijn. Om aan de gestelde eisen te kunnen voldoen zijn veelal extra investeringen nodig.<sup>10</sup> De aanbieders die op deze markt actief zijn, zijn speciale kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken en grote GGZ-instellingen die naast GGZ voor volwassen en ouderen ook kinder- en jeugdpsychiatrie aanbieden. Alleen voorzover het gaat om de lichtere problematiek zijn op deze markt ook vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten actief.

### ***Productmarkt 2: GGZ voor volwassenen/ouderen met een duidelijk gedefinieerde, veelal enkelvoudige zorgvraag en een adequaat functionerend steunsysteem***

De tweede productmarkt in dit rapport omvat de GGZ voor volwassen/ouderen waarbij diagnose en therapie relatief gemakkelijk is vast te stellen en de patiënten kunnen terugvallen op hun eigen steunsysteem. Hierbij kan gedacht worden aan behandeltherapieën voor angst- en stemmingsstoornissen, burn outs en eetstoornissen. Aangezien voor dit type GGZ (over het algemeen) een monodisciplinaire aanpak volstaat, kunnen naast de multifunctionele GGZ-

---

<sup>10</sup> De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) wordt waarschijnlijk vervangen door de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) die in september 2004 door de Tweede Kamer is aangenomen. De plenaire behandeling ervan door de Eerste Kamer is voorzien voor eind juni 2005. Deze wet heeft tot doel de overheidssturing bij het bouwen en in gebruik nemen van zorginstellingen te reduceren. De voorgenomen verandering in wetgeving lijkt geen directe gevolgen te hebben voor de eisen waaraan kinder- en jeugdklinieken moeten voldoen.

instellingen, de RIAGG's en PAAZ-en ook de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten deze psychische zorg bieden.

***Productmarkt 3: GGZ voor volwassenen/ouderen met een ernstige meervoudige zorgvraag die in het dagelijkse functioneren naast zorg ook extra ondersteuning nodig hebben***

De GGZ die geboden wordt aan volwassen/ouderen die met meerdere psychische problemen kampen en niet kunnen terugvallen op een maatschappelijk steunsysteem is multidisciplinair van aard. In meerderheid lijdt deze groep aan psychotische stoornissen, in de meeste gevallen schizofrenie. Verder komen ernstige depressies, manische depressiviteit, ernstige persoonlijkheidsstoornissen en chronische verslavingsproblemen veel voor. Vanwege de benodigde extra disciplines en voorzieningen op de gebieden wonen, werken, leren, vrijetijdsbesteding en het onderhouden van sociale relaties, zijn de mogelijkheden voor aanbodssubstitutie beperkt. Vrijgevestigde zorgaanbieders – zoals psychotherapeuten – zijn bijvoorbeeld niet in staat om op korte termijn en zonder aanzienlijke kosten deze ingewikkelde multidisciplinaire zorg ook te gaan aanbieden. Op deze derde productmarkt zijn de bestaande grote regionale GGZ-instellingen, de zelfstandige RIAGG's en de RIBW-en actief die diverse hulpverleners in dienst hebben.

### **2.3 Kwantificering productmarkten**

Ieder jaar hebben drie miljoen mensen in Nederland last van een psychisch probleem (GGZ Nederland, 2004a). Uit tabel 2 blijkt dat angststoornissen het meest voorkomen, gevolgd door afhankelijkheid of misbruik van alcohol en depressies.

**Tabel 2:** Aantal mensen in Nederland dat lijdt aan een bepaalde psychische stoornis<sup>a</sup>

<b>Stoornis</b>	<b>Prevalentie</b>
Angststoornissen	1.316.000
Afhankelijkheid of misbruik van alcohol	526.000
Depressie	407.000
Psychische problemen bij kinderen	230.000
Dementie	179.100
Afhankelijkheid of misbruik van drugs	72.100
Eetstoornissen	40.640
Schizofrenie <sup>b</sup>	23.300

Noten:

a. Bron: <http://www.rivm.nl/vtv/home/Kompas/index.htm>.

b. In de buitenlandse literatuur komt men tot een hogere prevalentie van schizofrenie, namelijk 7,5 per 1.000 personen. Op basis hiervan gaat GGZ Nederland uit van 100.000 mensen in Nederland die lijden aan schizofrenie.

Van alle mensen die lijden aan een psychische stoornis wordt slechts een beperkt deel door de huisarts doorverwezen naar de gespecialiseerde GGZ. Jaarlijks betreft dit circa een half miljoen patiënten. Het grootste deel hiervan ondervindt hinder van enkelvoudige psychische stoornissen zoals een angststoornis, een depressie of een verslavingsprobleem. Voor 85% van hen volstaat een ambulante behandeling. Hierbij blijven patiënten tijdens de behandeling in

hun eigen woon- en werkomgeving. Deze ambulante behandeling duurt in de helft van de gevallen korter dan drie maanden en in 80% van de gevallen korter dan een jaar. De overige 20% van de behandelde patiënten heeft intensieve langdurige zorg nodig, zowel ambulant als klinisch.

Op basis van het bovenstaande en gegevens uit Zorgis<sup>11</sup> komt GGZ Nederland tot de volgende eerste aanzet voor een kwantificering van de productmarkten die in dit onderzoek worden onderscheiden:

- Bij GGZ-instellingen worden jaarlijks 36.000 kinderen en jeugdigen behandeld. Bij dit cijfer moet de kanttekening worden geplaatst dat dit een conservatieve schatting is. Het aantal heeft alleen betrekking op de kinderen en jeugdigen zelf, terwijl de ouders meestal ook begeleid en meebehandeld moeten worden. Daarnaast is de productie van de vrijgevestigden niet meegenomen. Ook is er in deze deelmarkt sprake van onderdiagnostiek. Het aantal kinderen en jeugdigen met een psychische stoornis wordt op basis van epidemiologisch onderzoek geschat op 7% tot 11% (cijfers: Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM).
- GGZ voor volwassenen/ouderen met een duidelijk gedefinieerde, veelal enkelvoudige zorgvraag en een adequaat functionerend steunsysteem: circa 400.000 patiënten per jaar.
- GGZ voor volwassenen/ouderen met een ernstige meervoudige zorgvraag die in hun dagelijks functioneren naast zorg ook extra ondersteuning nodig hebben: circa 85.000 patiënten per jaar.

---

<sup>11</sup> Het zorginformatiesysteem Zorgis is in 2000 in de GGZ ingevoerd. Het doel van Zorgis is het leveren van informatie voor beleid, planning en onderzoek op het terrein van de GGZ.



### 3. GGZ en de zorgverzekeringsmarkt

#### 3.1 Basisvoorwaarden voor goed functionerende zorgverzekeringsmarkt

Bij liberalisering van de planbare curatieve GGZ zullen risicodragende zorgverzekeraars verantwoordelijk worden voor een doelmatige zorginkoop. Basisvoorwaarde opdat zorgverzekeraars zich ook daadwerkelijk inspannen om GGZ van een goede prijs-kwaliteitverhouding in te kopen is dat de zorgverzekeringsmarkt goed functioneert. Hiervoor moet de zorgverzekeringsmarkt aan de volgende noodzakelijke voorwaarden voldoen:

1. Verzekerden kunnen kiezen uit voldoende zorgverzekeraars.
2. Verzekerden kunnen zonder (grote) belemmeringen van verzekeraar wisselen.
3. Een risicovereveningssysteem gaat risicoselectie (in voldoende mate) tegen.
4. Voldoende verzekerden zijn kritisch en bereid om van verzekeraar te wisselen.
5. Verzekerden zijn goed geïnformeerd over premieverschillen en het contracteerbeleid van de verzekeraars (de markt is voldoende transparant).

Wanneer aan al deze voorwaarden is voldaan zal de concurrentie op de markt de zorgverzekeraars scherp houden en zullen zorgverzekeraars niet in staat zijn om op gemakkelijke wijze geld te verdienen door alleen gunstige risicogroepen te verzekeren. Hoewel deze voorwaarden voor zowel de somatische als de geestelijke gezondheidszorg gelden, leveren vooral de laatstgenoemde drie voorwaarden ten aanzien van de GGZ specifieke problemen op, die wij in de rest van deze paragraaf uiteen zullen zetten.

#### 3.2 Adequaar risicovereveningssysteem

In de nieuwe Zorgverzekeringswet is geregeld dat een zorgverzekeraar aan alle verzekerden met dezelfde polis een gelijke premie (doorsneepremie) in rekening moet brengen. Bovendien moet zij iedereen op elke polis accepteren (acceptatieplicht). Ten opzichte van de doorsneepremie zijn bepaalde verzekerden voorspelbaar winstgevend en anderen voorspelbaar verliesgevend. Een verplichte doorsneepremie geeft een verzekeraar een sterke prikkel tot *risicoselectie*: het aantrekken van voorspelbaar winstgevende en het weren van voorspelbaar verliesgevende verzekerden.

Na invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet hebben zorgverzekeraars in principe de volgende mogelijkheden om de gunstige risico's te selecteren (Prinsze et al., 2005):

- **Zorginkoop.** Door selectief te contracteren met zorgaanbieders kunnen zorgverzekeraars een goede reputatie verwerven op het gebied van een bepaalde zorgverlening. Voor voorspelbaar verliesgevende type patiënten zullen verzekeraars liever niet bekend staan als de zorgverzekeraar die voor deze patiënten de beste zorg contracteert en organiseert.
- **Aanvullende verzekeringen.** Verzekeraars kunnen via hun acceptatiebeleid op de aanvullende verzekeringen voorspelbaar verliesgevende verzekerden weren. De

gezondheidsverklaring die bij acceptatie kan worden geëist (zoals ook nu al door een aantal zorgverzekeraars wordt gedaan) is hierbij een potentieel krachtig instrument. Voorts kunnen gunstige risicogroepen worden aangetrokken door lage aanvullende premies, gekoppeld aan de aanschaf van een hoofdverzekering. Ook kan via de pakketsamenstelling van de aanvullende verzekeringen worden geprobeerd om gunstige risicogroepen aan te trekken of ongunstige risicogroepen af te houden.

- **Collectieve contracten.** Zorgverzekeraars kunnen ook gunstige doelgroepen aantrekken via voordelige collectieve contracten. Op grond van de nieuwe Zorgverzekeringswet mogen zorgverzekeraars 10% korting geven op collectieve contracten, die door elke rechtspersoon kunnen worden afgesloten. Bovendien kunnen zij andere voordelen bieden, zoals zorg op de werkplek (bedrijfspsycholoog, bedrijfsfysiotherapie, ergotherapeut, bedrijfsfitness) en kortingen op de aanvullende verzekering en andere schadeverzekeringen.
- **Selectieve marketing.** Zorgverzekeraars zullen hun marketinginspanningen primair richten op voorspelbaar winstgevende verzekerden en dus vooral reclame maken voor zorginkoopactiviteiten waarmee zij dergelijke gunstige risicogroepen kunnen aantrekken.

Om de prikkel tot risicoselectie weg te nemen, zal er een risicovereveningssysteem worden ingevoerd. Via dit risicovereveningssysteem worden verzekeraars gecompenseerd voor (per saldo) voorspelbare verliezen op bepaalde groepen verzekerden. Bij een perfect functionerend risicovereveningssysteem zijn er voor verzekeraars geen verzekerden meer die op voorhand winst- of verliesgevend zijn en is er dus geen prikkel meer tot risicoselectie.<sup>12</sup> In een dergelijke situatie zijn chronisch zieken waarschijnlijk voor zorgverzekeraars zelfs de meest gewenste klanten, omdat bij de organisatie van hun zorgverlening vaak de meeste doelmatigheidswinst te behalen valt.

Het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet zal nauw aansluiten bij het normuitkeringensysteem van de Ziekenfondswet, dat de afgelopen 10 jaar geleidelijk steeds verder is verbeterd. Parallel daaraan is het financieel risico voor ziekenfondsen toegenomen van 3% in 1995 naar ruim 50% in 2004 (Prinsze et al., 2005). Het huidige normuitkeringensysteem van de Ziekenfondswet bevat een groot aantal risicoparameters op grond waarvan ziekenfondsen thans worden gecompenseerd voor een onevenredige vertegenwoordiging van voorspelbaar verliesgevende verzekerden (ten opzichte van de nominale doorsneepremie). Naast de kenmerken leeftijd en geslacht, rechtsgrond en regio, zijn met ingang van 2002 de Farmacie Kosten Groepen (FKG's) en met ingang van 2004 de Diagnose Kosten Groepen (DKG's) als risicokenmerken toegevoegd om de normuitkeringen (vereveningsbijdragen) op te baseren. FKG's en DKG's zijn gezondheidskenmerken die zijn afgeleid van het geneesmiddelengebruik respectievelijk ziekenhuisgebruik van verzekerden in het verleden.

---

<sup>12</sup> Merk op dat bij een perfect risicovereveningssysteem er geen noodzaak meer is tot het opleggen van een verplichte doorsneepremie en een acceptatieplicht. Immers, er is dan voor zorgverzekeraars geen reden meer om bepaalde verzekerden te weigeren of een hogere premie in rekening te brengen. In die zin zijn het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht dus te beschouwen als een waarborg tegen een imperfect werkend risicovereveningssysteem.

Door de toevoeging van deze gezondheidskenmerken is de voorspelkracht van het vereveningssysteem aanzienlijk verbeterd en zijn de met risicoselectie te behalen kostenvoordelen navenant afgenomen. Hierdoor is het in de Ziekenfondswet gehanteerde systeem uitgegroeid tot het meest geavanceerde risicovereveningssysteem ter wereld (Prinsze et al., 2005).<sup>13</sup>

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet kan worden geprofiteerd van het reeds ontwikkelde normuitkeringensysteem in de Ziekenfondswet. Omdat particuliere verzekeraars nog niet alle vereiste gegevens kunnen aanleveren en vanaf 2006 de risicoparameter 'rechtsgrond' niet langer beschikbaar is, zal het risicovereveningssysteem de eerste jaren waarschijnlijk iets minder goed functioneren dan het huidige normuitkeringensysteem. Afgezien van deze overgangsproblemen is de cruciale vraag voor dit onderzoek of het huidige vereveningssysteem van voldoende kwaliteit is om binnen de GGZ marktwerking te kunnen toestaan. Dit hangt af van de mate waarin verzekeraars op GGZ-patiënten een voorspelbaar verlies lijden wanneer zij een doorsneepremie moeten hanteren. Bij dit voorspelbare verlies moet een onderscheid worden gemaakt tussen de kosten van GGZ-verstrekingen enerzijds en de kosten van de overige verstrekingen binnen de Zorgverzekeringswet anderzijds.

#### ***Voorspelbare verliezen op bepaalde GGZ-verstrekingen***

Met de overheveling van een groot deel van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet gaan zorgverzekeraars ook kosten maken voor GGZ-verstrekingen. Welke kosten per patiënt precies worden gemaakt, is thans nog onbekend omdat de beschikbare registraties op individueel niveau alleen behandelingen en geen kostengegevens bevatten (Bartelings et al. 2004).<sup>14</sup> Vanaf 2006 zullen echter kostengegevens op patiëntniveau beschikbaar komen. Een deel van deze kosten zijn waarschijnlijk voorspelbaar op grond van objectieve kenmerken van de verzekerden. Op dit moment zijn dergelijke objectieve parameters echter nog onderontwikkeld, hetgeen impliceert dat verzekeraars met betrekking tot de gemaakte kosten voor GGZ op bepaalde identificeerbare groepen verzekerden een voorspelbaar verlies maken. Zorgverzekeraars hebben dan geen prikkel om te investeren in kwalitatief goede GGZ-voorzieningen voor dergelijke verzekerden. Niet alleen vanwege de hogere kosten, maar vooral vanwege de aanzuigende werking die dergelijke investeringen hebben op voorspelbaar verliesgevendende klanten. Bovendien hebben zij een prikkel om nieuwe verzekerden met een verliesgevendende psychische stoornis te ontmoedigen om een basisverzekering af te sluiten door hen niet te accepteren op de aanvullende verzekering. Prinsze et al. (2005) constateren dat

---

<sup>13</sup> Ook in België, Duitsland, Israël, Tsjechië, de Verenigde Staten (Medicare) en Zwitserland zijn de afgelopen 10 jaar risicovereveningssystemen ingevoerd. Alleen in de Verenigde Staten worden de vereveningsbijdragen ook gebaseerd op gezondheidskenmerken. In Duitsland worden volgens de huidige voornemens gezondheidskenmerken vanaf 2007 in de verdeelformule opgenomen.

<sup>14</sup> Bovendien zijn de registraties zelf niet helemaal dekkend en zijn de patiëntgegevens niet direct te koppelen aan de verschillende zorgverzekeraars. Bartelings et al. (2004) geven dan ook aan dat de registraties nog een groot aantal bewerkingen behoeven – waarbij de kosten moeten worden benaderd via de huidige CTG-tarieven – voordat zij kunnen worden toegepast in een vereveningsmodel. Daarnaast zou er een 'waarschijnlijkheidskoppeling' moeten worden gemaakt tussen patiënten en zorgverzekeraars.

diverse zorgverzekeraars bij aanmelding voor de aanvullende verzekering een gezondheidsverklaring eisen waarin vragen zijn opgenomen over psychische aandoeningen (bijvoorbeeld manische depressiviteit, schizofrenie, geestesziekte) en/of over het huidige en vroegere gebruik van GGZ (behandeling door psycholoog, psychiater of psychotherapeut).

Aangezien adequate gegevens en risicoparameters vooralsnog ontbreken zal het risicovereveningssysteem met ingang van 2007 hoogstwaarschijnlijk ontoereikend zijn om zorgverzekeraars al vanaf die datum in belangrijke mate risicodragend te maken voor kosten van GGZ. Ook het ministerie van VWS onderkent dit. In het concept-Besluit Zorgverzekering (VWS, 2005a) wordt bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage een onderscheid gemaakt tussen vier verschillende categorieën van prestaties. De kosten van curatieve GGZ worden als afzonderlijke ‘prestatiecategorie’ opgenomen. Reden daarvoor is dat bij het nog ontbreken van adequate risicoparameters, de kosten van planbare curatieve GGZ *voor een deel achteraf* kunnen worden gecompenseerd (in aanvulling op een risicogerelateerd bedrag *vooraf*). Volgens het concept-Besluit zal bij aanvang van de Zorgverzekeringswet waarschijnlijk sprake zijn van relatief sterke ex-post compensatiemechanismen.

Een gedeeltelijke kostenvergoeding achteraf reduceert weliswaar de prikkel tot risicoselectie, maar tegelijkertijd ook de prikkel voor een doelmatige zorginkoop. Hoe groter het kostenaandeel dat achteraf wordt gecompenseerd, hoe geringer het financiële risico voor zorgverzekeraars en hoe minder vergaand de prijzen en toetreding in de GGZ kunnen worden geliberaliseerd. De mate waarin liberalisering van de GGZ succesvol zal zijn, hangt dus in zeer sterke mate af van de kwaliteit van het risicovereveningssysteem. Aangezien het risicovereveningssysteem in 2007 vrijwel zeker nog geen afdoende *ex-ante* compensatie biedt voor GGZ-gerelateerde kosten, kan de GGZ in 2007 – ook na overheveling naar de nieuwe Zorgverzekeringswet – nog niet verreğaand worden geliberaliseerd zonder risico op een verlies aan kwaliteit.

Met het vanaf 2006 beschikbaar komen van informatie over de GGZ-kosten van verzekerden en door de invoering van DBC’s in de GGZ, kan enerzijds de set van verdeelcriteria worden uitgebreid en anderzijds de gewichten van de gehanteerde verdeelcriteria nauwkeuriger worden geschat. Het ministerie van VWS geeft aan dat daarom in latere jaren geleidelijk een afbouw van ex-post compensatiemechanismen kan plaatsvinden.

### ***Voorspelbare verliezen op overige verstrekkingen***

Bepaalde GGZ-patiënten zijn bij een doorsneepremie echter niet alleen voorspelbaar verliesgevend voor wat betreft de kosten van GGZ-verstrekkingen, maar ook voor wat betreft de kosten van andere verstrekkingen in het basisverzekeringspakket. Prins *et al.* (2005) concluderen dat veel psychische aandoeningen niet zijn opgenomen in DKG’s en/of FKG’s, ondanks dat zij gepaard gaan met voorspelbaar hogere kosten die worden gedekt door de verplichte ziekenfondsverzekering (ZFW).

In de DKG's blijken ziekenhuisopnamen op grond van de volgende psychische diagnosegroepen niet te zijn opgenomen: alcohol- en drugspsychosen, alcohol- en drugsverslaving, affectieve psychosen, schizofrene stoornissen, passagère organische en psychische aandoeningen, paranoïde toestanden en overige niet-organische psychische aandoeningen, persoonlijkheidsstoornissen, overige psychische aandoeningen en dementie. In 2000 ging het hierbij in totaal om ruim 3.000 klinische opnamen, ongeveer 0,2% van het totaal. Hoewel het dus om een zeer beperkte groep personen gaat, zijn de extra kosten voor verzekeraars aanzienlijk. De gemiddelde meerkosten van deze patiënten boven de landelijk gemiddelde kosten van personen uit dezelfde leeftijd-geslachtsgroep bedroegen bij de meeste aandoeningen ruim €2.000 per jaar (in 2004).

Ook in de FKG's zijn een aantal psychische aandoeningen uitgesloten. Zo is het gebruik van medicijnen ter bestrijding van psychosen, manische depressiviteit en angststoornissen niet in de FKG-systematiek opgenomen omdat zij niet voldeden aan het gestelde criterium dat 50% van de voorschriften van de medicijnen betrekking had op de betreffende specifieke aandoeningengroep. Medicijnen voor depressie werden buiten de FKG-systematiek gehouden vanwege de relatief lage kosten. De gemiddelde meerkosten van patiënten in de betreffende aandoeningengroep zijn circa €1.000 per jaar. In tegenstelling tot de DKG's gaat het hier om substantiële groepen, variërend van 0,2% van de bevolking bij manische depressiviteit, 0,7% bij psychosen, 2,3% bij depressie tot 3,6% bij angststoornissen (Prinsze et al., 2005).<sup>15</sup> Bij de huidige gedeeltelijke *ex-post* kostenvergoeding maken zorgverzekeraars op personen met genoemde psychische aandoeningen een voorspelbaar verlies van gemiddeld ruim €500 op jaarbasis.<sup>16</sup> Aangezien het veelal om chronische gebruikers gaat is de kans groot dat dit verlies jaar na jaar optreedt. Zo vinden Kapur et al. (2000) dat de zorgkosten van veelgebruikers van GGZ structureel hoger liggen.

Het moge duidelijk zijn dat met name chronische GGZ-gebruikers met voorspelbaar hoge zorgkosten voor zorgverzekeraars vooralsnog geen gewenste klanten zijn. Voor het verlies op somatische zorgkosten van GGZ-gebruikers, biedt het aanmerken van de GGZ als afzonderlijke prestatiecategorie binnen het risicovereveningssysteem geen soelaas. Want zelfs al zouden alle kosten van de GGZ binnen het risicovereveningssysteem achteraf volledig worden gecompenseerd, dan nog maken zorgverzekeraars op chronische GGZ-gebruikers een voorspelbaar verlies als gevolg van hun hogere somatische zorgkosten. Vooral bij chronische psychiatrische patiënten, die recidiverend psychotisch, depressief of manisch zijn, is sprake van veel co-morbiditeit op somatisch gebied. Het ontbreken van een adequaat

---

<sup>15</sup> De meerkosten en de groepsomvang hebben betrekking op personen met *tenminste vier voorschriften* per jaar. Het totaal aantal personen dat lijdt aan de betreffende aandoeningen is dus groter dan de hier genoemde percentages. Dit geldt vooral voor de diagnosegroepen angststoornissen en manische depressiviteit, waarvan het aandeel in de Nederlandse bevolking door RIVM en het Trimbos Instituut wordt geschat op respectievelijk 8,1% en 1,0% (Prinsze et al., 2005).

<sup>16</sup> Het is niet bekend welk deel hiervan betrekking heeft op psychofarmaca – waarvan de kosten mogelijk onder de afzonderlijke vereveningssysteematiek voor GGZ zouden kunnen worden gebracht – en welk deel op somatische zorg.

risicovereveningssysteem lijkt daarom het meest problematisch op de productmarkten die worden gekenmerkt door ernstige, meervoudige psychische stoornissen.

Onduidelijk is in hoeverre het huidige risicovereveningssysteem binnen de overige productmarkten voldoende compensatie biedt voor voorspelbaar hoge risico verzekerden. Zo blijkt uit het onderzoek van Prinsze et al. (2005) dat bijna de helft van personen met angststoornissen voor zorgverzekeraars bij de huidige mate van risicoverevening voorspelbaar verliesgevend zijn. Waarschijnlijk kan het merendeel hiervan worden gecategoriseerd als patiënten met een relatief eenvoudig definieerbare, enkelvoudige zorgvraag. Ook onduidelijk is in hoeverre kinderen met psychiatrische aandoeningen extra somatische zorgkosten maken waarvoor in het huidige systeem niet adequaat wordt gecorrigeerd.

### ***Oplossing***

De meest structurele oplossing voor een adequate bekostiging van de genoemde psychische aandoeningen bestaat uit een verbetering van het risicovereveningssysteem door het opnemen van geestelijke gezondheidsparameters, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van Geestelijke Gezondheid Kostengroepen (GGK's) zoals bepleit door Prinsze et al. (2005). In de Verenigde Staten hebben Kapur et al. (2000) onderzoek gedaan naar adequate risicokenmerken om de kosten van veelgebruikers van GGZ (in 1993) te voorspellen.<sup>17</sup> Naast demografische variabelen (leeftijd, geslacht, etnische afkomst e.d.), verzekeringsgrond en de kosten van intramuraal en extramuraal zorggebruik in het verleden (1991 en 1992) onderscheiden zij thuisloosheid (1992) en diagnoses (1992) als schizofrenie, bipolaire stoornis, ernstige depressie, psychose, angststoornis, dementie en alcohol- en drugsmisbruik als specifieke GGZ-gerelateerde risicokenmerken. De demografische variabelen en verzekeringsgrond verklaren samen 1% van de variantie in zorgkosten, de toevoeging van specifieke GGZ-kenmerken (thuisloosheid en diagnoses) verhoogt de verklaringskracht tot 5% en de toevoeging van zorgkosten van de voorafgaande twee jaren vervolgens tot 16%. Met uitzondering van ernstige depressie en alcohol- en drugsmisbruik blijken de GGZ-diagnosen statistisch significante voorspellers in een model waarin ook de zorgkosten van de voorafgaande twee jaren zijn opgenomen. De verwachte meerkosten van personen met een GGZ-diagnose zijn aanzienlijk: variërend van ruim \$ 2.500 voor psychosen en bipolaire stoornissen, circa \$ 6.000 voor dementie en schizofrenie tot ruim \$ 11.000 voor angststoornissen (bovenop het populatiegemiddelde van \$25.000 in 1993). In totaal kunnen de onderzoekers dus circa 16% van de variantie in zorgkosten voorspellen, terwijl zij schatten dat de maximaal voorspelbare variantie 34% bedraagt. Omdat met de beschikbare risicokenmerken niet meer dan de helft van de maximaal voorspelbare variantie kan worden voorspeld, geeft een puur prospectief betalingssysteem volgens de onderzoekers te sterke prikkels voor risicoselectie. Zij pleiten daarom voor een gemengd systeem van gedeeltelijk genormeerde bedragen vooraf en gedeeltelijke kostenvergoedingen achteraf.

---

<sup>17</sup> Van hun onderzoekspopulatie maakte 83% gebruik van GGZ en/of verslavingszorg met gemiddelde kosten van circa \$ 35.000 in 1993 (circa \$ 25.000 voor de gehele onderzoekspopulatie).

Zoals uiteengezet bevat het Nederlandse risicovereveningssysteem geen risicoparameters die betrekking hebben op de genoemde zware psychische stoornissen. Zolang dergelijke parameters ontbreken, ondervinden zorgverzekeraars een sterke prikkel om patiënten met deze aandoeningen zoveel mogelijk buiten de deur te houden. Vrije toetreding en prijsonderhandelingen zullen dan waarschijnlijk een nadelig effect hebben op de kwaliteit van de zorg voor deze patiënten. Concurrerende en risicodragende zorgverzekeraars hebben in dat geval immers geen belang om de zorgverlening voor deze ‘ongewenste’ patiënten goed te organiseren.

### **3.3 Aanwezigheid van voldoende kritische verzekerden**

Gereguleerde marktwerking in de planbare curatieve GGZ kan alleen maar tot goede kwaliteit zorg leiden als de consument geïnteresseerd is in goede kwaliteit. Zorgverzekeraars zullen zich namelijk inspannen voor die vormen en aspecten van zorg waar zij door hun verzekerden op worden beoordeeld. Wanneer verzekerden de kans dat ze in de toekomst GGZ nodig hebben (terecht of onterecht) laag inschatten, zullen zij weinig interesse tonen voor de door de zorgverzekeraar gecontracteerde GGZ. Onderzoek in de Verenigde Staten wijst uit dat particulier verzekerden doorgaans goed op de hoogte zijn van hun verzekeringsdekking voor ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg, maar minder goed van hun dekking voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, medicijnen en langdurige zorg (Garnick et al., 1993). Daarnaast is het vraag of alle GGZ-patiënten (of hun vertegenwoordigers) in staat zijn om het zorginkoopbeleid van verzekeraars goed te kunnen beoordelen. Wanneer het (uit financieel gewin) bekribbelen op de kwaliteit van zorg door zorgverzekeraars *niet* wordt afgestraft door verlies van marktaandeel, is terughoudendheid ten aanzien van marktwerking geboden.

De GGZ lijkt in dit opzicht minder geschikt voor marktwerking dan de curatieve somatische zorg. Toch zijn ook binnen de GGZ soms kritische (vertegenwoordigers van) patiënten actief die het zorginkoopbeleid van verzekeraars zouden kunnen beoordelen. Met name op de deelmarkt voor GGZ voor kinderen en jeugdigen stellen ouderverenigingen en -netwerken zich vaak op als kritische consumenten. Zo heeft de Nederlandse Vereniging voor Autisme (7.500 leden) voor de hulpverlening aan kinderen met autistische stoornissen onder meer brochures met algemene en GGZ-specifieke kwaliteitseisen vervaardigd die worden onderschreven door zorgaanbieders, verzekeraars, wetenschappers en de inspectie (zie [www.autisme-nva.nl](http://www.autisme-nva.nl)).

Ook ten aanzien van de GGZ voor volwassenen/ouderen met een goed definieerbare zorgvraag geldt dat een substantieel deel van de patiënten in staat moet worden geacht om zich een oordeel te kunnen vormen over de kwaliteit van de zorgverlening en de zorginkoop, mits daarover voldoende toegankelijke informatie beschikbaar is. Zo constateert de NMa dat op grond van onderzoek gebleken is dat op het gebied van eetstoornissen patiënten(verenigingen) vaker dan andere GGZ-patiënten onafhankelijk van de huisarts kiezen voor een bepaald behandelcentrum. Ze maken daarbij gebruik van het internet en

contacten met andere patiënten (NMa, 2004a). Dit heeft onder andere tot gevolg dat reisafstanden een minder grote rol spelen bij de afweging voor een bepaalde instelling.

Het is echter onzeker of deze kritische patiënten ten opzichte van het totaal aantal verzekerden voldoende gewicht in de schaal leggen om het zorginkoopbeleid van verzekeraars te beïnvloeden. Actieve ouder- en patiëntenverenigingen zouden hun invloed kunnen doen gelden door gebruik te maken van het reputatiemechanisme. Zorgverzekeraars zullen niet graag bekend staan om een slecht inkoopbeleid op het terrein van de GGZ. Een goede en betrouwbare reputatie is voor zorgverzekeraars namelijk van groot belang voor bedrijfscontinuïteit op lange termijn.

Naast individuele verzekerden kunnen ook werkgevers een tegenwicht bieden aan mogelijk misbruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars. Op grond van de Zorgverzekeringswet mogen werkgevers namelijk collectieve contracten sluiten met zorgverzekeraars tegen een maximale premiekorting van 10%. Voor werkgevers kan een goede dekking voor GGZ-zorg voor hun werknemers een belangrijk onderdeel vormen van het collectieve contract, mede gelet op het grote aandeel van psychische klachten in het ziekteverzuim en het belang van een vroegtijdige herkenning en behandeling van deze klachten.<sup>18</sup> Wanneer collectieve contracten een belangrijke plaats gaan innemen, kan dit verhinderen dat zorgverzekeraars met een dominante positie op de regionale inkoopmarkt beknipten op de kwaliteit van de GGZ. Dit lijkt met name het geval voor de productmarkt betreffende GGZ-zorg voor patiënten met enkelvoudige, goed gedefinieerde psychische klachten.

Overigens kunnen niet alleen werkgevers, maar ook andere rechtspersonen zoals patiëntenorganisaties en ouderverenigingen op grond van de Zorgverzekeringswet collectieve contracten afsluiten, waarin afspraken worden gemaakt over de kwaliteit en organisatie van specifieke psychische stoornissen. Zo hebben de Algemene Nederlandse Gehandicapten Organisatie (ANGO) en de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) vooruitlopend op de nieuwe Zorgverzekeringswet onlangs een collectieve (aanvullende) verzekering afgesloten met zorgverzekeraar Agis (Bruinsma, 2005). Voorwaarde is dan wel dat het risicovereveningssysteem zodanig wordt verbeterd dat het afsluiten van dergelijke collectieve contracten voor zorgverzekeraars niet voorspelbaar verliesgevend zijn. Voorts moet de patiënten- of oudervereniging voldoende verzekeringsnemers vertegenwoordigen om zorgverzekeraars effectief onder druk te kunnen zetten.

Het probleem dat verzekerden onvoldoende geïnteresseerd zijn in of patiënten onvoldoende in staat zijn tot het maken van een juiste afweging tussen prijs en kwaliteit lijkt zich vooral voor

---

<sup>18</sup> Ervaringen in de Verenigde Staten wijzen inderdaad uit dat werkgevers steeds meer belang hechten aan kwalitatief goede GGZ-zorg. Zie bijvoorbeeld Reed et al. (2001, blz. 67): "Many [employers] have begun to suspect that ratcheting down the availability of mental health services has contributed to dramatic increases in short- and long-term disability claims. (...) Obviously, treating someone whose condition is serious enough to warrant disability is more difficult and more expensive than providing treatment before that person has become disabled."

te doen bij ernstige psychische stoornissen, een meervoudige zorgvraag en een gebrekkig functionerend steunsysteem (iBMG Manifest, 2002, blz. 46-52). Een voorbeeld van patiënten met deze kenmerken zijn chronische psychiatrische patiënten, die recidiverend psychotisch, depressief of manisch zijn en in die periode niet in staat zijn een verantwoorde keuze voor hulp te maken of zelfs iedere hulp afwijzen. Dit reduceert ook de mogelijkheid voor effectieve belangenbehartiging door derden (Frank en McGuire, 2000, blz. 898). Zij hebben niet alleen medische hulp (medicatie, therapie) nodig ten behoeve van symptoombestrijding en recidivepreventie, maar gewoonlijk ook bij wonen, zelfverzorging, financiën, sociale relaties, dagstructurering en vrijetijdsbesteding en herintreding in het arbeidsproces. Van dergelijke patiënten mag niet verwacht worden dat zij in staat zijn om het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars te beoordelen, laat staan om hiernaar te handelen door eventueel naar een andere zorgverzekeraar over te stappen. Hetzelfde geldt voor verslaafden, waarbij overigens veel co-morbiditeit met psychiatrische problemen optreedt. Het is bovendien aannemelijk dat weinig verzekerden hun keuze van zorgverzekeraar zullen laten afhangen van de kwaliteit van de gecontracteerde chronische psychiatrische zorg en verslavingszorg.

### ***Toenemende kans op onverzekerde GGZ-patiënten***

Het is zelfs zeer vraag of deze patiënten überhaupt een zorgverzekering zullen (kunnen) afsluiten. Weliswaar zijn op grond van de Zorgverzekeringswet alle burgers verplicht verzekerd, maar volgens Van der Most (2005, blz. 26) gaat het om een gewone overeenkomst van schadeverzekering waarop onverkort de regel van het Burgerlijk Wetboek (art. 7.17.1.10 BW) van toepassing is, dat een verzekeraar bij premieschuld de verzekering na ingebrekestelling kan opzeggen. Bovendien mag op grond van de Zorgverzekeringswet een verzekering na opzegging wegens wanbetaling de persoon in kwestie gedurende 5 jaren als klant blijven weigeren. In principe kan degene waarvan de verzekering is opgezegd zich aansluitend bij een andere zorgverzekeraar verzekeren. Maar volgens Van der Most (2005, blz. 27) “moet aangenomen worden dat een zorgverzekeraar een verzekeringsplichtige mag weigeren die reeds bij aanmelding niet bereid of in staat is aan zijn premieplicht te voldoen”. Wanneer de ex-verzekerde zich bijvoorbeeld wegens geldnood niet aansluitend elders kan verzekeren, is hij bovendien een bestuurlijke boete verschuldigd op het moment waarop hij wel weer een verzekering afsluit (ter hoogte van 130% van de premie over de niet-verzekerde periode). Wanneer een verzekerde buiten de boot valt, is er dus gerede kans dat hij niet elders een nieuwe verzekering zal kunnen afsluiten.<sup>19</sup>

Gelet op het feit dat juist GGZ-patiënten met zware, meervoudige aandoeningen vaak ‘maatschappelijk gehandicapt’ zijn en niet in staat tot een adequaat beheer van financiën, is de kans groot dat zij op termijn onverzekerd zullen raken (in welk geval zij ook geen zorgtoeslag meer ontvangen). Zowel patiënten als GGZ-aanbieders lopen dan ook een substantieel risico

---

<sup>19</sup> Een woordvoerder van Zorgverzekeraars Nederland heeft reeds aangegeven een drempel te willen opwerpen om te voorkomen dat “een legertje niet-betalende klanten van verzekeraar naar verzekeraar trekt.” Geopperd wordt verzekerden eerst te dwingen hun openstaande rekeningen te voldoen voordat ze naar een andere verzekeraar mogen overstappen. Zie het artikel ‘Fonds wil wanbetaler weigeren’ in het Algemeen Dagblad van 16 maart 2005.

dat zij hun zorgkosten niet vergoed krijgen. Voor zorgverzekeraars maakt het risico op wanbetaling dat deze patiënten extra ongewenst zijn, hetgeen de prikkel tot risicoselectie versterkt. Voor zorgverzekeraars vormt de opzegging van de verzekering een aantrekkelijke optie. Gegeven dat de GGZ-patiënten met een complexe meervoudige problematiek langdurig voorspelbaar verliesgevend zijn, is opzegging immers uiterst voordelig. Te meer daar de verzekeraar de ex-verzekerde 5 jaar lang als klant mag weigeren. Een calculerende zorgverzekeraar zal dan ook weinig moeite doen om opzegging te voorkomen en bij aanmelding de betalingsmogelijkheden van GGZ-patiënten uiterst kritisch beoordelen.

Wellicht kan het probleem van onverzekerde GGZ-patiënten worden gemitigeerd door het inschakelen van belangenbehartigers. Zo spelen gemeenten en sociale diensten nu al een toenemende rol als het gaat om het afsluiten van collectieve contracten voor de aanvullende ziekenfondsverzekering (Schut et al., 2004). Dergelijke instanties zouden in de toekomst ook in de basisverzekering kunnen optreden als kritische collectieve zorginkopers.

### **3.4 Consumenteninformatie over contracteerbeleid zorgverzekeraars**

Ook voor GGZ-productmarkten waarin verzekerden meer geïnteresseerd en in staat zijn tot het beoordelen van het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars, is goede consumenteninformatie hierover essentieel om hen daadwerkelijk tot een kritische keuze te laten komen. Dit vereist in de eerste plaats dat inzicht kan worden verkregen in de kwaliteitsverschillen van de gecontracteerde zorgverlening. Aan deze voorwaarde is – net als in de meeste andere delen van de Nederlandse gezondheidszorg – binnen de GGZ thans nog niet voldaan. Ook met betrekking tot de curatieve somatische zorg staat de verstrekking van adequate consumenteninformatie over het zorginkoopbeleid van zorgverzekeraars nog in de kinderschoenen, getuige de recent door het ministerie van VWS gelanceerde website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl). Overigens kan verwacht worden dat het verstrekken van consumenteninformatie voor patiënten met een ernstige psychische stoornis zonder adequaat functionerend steunsysteem sowieso weinig effect zal hebben, tenzij anderen zich namens deze groep op zullen werpen als kritische (collectieve) zorginkopers.

## 4. GGZ en de zorginkoopmarkt

### 4.1 Basisvoorwaarden voor goed functionerende zorginkoopmarkt

Om zorgverzekeraars en zorgaanbieders in staat te stellen effectief met elkaar te onderhandelen en contracten te sluiten, dient een zorginkoopmarkt aan drie noodzakelijke voorwaarden te voldoen:

1. Alle producten die zorgaanbieders op de betreffende markt aanbieden moeten eenduidig kunnen worden geïdentificeerd.
2. Zorgaanbieders moeten hun 'producten' van prijzen kunnen voorzien die gebaseerd zijn op de integrale kosten (vaste en variabele kosten).
3. De onderhandelingsmacht moet evenwichtig verdeeld zijn tussen de vraagzijde (zorgverzekeraars) en de aanbodzijde (zorgaanbieders) van de markt.

#### *Eenduidige identificatie van producten*

Momenteel ontbreekt het in de GGZ aan heldere en eenduidige productomschrijvingen. Zoals de minister van VWS heeft aangegeven, kan van enige liberalisering dan ook pas sprake zijn na de introductie van DBC's.<sup>20</sup> Zonder duidelijke productomschrijvingen ontbreekt het namelijk aan de transparantie die verzekeraars en zorgaanbieders nodig hebben om met elkaar te onderhandelen en afspraken te maken. De invoering van productomschrijvingen is dus een noodzakelijke voorwaarde voor iedere vorm van marktwerking dan ook.

In 2002 is geconcludeerd dat het haalbaar is om de DBC-systematiek in de GGZ in te voeren. Inmiddels is de daadwerkelijke ontwikkeling van DBC's in de GGZ in volle gang. Het is de bedoeling om in 2005 de productstructuur<sup>21</sup> definitief vast te stellen, zodat per 1 januari 2006 daadwerkelijk DBC's ingevoerd kunnen worden in de delen van de GGZ die worden overgeheveld naar de nieuwe Zorgverzekeringswet (Tweede Kamer, 2004c). Inmiddels zijn verschillende zogeheten koplopergroepen van start gegaan. Deze groepen hebben als doel om voldoende kwalitatieve en kwantitatieve gegevens te registreren op basis waarvan verdere stappen genomen kunnen worden.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Een DBC is een productomschrijving die een relatie legt tussen de zorgvraag van de patiënt en het zogenaamde zorgprofiel (het totaal aan activiteiten en verrichtingen dat wordt ingezet om aan de zorgvraag tegemoet te komen). De zorgvraag wordt getypeerd op basis van de daartoe ontwikkelde typeringslijst die kenmerken van de patiënt bevat die een voorspellende waarde zullen hebben voor het zorgtraject dat zal volgen. Hierin speelt diagnose een belangrijke rol, maar ook andere kenmerken als de aanleiding van de zorg en globale kenmerken van de behandeling.

<sup>21</sup> Hiermee wordt een landelijk bepaalde indeling van DBC's in DBC-productgroepen bedoeld. Deze groepen dienen te voldoen aan een aantal kwaliteitscriteria. De belangrijkste hiervan zijn dat de DBC's binnen een productgroep medisch herkenbaar zijn en zowel wat betreft kosten als inzet vergelijkbaar zijn. Dit laatste wordt ook wel kostenhomogeniteit genoemd.

<sup>22</sup> Zorgverzekeraars Nederland is van mening dat de DBC's niet op tijd gereed kunnen zijn. Volgens GGZ Nederland verloopt de ontwikkeling van DBC's in de GGZ echter voorspoedig en kan de DBC-systematiek wel degelijk per 1 januari 2006 in gang worden gezet (GGZ Nederland, 2005). Het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten (NVVP, 2005) heeft in maart 2005 haar leden echter geadviseerd om uit oogpunt van privacybescherming te stoppen met het

Overigens is het ons nog onduidelijk in hoeverre het mogelijk is om patiënten met een onduidelijk gedefinieerde, meervoudige zorgvraag *ex-ante* in de DBC-systematiek onder te brengen. De diagnose is bij aanvang immers vaak onduidelijk, zodat de toekenning van een DBC met forse onzekerheid zal zijn omgeven. In het vervolg is het weliswaar mogelijk om op een andere diagnose over te stappen of de diagnose een vervolg te geven als de zorgvraag complexer blijkt te zijn, maar dit beperkt de mogelijkheden voor verzekeraars en zorgaanbieders om vooraf duidelijke afspraken te maken over de te leveren zorg.

### ***Prijzen gebaseerd op integrale kosten***

Een belangrijke voorwaarde voor liberalisering is dat de prijzen die zorgaanbieders voor elk van hun 'producten' ontvangen gebaseerd zijn op de integrale kostprijs. Dat wil zeggen, zowel de variabele als de vaste kosten moeten kunnen worden terugverdiend. Indien bijvoorbeeld de kapitaallasten niet of in onvoldoende mate in bepaalde DBC-prijzen (kunnen) worden verdisconteerd, kan dit voor een ongelijk speelveld zorgen. Bestaande zorgaanbieders kunnen dan zowel een voordeel als een nadeel hebben ten opzichte van nieuwe toetreders. Enerzijds hebben 'oude' instellingen waarvan de infrastructuur reeds (vrijwel) volledig is afgeschreven relatief lage kapitaallasten. Anderzijds zijn er ook instellingen die als gevolg van niet-marktconforme investeringen uit het verleden juist met relatief hoge kapitaallasten kampen, het zogeheten boekwaardeprobleem. Voor een succesvolle introductie van gereguleerde concurrentie is het dan ook noodzakelijk dat er een gelijk speelveld op het terrein van de kapitaallasten wordt gecreëerd. Met andere woorden, het is van groot belang het zogeheten kapitaallastenvraagstuk op te lossen.

Inmiddels is zowel in de AWBZ als in de curatieve zorg een begin gemaakt met prestatiebekostiging. Het is daarbij de bedoeling om zorginstellingen steeds meer eigen verantwoordelijkheid te geven voor investeringsbeslissingen. Hiervoor is de invoering van integrale prestatiebekostiging nodig waarbij de huisvestingslasten deel uitmaken van de kostprijzen. Tot nog toe zijn de rente en aflossingskosten van de investeringen in de huisvesting echter buiten de prestatiebekostiging gebleven. Inmiddels heeft VWS uiteengezet hoe deze kosten daar op een verantwoorde manier kunnen worden ingepast (VWS, 2005b).

### ***Evenwichtige verdeling van onderhandelingsmacht***

Wanneer de onderhandelingsmacht onevenwichtig is verdeeld, heeft één van de contractpartijen een machtspositie. We spreken van *inkoopmacht* wanneer de zorgverzekeraar dominant is. Misbruik van inkoopmacht door de verzekeraar leidt over het algemeen tot een combinatie van te lage prijzen en een tekortschietend zorgaanbod in termen van volume of kwaliteit. Met andere woorden, de publieke belangen worden geschaad. De *mate* en *betwistbaarheid* van inkoopmacht hangt af van de concentratie op de zorgverzekeringsmarkt (verdeling van marktaandeelen van zorgverzekeraars) en de zorginkoopmarkt (verdeling van

---

vermelden van psychiatrische diagnosecodes op het formulier dat gebruikt wordt voor het aanmelden van behandelingen in het kader van de AWBZ. Wanneer zorgverzekeraars in de toekomst niet over dergelijke informatie kunnen beschikken, zal de betreffende zorg niet goed contracteerbaar zijn.

marktaandeelen van zorgaanbieders), de omvang van schaalvoordelen op inkoopniveau en de kritische houding van verzekerden ten aanzien van het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Zo kunnen verzekerden hun zorgverzekeraar afstraffen voor het contracteren van te weinig of inferieure zorg door te ‘stemmen met de voeten’. Misbruik van inkoopmacht is dan niet aantrekkelijk meer.

Een machtspositie aan de aanbodzijde van de markt duiden we aan met de term *verkoopmacht*. Misbruik van verkoopmacht is eveneens schadelijk voor de publieke belangen. De geleverde zorg is over het algemeen van lagere kwaliteit en duurder dan mogelijk. Ook ontstaan er vaak wachtlijsten en doen zorgaanbieders onvoldoende aan zorgvernieuwing. De *mate en betwistbaarheid* van verkoopmacht hangt af van de concentratie aan de aanbodzijde en de mate waarin slecht presterende zorgaanbieders afgestraft kunnen worden met een verlies aan marktaandeel. Hiervoor moeten verzekeraars in staat zijn om hun patiënten te sturen naar de goed presterende zorgaanbieder(s) waarmee een gunstig contract is afgesloten. In hoeverre dit mogelijk is, is ondermeer afhankelijk van de bereidheid van patiënten om te reizen en de potentiële concentratiegraad van de productmarkt. Ook de beschikbaarheid van informatie over producten en prestaties speelt een belangrijke rol. Wanneer zorgverzekeraars en patiënten niet in staat zijn om de prestaties van zorgaanbieders met elkaar te vergelijken beschikt de zorgaanbieder over marktmacht. In de volgende paragrafen besteden we achtereenvolgens aandacht aan (i) de marktaandelen van verzekeraars en GGZ-aanbieders, (ii) de mate en betwistbaarheid van eventuele inkoopmacht in de GGZ, (iii) de mate en betwistbaarheid van eventuele verkoopmacht in de GGZ en (iv) de verdeling van informatie over de marktpartijen.

#### **4.2 Huidige marktaandelen zorgverzekeraars en GGZ-aanbieders**

De huidige ziekenfondsmarkt wordt gekenmerkt door een sterke regionale marktconcentratie die grotendeels historisch is bepaald. Ziekenfondsen waren tot 1992 uitsluitend werkzaam in een wettelijk bepaald werkgebied waarin zij vaak een monopoliepositie hadden. Sinds de opheffing van de vaste werkgebieden in 1992 is de dominante regionale positie van deze ziekenfondsen geleidelijk iets verwaterd: in de historische werkgebieden is hun marktaandeel teruggelopen van gemiddeld 90% in 1994 tot 77% in 2001 (VWS, 2002, blz. 28). Maar in 2001 bedroeg het marktaandeel nog steeds minimaal 50%. Gelet op hun hoge marktaandeel mogen de van oorsprong regionale ziekenfondsen in hun historische werkgebieden van de NMa niet samen met andere ziekenfondsen zorg inkopen. Buiten deze werkgebieden is gezamenlijke zorginkoop volgens de NMa wel toelaatbaar, mits het gezamenlijke marktaandeel niet aanzienlijk meer bedraagt dan 15% (NMa 2004b, randnummer 61). In tegenstelling tot de ziekenfondssector kent de particuliere ziektekostenverzekeringmarkt een betrekkelijk lage marktconcentratie. Particuliere ziektekostenverzekeraars zijn echter niet actief op de zorginkoopmarkt omdat zij een restitutie-systeem hanteren. Het samengaan van de ziekenfonds- en de particuliere verzekeraars zal daarom naar verwachting *op de zorginkoopmarkt* op korte termijn tot een lagere regionale marktconcentratie leiden.

Een sterke onderhandelingspartner aan de inkoopkant stuit doorgaans op weinig mededingingsbezwaren als daar een sterke machtspositie aan de aanbodzijde tegenover staat (NMa 2004b, randnummer 47). Eenzijdige uitbuiting van inkoopmacht is dan immers niet goed mogelijk. De GGZ kenmerkt zich door een hoge marktconcentratie aan de aanbodzijde (VWS, 2002). De afgelopen jaren is er in Nederland bewust beleid gevoerd om in de GGZ de ontwikkeling van grootschalige regionale zorgaanbieders te stimuleren. In de *Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg* die in 1998 door de toenmalige minister van VWS Borst naar de Tweede Kamer is gezonden, staat dat de RIAGG's en psychiatrische ziekenhuizen dienen op te gaan in regionale GGZ-instellingen (Tweede Kamer, 1998). Als gevolg van de fusiegolf die heeft plaatsgevonden, is sprake van een sterk geconcentreerde markt (zie figuur 1).<sup>23</sup>

**Figuur 1:** Verdeling geïntegreerde GGZ-instellingen over Nederland



<sup>23</sup> In figuur 1 zijn alleen de hoofdvestigingen in kaart gebracht. De Psychiatrische Afdelingen in Algemene en Academische Ziekenhuizen (PAAZ-en) zijn niet meegenomen. Alle academische ziekenhuizen en enkele algemene ziekenhuizen hebben een PAAZ. Zo'n afdeling biedt hoofdzakelijk intramurale crisisopvang en kortdurende klinische hulp tot circa drie maanden aan patiënten met ernstige psychische stoornissen, zoals ernstige psycho-somatische aandoeningen en/of stoornissen die een intensieve behandeling vereisen. Slechts een aantal PAAZ-en biedt ook deeltijdbehandelingen en ambulante zorg aan.

In veel steden en regio's zijn patiënten voor bepaalde vormen van GGZ zelfs aangewezen op één grote regionale aanbieder. Zo is er in de provincies Zeeland, Groningen, Friesland, Drenthe en Utrecht na een reeks van fusies nog maar één grote regionale aanbieder die vrijwel alle gespecialiseerde vormen van GGZ levert. Verder zijn er aanbieders die een dominante marktpositie bezitten in een grote stad, zoals in Den Haag. Naast concentratie op ondernemingsniveau is er sprake van een deconcentratie van de zorg zelf: het aantal locaties van waaruit zorg wordt geleverd neemt aanzienlijk toe. Gelet op de sterke marktconcentratie op instellingsniveau vormt de aanzienlijk regionale marktconcentratie bij ziekenfondsen geen substantieel risico op misbruik van inkoopmacht. Ook de eventuele ontwikkeling of toetreding van grootschalige inkooporganisaties (carve-outs) vormt in dit opzicht geen probleem.<sup>24</sup> Anders ligt dit wellicht bij de vele vrijgevestigden binnen de GGZ (psychotherapeuten, psychiaters en eerstelijnspsychologen). Hier zou een sterke inkoopmacht bij zorgverzekeraars of gespecialiseerde inkooporganisaties ertoe kunnen leiden dat doelmatig werkende aanbieders van de markt gedrukt worden.

### **4.3 Betwistbaarheid inkoopmacht zorgverzekeraars**

De inkoopmacht van zorgverzekeraars wordt versterkt en is moeilijk betwistbaar wanneer er grote schaalvoordelen zijn te behalen op inkoopniveau. Daarnaast is misbruik van een machtspositie aan de vraagzijde realiseerbaar wanneer verzekerden weinig kritisch zijn ten aanzien van de gecontracteerde GGZ.

#### *Schaalvoordelen op inkoopniveau?*

Ervaringen in de Verenigde Staten lijken uit te wijzen dat vooral de GGZ en de verslavingszorg gekenmerkt worden door een grote optimale schaal aan de inkoopzijde. Gewone zorgverzekeraars en HMO's<sup>25</sup> lijken te klein om effectief te kunnen concurreren met grootschalige 'behavioral health companies' die gespecialiseerd zijn in de inkoop en het management van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Vanwege de lagere kosten brengen Amerikaanse werkgevers de verzekeringsdekking voor GGZ in toenemende mate onder bij dergelijke gespecialiseerde inkooporganisaties. Omdat de GGZ als het ware uit de reguliere verzekeringsdekking wordt gesneden en bij gespecialiseerde bedrijven worden ondergebracht, worden zij ook aangeduid met de verzamelnaam 'carve-outs'. Naast werkgevers besteden ook sommige zorgverzekeraars en HMO's de GGZ-risico's uit aan dergelijke carve-outs (deze worden wel 'wholesale carve-outs' genoemd). Sommige carve-outs beperken zich uitsluitend tot 'utilization management', terwijl anderen een eigen netwerk van zorgaanbieders contracteren. Daarnaast verschillen carve-outs in de mate waarin zij delen in het financiële (verzekerings)risico, maar doorgaans is het risico beperkt tot een bepaalde kostendeling indien de kosten hoger uitvallen dan een bepaalde afgesproken limiet (Vogelsang, 1999). Carve-outs concurreren onderling om een contract met werkgevers, zorgverzekeraars of HMO's en worden betaald voor het uitvoeren van de inkoop en het

---

<sup>24</sup> Zie paragraaf 4.3.

<sup>25</sup> Health Maintenance Organizations (HMO's) zijn organisaties waarin zorgverzekering en zorgverlening zijn geïntegreerd.

management van GGZ. Opmerkelijk is dat de contracten tussen werkgevers en carve-outs doorgaans weinig harde financiële prikkels voor kostenreductie bevatten (Vogelsang, 1999). Waarschijnlijk komt dit omdat carve-outs meestal een tijdelijke contract hebben en prolongatie van een contract mede afhankelijk is van de financiële prestaties (Frank en McGuire, 2000).

Binnen een tijdsbestek van tien jaar zijn deze ‘behavioral health carve-outs’ spectaculair gegroeid. De marktleider, Magellan Health Services, is in 2005 verantwoordelijk voor de inkoop en management van GGZ voor circa 55 miljoen Amerikanen (ofwel één op vijf verzekerden), tegen 37 miljoen in 1998 ([www.magellanhealth.com](http://www.magellanhealth.com)).<sup>26</sup> Magellan heeft een groot netwerk van eigen GGZ-specialisten die verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling, het verwijzingsproces, de coördinatie van zorg en de autorisatie van behandelingen. Wat opvalt is dat de carve-outs nationaal opereren en dat de markt sterk geconcentreerd is: in 1998 hadden de drie grootste carve-outs een gezamenlijk marktaandeel van bijna 70% (Vogelsang, 1999).

De snelle groei van ‘behavioral health carve-outs’ is volgens Vogelsang (1999) vooral te danken aan de substantieel lagere zorgkosten ten opzichte van zorgverzekeraars als HMO’s. Voor de lagere kosten zijn volgens hem de volgende verklaringen het meest plausibel:

- **Schaalvoordelen.** Doordat carve-outs doorgaans voor een groot aantal verschillende werkgevers en zorgverzekeraars werken, vertegenwoordigen zij al gauw een substantieel deel van de klanten van de GGZ-aanbieders. Dit verschaft hen in vergelijking tot zorgverzekeraars en HMO’s een grotere onderhandelingsmacht om met aanbieders afspraken te maken over de prijs, kwaliteit en organisatie van de GGZ. Empirisch onderzoek door Salkever en Shinogle (2000) bevestigt dat schaalvoordelen bij carve-outs een rol spelen.
- **Specialisatievoordelen.** GGZ blijkt een dermate specifieke vorm van zorg dat gespecialiseerde kennis tot substantiële doelmatigheidswinst kan leiden. Vogelsang (1999) geeft aan dat in HMO’s GGZ-problemen bij verzekerden vaak te laat of in het geheel niet ontdekt worden. Verzekerden die behoefte hebben aan GGZ worden vaak niet of te laat doorverwezen naar GGZ-aanbieders en maken daardoor veel hogere intramurale zorgkosten dan nodig.<sup>27</sup> Volgens Vogelsang wijst dit op het bestaan van synergienadelen (‘diseconomies of scope’) bij het gecombineerd aanbieden van somatische en geestelijke gezondheidszorg door één organisatie.
- **Geen directe betrokkenheid (‘arms-length relationship’).** Doordat carve-outs de indicatie, verwijzing en coördinatie van GGZ regelen zonder directe betrokkenheid met de

---

<sup>26</sup> De snelle groei werd Magellan overigens bijna fataal. Eind 2002 bezweek het bedrijf bijna onder een groeiende schuldenlast. Een inkrimping en sanering leidde in de loop van 2003 echter weer tot herstel.

<sup>27</sup> Ook voor Nederland lijkt het probleem van een te late erkenning en onderkenning van GGZ-problemen en een inadequate doorverwijzing naar GGZ-aanbieders relevant. Zo constateren Ormel et al. (1994) dat de onderdiagnostisering en onderbehandeling van depressies in de eerste lijn aanzienlijk is: slechts een kwart van de depressieve stoornissen wordt als zodanig herkend. Dit kan grote

zorgverleners en patiënten (anders dan bij de indicatiestelling), zijn zij beter in staat tot een objectieve beoordeling van de aard en noodzaak van GGZ-zorg dan bijvoorbeeld in HMO's.

Naast bovengenoemde verklaringen zouden de substantiële kostenbesparingen door carve-outs ook een gevolg kunnen zijn van risicoselectie ('cherry-picking') en kwaliteitsreductie. Ofschoon empirisch onderzoek ontbreekt, maakt de enorme groei en omvang van de carve-outs het niet waarschijnlijk dat risicoselectie een belangrijke rol speelt. Het schaarse empirisch onderzoek lijkt er op te wijzen dat carve-outs niet beknibbelen op de kwaliteit van de ingekochte GGZ (Merrick, 1999), met uitzondering van de zorg voor patiënten met ernstige psychische stoornissen. Deze groep lijkt in een carve-out op het eerste gezicht minder goed af te zijn (Busch et al., 2004). Een recente studie wijst uit dat kwaliteit wel in het geding kan komen als een carve-out zelf substantieel financieel risico loopt bij de kosten van GGZ. Zo bleek een bepaalde carve-out – onafhankelijk van de bestaande klinische evidentie – sterk te bezuinigen op alle (psychosociale) behandelingen waarover zij een financieel risico liep, terwijl er niet bezuinigd werd op medicatie waarover geen financieel risico werd gelopen (Busch et al., 2004). Aan de andere kant lijken carve-outs in vergelijking tot HMO's juist te leiden tot een betere herkenning van GGZ-problemen en een meer adequate doorverwijzing naar GGZ-aanbieders.

Hoewel de situatie in de Verenigde Staten natuurlijk verschilt met die in Nederland, is het op voorhand bepaald niet uit te sluiten dat ook in Nederland substantiële schaal- en specialisatievoordelen te behalen zijn door gespecialiseerde GGZ-zorginkooporganisaties. Wanneer dit lonend is, zullen zorgverzekeraars de zorginkoop uitbesteden aan dergelijke inkooporganisaties. Het is dan ook niet ondenkbaar dat Amerikaanse carve-outs de Nederlandse markt zullen betreden. GGZ-instellingen en zorgaanbieders zouden in dat geval te maken krijgen met geduchte onderhandelingspartners.

### ***Kritische verzekerden?***

Vanwege de acceptatieplicht voor verzekeraars kunnen alle verzekerden vanaf 2006 in principe jaarlijks veranderen van zorgverzekeraar.<sup>28</sup> Wanneer verzekeraars onvoldoende hun best doen om goede GGZ voor hun verzekerden te regelen, lopen zij het risico dat hun verzekerden weglopen. Wanneer verzekerden – of hun mogelijke vertegenwoordigers zoals werkgevers, patiënten- en ouderverenigingen en sociale diensten – gevoelig zijn voor de kwaliteit van de gecontracteerde GGZ, kunnen ook zorgverzekeraars met een sterke regionale machtspositie zich niet permitteren om hun inkoopmacht te misbruiken. Zoals uiteengezet in de paragrafen 3.3. en 3.4 is het met name ten aanzien van ernstige psychische stoornissen echter zeer de vraag of zorgverzekerden (of hun vertegenwoordigers) hun verzekeraar zullen

---

consequenties hebben gezien het grote verschil tussen behandeld en onbehandeld ('natuurlijk') beloop bij een depressie.

<sup>28</sup> Hierbij past de kanttekening dat de aanvullende verzekering geen acceptatieplicht kent. Via koppelverkoop van de basis- en de aanvullende verzekering kunnen verzekerden worden ontmoedigd om over te stappen.

afrekenen op de kwaliteit van de gecontracteerde GGZ. In dat geval kan een sterke positie van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt nadelige consequenties hebben voor de kleinschalig opererende vrijgevestigde zorgaanbieders.

#### **4.4 Betwistbaarheid verkoopmacht GGZ-aanbieders**

De mate en betwistbaarheid van verkoopmacht van GGZ-aanbieders hangt af van de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om patiënten te sturen naar de goed presterende GGZ-aanbieder(s) waarmee een gunstig contract is afgesloten (Sorensen, 2003). De mate waarin dit lukt is afhankelijk van de mogelijkheden en bereidheid van patiënten om bewust te kiezen en te reizen, van de loyaliteit van patiënten jegens hun zorgaanbieder en van de potentiële concentratiegraad van de productmarkt.

##### ***Mogelijkheden en bereidheid van patiënten om bewust te kiezen en te reizen?***

Over het algemeen geldt dat mensen veelal niet bereid zullen zijn om erg ver te reizen voor gezondheidszorg. Uit Amerikaans onderzoek blijkt wel dat patiënten voor bepaalde type zorg grotere afstanden willen overbruggen dan voor andere typen zorg. De reisafstand blijkt het grootst voor zeer complexe zorg en het kleinst voor (i) spoedeisende zorg en (ii) relatief simpele zorg (White en Morrissey, 1998). Meest voor de hand liggende verklaring voor deze bevinding is dat eventuele verschillen in kwaliteit tussen zorgaanbieders voor patiënten zwaarder wegen naarmate de complexiteit van de zorg – en dus de bijbehorende risico's – toenemen. De baten van reizen wegen in dat geval eerder op tegen de kosten ervan. Voor Nederland geldt dat patiënten momenteel (vrijwel) geen prikkels ondervinden om naar een andere zorgaanbieder te gaan dan de dichtstbijzijnde. Hier zijn drie redenen voor aan te geven:

1. Patiënten zijn doorgaans volledig verzekerd voor de kosten van gezondheidszorg, zodat zij niet gevoelig zijn voor prijsverschillen die tussen zorgaanbieders kunnen bestaan.
2. Zorgverzekeraars beschikten tot voor kort nog niet over de (wettelijke) mogelijkheden om hun verzekerden te 'sturen' in de richting van zorgaanbieders met een bovengemiddelde prijs-kwaliteitverhouding. Pas sinds kort kunnen verzekeraars hun verzekerden financieel prikkelen om naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan. In hoeverre zorgverzekeraars hier ook daadwerkelijk toe in staat zullen zijn, is echter nog niet precies duidelijk. Het zogeheten 'restitutie-amendement' – dat bij de behandeling van het voorstel van wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg (Wet HOZ) is ingediend – zorgt er namelijk voor dat verzekerden de kosten die ze maken wanneer ze naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan (gedeeltelijk) vergoed moeten krijgen. De hoogte van deze vergoeding moet vooraf door de verzekeraar zijn vastgesteld, waarbij de restitutie zodanig moet zijn dat "de verzekerde daardoor niet wezenlijk wordt belemmerd in zijn keuzevrijheid". Het moet in de praktijk nog blijken hoeveel ruimte deze formulering aan zorgverzekeraars biedt.

3. Er is (nog) geen sprake van adequate en openbare prestatie-indicatoren op basis waarvan verzekeraars en patiënten zorgaanbieders expliciet met elkaar kunnen vergelijken om vervolgens een bewuste keuze te maken.

In aanvulling op deze min of meer algemene factoren beschikt de GGZ over een aantal specifieke kenmerken die naar alle waarschijnlijkheid van belang zijn voor de afstand die patiënten willen en/of kunnen afleggen:

- Een behandeling bestaat veelal uit meerdere sessies. Bij hun keuze voor een bepaalde zorgaanbieder houden patiënten er dus rekening mee dat de bijbehorende reiskosten niet eenmalig zijn.
- Uit marktonderzoek van de NMa is naar voren gekomen dat reizen voor het genezingsproces van bepaalde GGZ-patiënten niet bevorderlijk is en dat bij klinische opnamen de nabijheid van familie een belangrijke rol speelt (NMa, 2004a, blz. 10).
- Bepaalde (groepen van) patiënten zijn als gevolg van hun stoornis niet in staat om op basis van de beschikbare informatie een weldoordachte keuze voor een bepaalde aanbieder te maken. Zo concludeert Zweifel (1994, blz. 622): “One salient characteristic of psychic ill (and even more pronounced for a mentally ill in the narrow sense) is his impaired ability to make consistent choices.”

Gezien het bovenstaande is het niet aannemelijk dat patiënten bereid zijn om (ver) te reizen voor geestelijke gezondheidszorg. De relevante geografische markt voor aanbieders van GGZ is naar alle waarschijnlijkheid dan ook beperkt van omvang. In de regel zal sprake zijn van lokale of regionale markten. Uit onderzoek naar de patiëntenstromen in de GGZ blijkt dat patiënten inderdaad nauwelijks hulp zoeken buiten de eigen AWBZ-regio. Voor GGZ-instellingen geldt dat meer dan 90% van hun patiënten uit het eigen verzorgingsgebied afkomstig zijn (NMa, 2004a, blz. 10). Een voor de hand liggende reden hiervoor is dat huisartsen patiënten veelal naar de dichtstbijzijnde instelling verwijzen. Zoals we eerder al opgemerkt hebben zijn er binnen de GGZ ook patiëntengroepen met een bovengemiddelde reisbereidheid aanwijsbaar (patiënten met eetstoornissen, ouders/verzorgers van kinderen en jongeren met psychische stoornissen). Voor hen geldt dan ook dat de relevante geografische markt groter kan zijn dan de meest nabije regio.

### ***Loyaliteit van patiënten?***

Los van de beperkte reisbereidheid van patiënten kunnen verzekeraars ook nog om een andere reden moeilijkheden ondervinden bij een eventuele poging om verzekerden in de richting van bepaalde preferente zorgaanbieders te sturen. Anders dan bij het merendeel van de somatische zorg bestaat tussen patiënten met een psychische stoornis en hun behandelaar een (sterke) vertrouwensband. In de GGZ zijn de houding, nieuwsgierigheid en sensitiviteit van een behandelaar van belang voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie en daarmee voor de uiteindelijke effectiviteit van een behandeling. Een overstap naar een andere zorgaanbieder kan een teruggang in de behandeling betekenen.

In sommige gevallen is de therapeutische relatie zelfs zo hecht dat een overstap naar een andere zorgaanbieder betekent dat een patiënt enkele stappen achteruit moet doen of zelfs (vrijwel) opnieuw moet beginnen. Binnen de GGZ geldt dus dat patiënten meer dan in andere delen van de gezondheidszorg een sterke binding zullen hebben met hun huidige zorgaanbieder. Deze loyaliteit kan de onderhandelingsruimte voor zorgverzekeraars aanzienlijk beperken. Ervaringen in de Verenigde Staten wijzen uit dat met name in de GGZ patiënten er veel waarde aan hechten om zelf – dat wil zeggen zonder bemoeienis van hun verzekeraar – een zorgaanbieder te kunnen kiezen (Kremer en Gesten, 2003).

### ***Potentiële concentratiegraad van de relevante markt?***

Hoe betwistbaar de huidige machtsposities zijn, wordt in belangrijke mate bepaald door de omvang van schaal- en synergievoordelen. Er is sprake van schaalvoordelen wanneer een toename van het aantal behandelingen resulteert in lagere gemiddelde kosten of een hogere kwaliteit. We spreken van synergievoordelen wanneer het gezamenlijk aanbieden van twee of meer typen zorg of behandelingen tot lagere kosten of een hogere kwaliteit leidt. Als de schaal- of synergievoordelen ten opzichte van de omvang van de vraag relatief groot zijn dan is op de betreffende productmarkt slechts ruimte voor een beperkt aantal aanbieders. Voor zover ons bekend zijn er geen gedetailleerde kwantitatieve analyses voorhanden op basis waarvan precieze uitspraken kunnen worden gedaan over de omvang van schaal- en synergievoordelen bij aanbieders van GGZ. In het algemeen geldt echter het volgende (zie bijvoorbeeld Vogelsang, 1999):

- Er bestaan naar verwachting geen substantiële synergievoordelen tussen somatische zorg en GGZ. De behandeling van mensen met psychische stoornissen vergt namelijk een deskundigheid waarover somatische zorgverleners niet beschikken. Zoals al eerder aangegeven bestaan er in de economische literatuur zelfs aanwijzingen voor het bestaan van synergienadelen (Vogelsang, 1999; Frank en McGuire, 2000). Voorzover er enige synergievoordelen te behalen zijn, zullen deze overigens pas worden gerealiseerd als een derde partij – zoals een krachtige inkooporganisatie of carve out – de zorgaanbieders daartoe aanzet en de afstemming (bijvoorbeeld tussen de huisarts en de psychische behandelaar) coördineert. De huidige organisatie van de gezondheidszorg bevat hiervoor onvoldoende prikkels.
- Aangezien voor GGZ weinig tot geen investeringen in fysiek kapitaal vereist zijn, bestaan op het gebied van de zorgverlening geen substantiële schaalvoordelen.
- Kwalitatief onderzoek uit eigen land heeft uitgewezen dat de fusies in de GGZ hebben geleid tot een breder aanbod gespreid over de regio en een betere informatievoorziening aan patiënten – wat zou kunnen wijzen op synergievoordelen bij het aanbieden van verschillende vormen van GGZ-zorg (KPMG, 2002).<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Uit onderzoek van Busschbach et al. (2005) blijkt dat de recente fusie in de GGZ-regio Zuidoost Drenthe tot meer continuïteit in de zorg voor mensen met langdurige psychiatrische problematiek heeft geleid. Tevens is de betreffende zorg ‘dichter bij huis’ gebracht.

Gelet op het feit dat toetreding tot de intramurale GGZ – onder andere door de investeringen die nodig zijn om aan de wettelijke (kwaliteits)eisen te voldoen – tijdrovend is, bezitten bestaande instellingen op dit gebied marktmacht. Zorgverzekeraars zullen daarom op korte termijn slechts in beperkte mate in staat zijn om met instellingen daadkrachtig te onderhandelen over prijs en kwaliteit van intramurale GGZ. Of de grote regionale GGZ-instellingen ook op langere termijn in staat zijn om hun dominante marktpositie te handhaven, zal afhankelijk zijn van het feit of er inderdaad sprake is van aantoonbare doelmatigheidswinst ten gevolge van synergievoordelen. Indien die doelmatigheidswinst vooral tot uitdrukking komt in een betere kwaliteit zorg is het overigens de vraag – zoals eerder uiteengezet – of zorgverzekeraars hiervoor gevoelig zullen zijn. Het is dan in het belang van de grote GGZ-instellingen om de gerealiseerde kwaliteitsvoordelen zo hard mogelijk aan te tonen.

Voor de extramurale GGZ geldt dat – met name in de dichtbevolkte gebieden sprake is van een veel minder sterke concentratie. Dergelijke zorg wordt niet alleen aangeboden door de ‘brede’ GGZ-instellingen, maar ook door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren (zoals psychiaters, psychotherapeuten en psychologen). Voor hen geldt bovendien dat de markt voldoende betwistbaar is omdat er – afgezien van het opbouwen van goodwill – geen sprake lijkt van onoverkomelijke toe- en/of uittredingsdrempels. Zo is sinds de invoering van de Mededingingswet een actief vestigings- en spreidingsbeleid niet meer toegestaan, al kunnen momenteel de zorgkantoren door middel van hun contracteerbeleid nog invloed uitoefenen op de toetreding van nieuwe aanbieders (NMa, 2001).

#### **4.5 Evenwichtige informatieverdeling**

Een belangrijke voorwaarde voor de introductie van marktprikkels is voldoende transparantie. Zowel verzekeraars als patiënten moeten in staat zijn om prestaties van zorgaanbieders met elkaar te vergelijken. Dit betekent allereerst dat gevarieerde productomschrijvingen voorhanden dienen te zijn die recht doen aan de verschillende vormen van zorg die binnen de GGZ bestaan. Hier wordt momenteel hard aan gewerkt (zie paragraaf 4.1). De invoering van adequate productomschrijvingen vormt echter geen voldoende voorwaarde voor een succesvolle introductie van marktprikkels. Het is namelijk van even groot belang dat er informatie voorhanden is over de daadwerkelijk geleverde prestaties. Indien bijvoorbeeld geen zicht bestaat op de effectiviteit van de geleverde zorg, zijn verzekeraars niet in staat om specificeerbare contracten met een resultaatverplichting af te sluiten. Volgens Frank en McGuire (2000, blz. 900/901) is een van de opvallende kenmerken van de GGZ dat onder- en overbehandeling vaak tegelijkertijd voorkomen. Uit Amerikaans onderzoek blijkt namelijk dat een substantieel deel van de bevolking met een diagnosticeerbare aandoening geen GGZ-behandeling vraagt en/of krijgt, terwijl ook een aanzienlijk aantal individuen zonder diagnosticeerbare aandoening wel wordt behandeld (en bovendien ongeveer hetzelfde aantal behandelingen krijgt).

In Nederland wordt momenteel door verschillende instanties gewerkt aan de ontwikkeling van adequate prestatie-indicatoren in de GGZ. Zo heeft het Trimbos-instituut samen met Zorgconsult Nederland in opdracht van VWS onderzoek gedaan naar de manier waarop zo spoedig mogelijk een begin zou kunnen worden gemaakt met het systematisch meten van prestaties in de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang. Op grond van een ‘terreinverkenning’ bevelen Wennink et al. (2004, blz. 31) aan om van de volgende prestatie-indicatoren uit te gaan:

- cliëntwaardering (cliënten en/of naasten),
- kwaliteit van leven,
- mate van ‘need-fulfilment’,
- verandering van ernst van problematiek naar aard aandoening,
- het voorkomen van incidenten in de zorg (agressie, suicide),
- recidive / tijdsduur tussen opeenvolgende behandelingen,
- percentage ‘drop out’,
- percentage ‘no show’,
- toegankelijkheid zorg voor de ‘moeilijkste cliënten’,
- percentage patiënten dat ‘chronisch’ wordt,
- verandering in deelname aan het arbeidsproces,
- verandering in woon- of leefsituatie,
- percentage patiënten dat wacht op behandeling/zorg naar ernst problematiek,
- percentage cliënten dat conform richtlijnen behandeling of zorg ontvangt,
- het percentage cliënten dat een diagnose heeft ontvangen,

Bovenstaande indicatoren zouden gebruikt kunnen worden om de effecten van GGZ in kaart te brengen. Voor het daadwerkelijk zover is, moet er echter nog flink wat gebeuren. Allereerst is voor veel van bovenstaande indicatoren nog geen keuze gemaakt betreffende het meetinstrumentarium. Daarnaast is veel van de informatie die nodig is om de genoemde indicatoren te kwantificeren vooralsnog niet voorhanden. Zo is het in veel gevallen onduidelijk of, en zo ja in welke mate, behandeling heeft geleid tot een verbetering van het sociaal functioneren (GGZ Nederland, 2004b). Ook ontbreekt het doorgaans aan informatie over de aanwezige zorgbehoefte, waardoor het evenmin duidelijk is hoeveel en welk GGZ-aanbod zou moeten worden gecontracteerd.

Om beter inzicht te verkrijgen in de aanwezige zorgbehoefte wordt in Limburg sinds kort een GGZ Zorgmonitor ontwikkeld. Met deze monitor wordt beoogd de behoefte aan GGZ en het beschikbare zorgaanbod systematisch in kaart te brengen. De monitor moet het mogelijk maken om het beschikbare en toekomstige zorgaanbod beter aan de noden en behoeften van individuele cliënten aan te passen. Voor de meeste patiënten bieden landelijke onderzoeksgegevens voldoende inzicht in de frequentie van de problematiek in de populatie, zodat op basis van statistische analyse een goed beeld te verkrijgen is over de potentiële zorgbehoeften. Bij cliënten met ernstige psychische problemen is dat minder eenvoudig.

Hoewel de groep relatief klein is, gebruiken deze patiënten verreweg de meeste middelen, zijn hun zorgbehoeften van persoon tot persoon zeer verschillend en is een adequaat zorgaanbod voor hen ook moeilijk te organiseren. Het is dan ook onmogelijk om voor deze groep patiënten op basis van statistische gegevens tot een inzicht in de regionale zorgbehoeften te komen. Voornamelijk voor deze mensen zal de Zorgmonitor individuele informatie verzamelen. Het registreren van de individuele zorgbehoeften vindt plaats aan de hand van het Zorgmonitor Interview tussen de patiënt en de meest betrokken hulpverlener, waarin vragen worden gesteld over psychiatrische problemen, globaal functioneren, individuele zorgbehoeften, kwaliteit van leven en tevredenheid over de geboden zorg.

Gelet op de vooralsnog tekortschietende informatie over de behoefte aan en de resultaten van GGZ zal ook na invoering van de DBC-systematiek per 1 januari 2006 geestelijke gezondheidszorg in eerste instantie slechts in (zeer) beperkte mate goed contracteerbaar zijn. Voor de toekomstige ontwikkelingen op dit gebied lijkt verder nog van belang dat ervaringen in de Verenigde Staten uitwijzen dat activiteiten van zorgverzekeraars om geleverde prestaties inzichtelijk te maken – bijvoorbeeld door het vaststellen van gestandaardiseerde behandelprotocollen per diagnose – zowel door patiënten als aanbieders van GGZ-zorg met argwaan worden begroet. Veelal ervaart men dit als een ongewenste inbreuk in de persoonlijke vertrouwensrelatie die tussen behandelaar en patiënt bestaat (zie bijvoorbeeld Perrott, 1998 en Kremer en Gesten, 2003).

#### **4.6 Nadere analyse specifieke kenmerken afzonderlijke productmarkten**

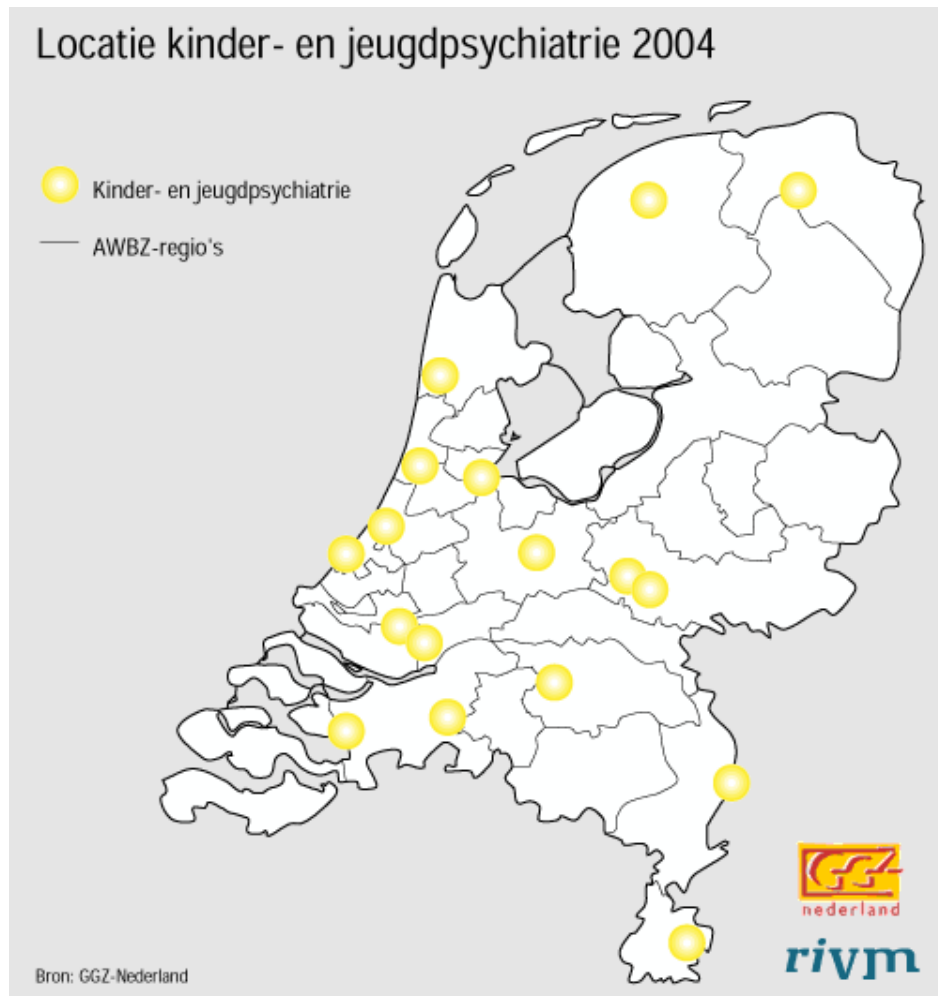
In deze paragraaf nemen we de drie in paragraaf 2.2 onderscheiden productmarkten nader onder de loep. Aangezien er op productmarktniveau helaas weinig tot geen bruikbare empirische informatie voorhanden is over de relevante economische kenmerken zijn we genoodzaakt om ons te beperken tot een kwalitatieve analyse op hoofdlijnen. Bij elke productmarkt staat daarbij de vraag centraal wat het risico op marktfalen is en welke regulering ons inziens gewenst is. Achtereenvolgens komen aan de orde:

1. Productmarkt 1: GGZ voor kinderen en jeugdigen.
2. Productmarkt 2: GGZ voor volwassenen/ouderen met een duidelijk gedefinieerde, veelal enkelvoudige zorgvraag en een adequaat functionerend steunsysteem.
3. Productmarkt 3: GGZ voor volwassenen/ouderen met een ernstige meervoudige zorgvraag die in hun dagelijkse functioneren naast zorg ook extra ondersteuning nodig hebben.

##### **4.6.1 Productmarkt 1**

Op de productmarkt voor GGZ aan kinderen en jeugdigen zijn globaal gesproken twee typen aanbieders aanwezig (IGZ, 2002). Dit betreft (i) geïntegreerde organisaties van een kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit waarin (jeugd)afdelingen van RIAGG's en gespecialiseerde kinderklinieken zijn gefuseerd tot provinciale samenwerkingsverbanden en (ii) geïntegreerde organisaties van kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken in grootschalige aanbieders die ook GGZ voor volwassenen/ouderen aanbieden.

**Figuur 2:** Aanbieders kinder- en jeugdpsychiatrie



In figuur 2 zijn de categorale kinder- en jeugdklinieken weergegeven, aangevuld met een aantal geïntegreerde GGZ-instellingen die klinische kinder- en jeugdpsychiatrie aanbieden (in 2004 betrof dat GGZ Friesland, de Mondriaangroep, GGZ Den Bosch, GGZ regio Breda, en de Grote Rivieren). Daarnaast hebben alle geïntegreerde GGZ-instellingen ook een ambulant aanbod voor kinderen en jeugdigen. Voor een volledig beeld van het extramurale GGZ-aanbod voor kinder- en jeugdigen moeten daarom ook de geïntegreerde instellingen uit figuur 1 in ogenschouw worden genomen. Ook een combinatie van beide figuren wijst echter uit dat in grote delen van Nederland sprake is van een sterk geconcentreerd aanbod van GGZ voor kinderen en jeugdigen. Nu hoeft het beperkte aantal huidige aanbieders op zich geen aanleiding te geven tot marktfalen. Indien er geen toe- en uittredingsdrempels zijn, zorgt de voortdurende dreiging van nieuwe toetreders er namelijk voor dat de bestaande aanbieders hun marktmacht niet kunnen misbruiken (potentiële concurrentie). Een belangrijke vraag is derhalve in hoeverre snelle toetreding op deze productmarkt mogelijk is. Het antwoord op deze vraag hangt in belangrijke mate af van de beschikbaarheid van kinder- en jeugdpsychiaters. Om kwalitatief goede GGZ te kunnen bieden aan kinderen en jeugdigen dienen zorgaanbieders te beschikken over een specifieke deskundigheid. Ook dit hoeft op zich geen aanleiding te geven tot marktfalen. Indien op de arbeidsmarkt voldoende arbeidskrachten

met de vereiste expertise voorhanden zijn, kunnen aanbieders die dat wensen hun behandelcapaciteit immers relatief eenvoudig uitbreiden. In de praktijk blijkt dit momenteel echter niet of nauwelijks mogelijk. Als gevolg van een tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters is het voor (eventuele nieuwe) zorgaanbieders erg moeilijk om op de arbeidsmarkt gekwalificeerde psychiaters te werven (IGZ, 2004). Zolang er geen mogelijkheden zijn om bijvoorbeeld via vergroting van de opleidingscapaciteit of via taakherschikking dit tekort op termijn op te lossen, zullen de mogelijkheden voor effectieve concurrentie tussen aanbieders van GGZ voor kinder- en jeugdigen dan ook gering zijn. Bij het huidige beperkte aantal aanbieders zal geen sprake kunnen zijn van evenwichtige onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Maar ook bij een voldoende aanbod aan kinder- en jeugdpsychiaters is toetreding niet eenvoudig, omdat voor een adequate hulpverlening dikwijls een netwerk aan voorzieningen vereist is. Het opbouwen van het benodigde netwerk kost tijd en substantiële investeringen, wat de betwistbaarheid van de markt beperkt.

Het feit dat directe concurrentie op deze markt naar alle waarschijnlijkheid tot marktfalen (misbruik van marktmacht) leidt, wil niet meteen zeggen dat in het geheel geen marktprikkels zouden kunnen worden geïntroduceerd. Ten eerste moet onderscheid gemaakt worden tussen de korte termijn en de lange termijn. Op dit moment is het immers vooral het tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters dat voor problemen zorgt. Als dit tekort zou worden opgelost, ontstaat een andere situatie. Gezien de (verwachte) aanwezigheid van een groot aantal kritische vragers – over het algemeen zijn dit de ouders/verzorgers – die bereid zijn om verder te reizen dan binnen de rest van de GGZ gebruikelijk is, lijken in dat geval namelijk mogelijkheden te ontstaan voor een succesvolle liberalisering. Ten tweede, wanneer ook op langere termijn geen sprake kan zijn van evenwichtige onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars lijken andere vormen van concurrentie wel mogelijkheden te bieden. Dat wil zeggen, onder voorwaarde dat er sprake is van (i) eenduidige productomschrijvingen en (ii) adequate prestatie-indicatoren. Dit betreft:

- **Concurrentie door vergelijking.** Concurrentie wordt in dat geval gesimuleerd door middel van vergelijking van verschillende aanbieders. In de meeste stringente vorm zijn de DBC-prijzen op deze productmarkt(en) dan niet het resultaat van vrije onderhandelingen tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars, maar worden ze expliciet gereguleerd door een toezichthouder die daarbij de prestaties van de best presterende instelling(en) als maatstaf gebruikt. In dat geval worden de prestaties van alle GGZ-instellingen die werkzaam zijn op het terrein van de kinder- en jeugd GGZ niet alleen expliciet met elkaar vergeleken, maar kunnen op het gebied van doelmatigheid en kwaliteit verbeteringen ('best practices') ook daadwerkelijk worden afgedwongen. Een dergelijk systeem van maatstafconcurrentie brengt wel het gevaar van overheidsfalen met zich mee. Zo kunnen, wanneer de prijzen te laag worden vastgesteld, instellingen zich genoodzaakt zien om te beknibben op de kwaliteit van de geleverde zorg. Om dit zoveel mogelijk te voorkomen, dient vooraf nauwkeurig empirisch onderzoek te worden gedaan naar zowel de kosten als de kwaliteit van

GGZ voor kinderen en jeugdigen. Overigens wijzen ervaringen in de Nederlandse drinkwatersector uit dat ook maatstafvergelijking zonder expliciete regulering van prijzen ('benchmarking') aanbieders reeds voldoende kan prikkelen (Dijkgraaf en Varkevisser, 2004 en Dijkgraaf et al., 2005).

- **Concurrentie om de markt.** Meerdere aanbieders concurreren dan met elkaar om het (exclusieve) recht om gedurende een bepaalde termijn onder bepaalde condities op de markt actief te zijn. De overheid organiseert als het ware concurrentie om een tijdelijk wettelijk monopolie of oligopolie. De concurrentie vindt plaats tijdens een veiling of een aanbesteding ('schoonheidswedstrijd'). Het is van belang dat een toezichthouder vervolgens permanent in de gaten houdt of de aanbieder die de concurrentieslag gewonnen heeft, zich aan de concessievoorwaarden houdt. In de forensische psychiatrie – die zoals eerder is aangegeven geen onderdeel uitmaakt van ons onderzoek – heeft de overheid inmiddels een gewenste capaciteitsuitbreiding aanbesteed. Daarbij waren zowel prijs als kwaliteit belangrijke gunningcriteria.

Overigens kan met het oog op de mogelijk substantiële externe lange termijn effecten van voldoende kwalitatief goede GGZ voor kinderen en jeugdigen, ook bij de invoering van marktprikkels aanvullende collectieve subsidiëring maatschappelijk gewenst zijn. Op een geliberaliseerde markt bestaat namelijk het gevaar dat te weinig aandacht uitgaat naar het voorkomen (realiseren) van negatieve (positieve) externe effecten.

#### 4.6.2 Productmarkt 2

Er bestaan geen aanwijzingen dat bij de behandeling van volwassenen en ouderen met een duidelijk gedefinieerde, enkelvoudige zorgvraag en een adequaat functionerend steunsysteem substantiële schaal- en synergievoordelen te behalen zijn. Deze patiënten kunnen met hun zorgvraag over het algemeen dan ook niet alleen terecht bij de grote regionale GGZ-instellingen, maar ook bij vrijevestigde zorgaanbieders. Op deze productmarkt – waartoe het merendeel van de GGZ-patiënten behoort – is dan ook sprake van een groot aantal aanbieders. Zo zijn er bijvoorbeeld in Nederland naar schatting meer dan 1.000 vrijevestigde psychotherapeuten en ongeveer 250 vrijevestigde psychiaters.<sup>30</sup> Hoewel deze vrijevestigden niet evenredig over ons land zijn verdeeld – zo zijn er opvallend veel in Amsterdam en nabije omgeving werkzaam – lijkt het aantal aanbieders goede mogelijkheden te bieden voor effectieve concurrentie. Ook het feit dat de patiënten die deel uitmaken van deze markt voor het overgrote deel zelf of met behulp van een vertegenwoordiger (zoals een familielid) in staat zijn om een weloverwogen keuze te maken voor een kwalitatief goede zorgverzekeraar en zorgaanbieder draagt hieraan bij. Overigens geldt ook voor deze productmarkt dat de introductie van marktprikkels pas kans van slagen heeft als (i) eenduidige productomschrijvingen en (ii) adequate prestatie-indicatoren zijn ingevoerd. Aangezien de

---

<sup>30</sup> Deze getallen zijn te vinden op [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_map/o262n21338.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o262n21338.html) en [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_map/o261n21338.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o261n21338.html). Meer precieze cijfers over het aantal vrijevestigde psychotherapeuten en psychiaters zijn niet voorhanden. Overigens ligt het aantal BIG-geregistreerde psychotherapeuten en psychiaters fors hoger; respectievelijk bijna 6.000 en ruim 2.200. Slechts een zeer beperkt deel van hen is in een eigen praktijk werkzaam.

zorgvraag van deze patiënten duidelijk gedefinieerd is, zal invoering van de DBC-systematiek naar verwachting technisch mogelijk zijn, al is daarvoor wel de medewerking van de zorgaanbieders noodzakelijk. Zo kan het recente advies van de NVVP (2005) aan de psychotherapeuten om zorgverzekeraars voortaan geen diagnose-informatie meer te verstrekken de betreffende zorg niet-contracteerbaar maken. Een heikel punt is voorts dat het – zoals in de gehele GGZ – lastig zal zijn om voldoende grip te krijgen op de geleverde prestaties: hoe goed zijn deze meetbaar?

Bij een eventuele introductie van marktprikkels moet tevens rekening worden gehouden met de volgende drie mogelijke vormen van anticompetitief gedrag:

- **Misbruik van inkoopmacht door zorgverzekeraars/zorginkopers bij onderhandelingen met kleinschalige (vrijgevestigde) zorgaanbieders.** Deze zorgaanbieders beschikken in veel mindere mate dan de grote GGZ-instellingen over de expertise en vaardigheden die nodig zijn om goed met zorgverzekeraars te onderhandelen. Dit gebrek aan ‘countervailing power’ kan leiden tot misbruik van inkoopmacht. Hiervan is sprake wanneer een zorgverzekeraar door zijn machtspositie in staat is om aan de inkoopzijde onredelijke handelsvoorwaarden (zoals een excessief lage prijs) op te leggen of af te dwingen. In de praktijk is het verschil tussen misbruik van inkoopmacht en normale, scherpe concurrentie overigens lang niet altijd helder.
- **Oneerlijke concurrentie door GGZ-instellingen als gevolg van koppelverkoop.** De regionale instellingen bieden een groot aantal verschillende vormen van psychische zorg aan. Wanneer een GGZ-instelling op één of meerdere productmarkten over een economische machtspositie beschikt, kan deze van zorginkopers eisen dat verschillende zorgproducten tegelijk worden gecontracteerd (koppelverkoop). Aangezien zorginkopers in dat geval voor bepaalde vormen van zorg niet om de betreffende aanbieder heen kunnen, nemen de mogelijkheden van selectief contracteren af. Dit brengt het gevaar met zich mee dat de behandelingen die een GGZ-instelling aanbiedt op oneigenlijke gronden worden verkozen boven het aanbod van vrijgevestigden.
- **Oneerlijke concurrentie door GGZ-instellingen als gevolg van kruissubsidiëring.** Als een GGZ-instelling op een bepaalde niet-competitieve productmarkt door misbruik van marktmacht een overwinst weet te realiseren, kan deze de oneerlijk verkregen opbrengst gebruiken om de concurrentie op andere productmarkten te verstoren. Bijvoorbeeld door daar tijdelijk prijzen in rekening te brengen die niet kostendekkend zijn om zodoende bestaande gespecialiseerde aanbieders van de markt te drukken en/of toetreding van nieuwe aanbieders tegen te gaan. Een dergelijke strategie van rooiprijzen wordt in de Engelstalige economische literatuur ‘predatory pricing’ genoemd.

### 4.6.3 Productmarkt 3

In tegenstelling tot de voorgaande twee productmarkten lijkt het op voorhand zeer moeilijk dan wel onmogelijk om de benodigde GGZ-zorg van volwassen/ouderen met een ernstige,

meervoudige zorgvraag en een gebrekkig functionerend steunsysteem met behulp van de DBC-systematiek te omschrijven. Typerend voor deze relatief kleine productmarkt is namelijk dat de zorgvraag *ex-ante* niet goed te definiëren is. Behandelingen kunnen gedurende het proces (voortdurend) worden bijgesteld.<sup>31</sup> Als gevolg hiervan is het voor verzekeraars (vrijwel) niet mogelijk om voor deze groep patiënten vooraf duidelijke afspraken te maken met zorgaanbieders over het volume en de kwaliteit van de te leveren zorg. Daar komt nog bij dat de geleverde prestatie – zoals het resultaat van een behandeling – bij de betreffende patiënten veelal lastig is vast te stellen. Met andere woorden, deze vorm van GGZ-zorg is niet of slechts in zeer beperkte mate contracteerbaar. De onderhandelingspositie van zorgverzekeraars is naar verwachting op deze markt derhalve niet sterk, mede omdat deze groep GGZ-patiënten het inkoopbeleid van verzekeraars niet goed kan beoordelen en zich vermoedelijk moeilijk laat sturen door zorgverzekeraars.

Doordat de betreffende vorm van GGZ-zorg over het algemeen erg intensief van karakter is, is de geografische markt relatief klein. In vrijwel alle regio's is het aantal GGZ-aanbieders waaruit zorgverzekeraars en patiënten kunnen kiezen daardoor zeer beperkt. In combinatie met het feit dat vanwege de benodigde extra voorzieningen en disciplines toetreding tot deze markt niet eenvoudig is, lijkt het onwaarschijnlijk dat sprake kan zijn van effectieve concurrentie op de markt tussen verschillende zorgaanbieders. Ook de mogelijkheden voor concurrentie door vergelijking en concurrentie om de markt (aanbesteding) zijn naar verwachting zeer beperkt, omdat de precieze zorgvraag vooraf niet is vast te stellen en ook de prestaties die uiteindelijk worden geleverd veelal moeilijk meetbaar zullen zijn.<sup>32</sup> Een sterke mate van overheidsbemoeienis – zoals het vaststellen van (maximum)prijzen – lijkt voor deze markt dan ook onvermijdelijk. Hierbij moet dan wel nadrukkelijk rekening worden gehouden met eventuele afwentelingseffecten. Zo kunnen te laag vastgestelde prijzen een ongewenste kwaliteitsreductie tot gevolg hebben, terwijl te hoog vastgestelde prijzen brede GGZ-instellingen mogelijkheden bieden om de concurrentie op andere productmarkten te verstoren.<sup>33</sup>

Tot slot geldt voor deze productmarkt dat externe effecten een relatief grote rol spelen. Een deel van de patiënten met een met een ernstige meervoudig zorgvraag veroorzaakt namelijk (ernstige) overlast. Als gevolg hiervan zal, zelfs wanneer aan de bovengenoemde basisvoorwaarden voor de introductie van marktprikkels kunnen worden voldaan, (overheids)subsiëring van deze vorm van GGZ-zorg maatschappelijk gewenst zijn.

---

<sup>31</sup> De GGZ Zorgmonitor die thans in Limburg wordt ontwikkeld (zie paragraaf 4.5), kan misschien een bruikbaar instrument vormen om meer systematisch inzicht in de zorgbehoefte van patiënten met een ernstige psychische stoornis te verkrijgen.

<sup>32</sup> Deze productmarkt bezit ons inziens sterke overeenkomsten met de topreferente somatische zorg. Ook daar ontbreekt het aan duidelijke productomschrijvingen, gaat het om relatief complexe vormen van zorg en zijn geleverde prestaties moeilijk te meten.

<sup>33</sup> Een door de overheid vastgestelde (maximum)prijs is onjuist wanneer deze niet in verhouding staat tot de werkelijke kosten.

## 5. Conclusie

Om op een verantwoorde wijze antwoord te kunnen geven op de vraag of liberalisering van de GGZ mogelijk/wenselijk is, hebben we in dit onderzoeksrapport binnen de planbare curatieve GGZ de volgende drie deelmarkten onderscheiden die elk min of meer dezelfde economische kenmerken bezitten:

1. GGZ voor kinderen en jeugdigen;
2. GGZ voor volwassenen/ouderen met een duidelijk gedefinieerde, veelal enkelvoudige zorgvraag en een adequaat functionerend steunsysteem;
3. GGZ voor volwassenen/ouderen met een ernstige meervoudige zorgvraag die in hun dagelijkse functioneren naast zorg ook extra ondersteuning nodig hebben.

Voor elk van deze drie productmarkten zijn wij nagegaan in hoeverre aan de basisvoorwaarden voor een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt en een goed functionerende zorginkoopmarkt is voldaan c.q. kan worden voldaan. Daartoe hebben wij gebruik gemaakt van ons analysekader dat we eerder hebben gebruikt om de potentiële effecten van liberalisering van verschillende curatieve somatische zorgmarkten te analyseren.<sup>34</sup>

Op grond van onze bevindingen (zie tabel 3 voor een samenvattend overzicht) concluderen wij het volgende. Invoering van vrije prijsonderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders op **productmarkt 1** is op termijn verantwoord, mits (i) de risicoverevening adequaat is, (ii) een verruiming van het huidige aanbod mogelijk wordt gemaakt, (iii) adequate prestatie-indicatoren worden ontwikkeld en (iv) anticompetitieve afwentelingseffecten – zoals kruissubsidiëring en koppelverkoop – vanuit gereguleerde productmarkten effectief kan worden tegengegaan.

Ook voor **productmarkt 2** geldt dat invoering van vrije prijsonderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders verantwoord is, mits (i) de risicoverevening adequaat is, (ii) ook voor dit type complexe zorg adequate prestatie-indicatoren worden ontwikkeld en (iii) anticompetitieve afwentelingseffecten – zoals kruissubsidiëring en koppelverkoop – vanuit gereguleerde productmarkten effectief kan worden tegengegaan. Van de drie onderscheiden deelmarkten zijn de risico's op marktfalen (te lage kwaliteit en/of te hoge prijs) op deze deelmarkt het kleinst en dus de kans op succesvolle marktwerking het grootst.

Ten aanzien van **productmarkt 3** zijn wij daarentegen van mening dat een verantwoorde liberalisering niet mogelijk is, tenzij (i) de risicoverevening sterk wordt verbeterd, (ii) adequate prestatie-indicatoren kunnen worden ontwikkeld en (iii) aan de vraagzijde effectieve belangenbehartigers ontstaan. Gelet op de kenmerken van de zorgvraag en het zorgaanbod op

---

<sup>34</sup> Zie bijvoorbeeld Varkevisser et al. (2003a en 2003b).

deze deelmarkt, is het niet waarschijnlijk dat aan deze voorwaarden kan worden voldaan. Bij de introductie van marktprikkels zou bovendien terdege rekening gehouden moeten worden met de omvangrijke externe effecten van een adequate zorgverlening aan de groep patiënten met een ernstige meervoudige zorgvraag die naast zorg in hun dagelijks functioneren ook behoefte hebben aan extra ondersteuning. Dit impliceert dat zelfs al zou aan de bovengenoemde voorwaarden kunnen worden voldaan, subsidiëring van deze zorg maatschappelijk gewenst zal zijn.

**Tabel 3:** Schematisch overzicht basisvoorwaarden gereguleerde concurrentie en de mate waarin daaraan voldaan is op de drie onderscheiden productmarkten.

	<b>Productmarkt 1:</b> GGZ voor kinderen en jeugdigen	<b>Productmarkt 2:</b> GGZ voor volwassenen/ouderen met een duidelijk gedefinieerde, veelal enkelvoudige zorgvraag en een adequaat functionerend steunsysteem	<b>Productmarkt 3:</b> GGZ voor volwassenen/ouderen met een ernstige meervoudige zorgvraag die in hun dagelijkse functioneren naast zorg ook extra ondersteuning nodig hebben
<b>Zorgverzekeringsmarkt</b>			
Adequate risicoverevening	Nog onduidelijk	Nog onduidelijk	Niet
Voldoende kritische verzekeren	Waarschijnlijk wel door de rol die ouderverenigingen (kunnen) spelen	Waarschijnlijk wel, zeker door de rol die patiëntenverenigingen en werkgevers (kunnen) spelen	Onwaarschijnlijk gezien de psychische stoornissen van de betreffende patiënten en de afwezigheid van adequate vertegenwoordigers, wellicht kunnen de sociale diensten een (beperkte) rol spelen
Adequate consumenteninformatie	Niet beschikbaar	Niet beschikbaar	Niet beschikbaar en ook uitermate lastig te realiseren, indien dergelijke informatie beschikbaar zou komen is het tevens zeer onwaarschijnlijk dat de betreffende patiënten dit gebruiken
<b>Zorginkoopmarkt</b>			
Eenduidige productdefinities	DBC's vanaf 2006	DBC's vanaf 2006	DBC's vanaf 2006, wel is het onduidelijk in hoeverre deze patiënten vooraf in de DBC-systematiek zijn onder te brengen
Integrale prijzen	Nee	Nee	Nee

Huidige marktaandeelen	Geconcentreerd, buiten de Randstad sterk geconcentreerd	Wat betreft brede GGZ-instellingen sterk geconcentreerd, maar tevens een groot aantal vrijgevestigden	Sterk geconcentreerd
Betwistbaarheid inkoopmacht	Op langere termijn beperkt als gevolg van te behalen schaal- en synergievoordelen bij gespecialiseerde GGZ-zorginkoop	Op langere termijn beperkt als gevolg van te behalen schaal- en synergievoordelen bij gespecialiseerde GGZ-zorginkoop	Gering door afwezigheid kritische verzekerden en als gevolg van te behalen schaal- en synergievoordelen bijgespecialiseerde GGZ-zorginkoop
Betwistbaarheid verkoopmacht	Op korte termijn gering wegens aanbodtekort en het vereiste netwerk aan voorzieningen  Op langere termijn mogelijk omdat mondige vragers (ouderverenigingen) bereid zijn om te switchen naar beter presterende zorgaanbieders	Kansrijk als gevolg van aanwezigheid en toetredingsmogelijkheden vrijgevestigde aanbieders	Gering doordat zorg alleen adequaat kan worden geleverd door brede GGZ-instellingen en meeste patiënten niet in staat zijn tot een weloverwogen keuze
Verdeling informatie prestaties	Onevenwichtig doordat verzekeraars en patiënten (nog) niet kunnen beschikken over adequate prestatie-indicatoren	Onevenwichtig doordat verzekeraars en patiënten (nog) niet kunnen beschikken over adequate prestatie-indicatoren	Problematisch doordat het niet goed mogelijk lijkt om adequate prestatie-indicatoren vast te stellen (complexe zorg)
<b>Invoering marktprikkels?</b>			
	Redelijke mogelijkheden, mits (i) de risicoverevening voldoende is, (ii) het huidige tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters op termijn kan worden opgelost, (iii) adequate prestatie-indicatoren worden ingevoerd en (iv) anticompetitieve afwentelingseffecten worden tegengegaan	Goede mogelijkheden, mits (i) de risicoverevening voldoende is, (ii) adequate prestatie-indicatoren worden ingevoerd en (iv) anticompetitieve afwentelingseffecten worden tegengegaan	Zeer moeilijk, aangezien (i) de betreffende GGZ-zorg niet of slechts in zeer beperkte mate contracteerbaar is, (ii) er slechts een klein aantal aanbieders is, (iii) er onvoldoende kritische vragers en verzekerden zijn en (iv) de positieve externe effecten van effectieve behandelingen bijzonder groot zijn

## Referenties

- Bartelings, H., R. Goudriaan en V. Thio (2004), Overheveling van de curatieve GGZ naar de Standaardverzekering. Een inventarisatie van de beschikbaarheid en de bruikbaarheid van gegevensbestanden voor een vereveningsmodel, Onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS, Aarts de Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE), Den Haag.
- Beenackers, M., W. Swildens en S. van Rooijen (2001), Naar een maatschappelijk steunsysteem in Utrecht: vijf speerpunten in het beleid voor mensen met langdurige psychische problemen, Trimbos-instituut, Utrecht.
- Bruinsma, J. (2005), Eerste collectieve contract voor langdurig zieke, de Volkskrant, 1 maart, blz. 9.
- Busch, A.B., R.G. Frank en A.F. Lehman (2004), The effect of a managed behavioral health carve-out on quality of care for Medicaid patients diagnosed as having schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 61(5), blz. 442-448.
- Busschbach, J.T. van, E. Visser, S. Sytema en P. Bastiaansen (2005), Zorg voor mensen met langdurige psychiatrische problematiek: onderzoek in een regio met een geïntegreerd GGZ-aanbod, RGOc-reeks, nr. 7, Rijksuniversiteit Groningen.
- CVZ (2004), CVZorgcijfers 1998-2003, College voor zorgverzekeringen, Diemen.
- Dijkgraaf, E. en M. Varkevisser (2004), Kosten en baten van toezicht op de doelmatigheid van drinkwaterbedrijven, OCFEB Research Memorandum 0404, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Dijkgraaf, E., S.A. van der Geest en M. Varkevisser (2005), Efficiëntie boven water, *Economisch Statistische Berichten*, 28 januari, blz. 34-35.
- Frank, R.G. en T.G. McGuire (2000), Economics and mental health, in A.J. Cuyler en J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics, Volume I*, blz. 893-954, Elsevier Science, Amsterdam.
- Garnick, D.W., A.M. Hendricks, K.E. Thorpe, J.P. Newhouse, K. Donelan en R.J. Blendon (1993), How well do Americans understand their health coverage?, *Health Affairs*, 12(3), blz. 204-212.
- Geest, S.A. van der, F.T. Schut en M. Varkevisser (2003), Eerlijk prijzen in de zorg, *Economisch Statistische Berichten*, 3 oktober, blz. 470-472.
- GGZ Nederland (2004a), De krachten gebundeld: ambities van de GGZ, Amersfoort.
- GGZ Nederland (2004b), Prestaties tellen in de GGZ, Amersfoort.
- GGZ Nederland (2005), DBC's geen belemmering voor overheveling GGZ per 1/1/2006, persbericht d.d. 2 februari 2005, Amersfoort.
- iBMG Manifest, 2002, Twintig zorgpunten over het toekomstige zorgstelsel, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam.
- IGZ (2002), Kwaliteit van zorg in de kinder- en jeugdpsychiatrie, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag.
- IGZ (2004), Jaarrapport 2003, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag.

- Kapur, K., A.S. Young en D. Murata (2000), Risk adjustment for high utilizers of public mental health care, *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3(3), blz. 129-137.
- KPMG (2002), Effecten van fusie en concentratie in de GGZ, Hoofddorp.
- Kremer, T.G. en E.L. Gesten (2003), Managed mental health care: the client's perspective, *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 34(2), blz. 187-196.
- Merrick, E.L. (1999), Effects of a behavioral health carve-out on inpatient-related quality indicators for major depression treatment, *Medical Care*, 37(10), blz. 1023-1033.
- Most, J.M. van der (2005), De Zorgverzekeringswet en de zelfverzekerde burger, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, nr. 1, blz. 17-39.
- NMa (2001), Besluit betreffende de zaken 590, 1570 en 1972, nummer 590/35, Den Haag.
- NMa (2004a), Rijngesest – Robert Fleury: besluit, nr. 3865/38, Den Haag.
- NMa (2004b), Visiedocument inkoopmacht, Nederlandse Mededingingsautoriteit, Den Haag.
- NMa (2004c), Visiedocument AWBZ-zorgmarkten, Nederlandse Mededingingsautoriteit, Den Haag.
- NMa (2004d), Visiedocument concurrentie in de ziekenhuissector, Nederlandse Mededingingsautoriteit, Den Haag.
- NVvP (1996), Profielschets psychiater, rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Utrecht.
- NVvP (2002), Opleidingseisen voor het verkrijgen van de aantekening kinder- en jeugdpsychiatrie, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Utrecht.
- NVVP (2005), Alarm privacy! NVVP adviseert psychotherapeuten te stoppen met vermelding diagnosecodes, Persbericht van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten, Utrecht, d.d. 29 maart 2005.
- Ormel, J., W. van den Brink, K. van der Meer, J. Jenner en R. Giel (1994), Prevalentie, signalering en beloop van depressie in de huisartspraktijk, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138(3), blz. 123-126.
- Perrott, L.A. (1998), When will it be coming to the large discount chain stores? Psychotherapy as commodity, *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(2), blz. 168-173.
- Prinsze, F.J., W.P.M.M. van de Ven, D. de Bruijn en F.T. Schut (2005), Verbetering risicoverevening in de zorgverzekering: van groot belang voor chronisch zieken, onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Reed, G.M., R.F. Levant, C.E. Stout en M.J. Murphy (2001), Psychology in the current mental health marketplace, *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(1), blz. 65-70.
- Salkever, D.S. en J.A. Shinogle (2000), Empirical evidence on the demand for carve-outs in employment group mental health coverage, *Journal of Mental Health Policy and Economics* 3(2), blz. 83-95.

- Schut, F.T., T. Laske-Aldershof en D. de Bruijn (2004), Effecten van de aanvullende ziekenfondsverzekering op de hoofdverzekering: een theoretische en empirische analyse, Een onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Sorensen, A.T. (2003), Insurer-hospital bargaining: negotiated discounts in post-deregulated Connecticut, *Journal of Industrial Economics*, 51(4), blz. 469-490.
- Tweede Kamer (1998), Geestelijke gezondheidszorg: brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 25424, nr. 6, Den Haag.
- Tweede Kamer (2003a), Curatieve zorg: brief van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 23619, nr. 19, Den Haag.
- Tweede Kamer (2003b), Acute zorg, 29247, nr. 1, Den Haag.
- Tweede Kamer (2004a), Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 29800 XVI, nr. 25, Den Haag.
- Tweede Kamer (2004b), Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen), 27659, nr. 47, Den Haag.
- Tweede Kamer (2004c), Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's): brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 29248, nr. 8, Den Haag.
- Varkevisser, M., S.A. van der Geest, F.T. Schut en E. Dijkgraaf (2003a), Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg: de deelmarkten spoedeisende zorg en electieve zorg in dagbehandeling, *Studies in Economic Policy*, nr. 11, OCFEB/iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Varkevisser, M., S.A. van der Geest en F.T. Schut (2003b), Concurrentie tussen Nederlandse ziekenhuizen: de deelmarkt voor reguliere klinische zorg, *Studies in Economic Policy*, nr. 13, OCFEB/iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vogelsang, I. (1999), Economic aspects of mental health carve-outs, *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2(1), blz. 29-41.
- VWS (2002), Geconcentreerd dereguleren. Onderzoeksnotitie naar bestaande concentraties en machtsposities in de zorg, Den Haag.
- VWS (2005a), Concept-besluit Zorgverzekering, Den Haag, 11 maart 2005.
- VWS (2005b), Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg, Den Haag.
- VWS (2005c), Gefaseerde invoering overheveling GGZ en DBC GGZ en overige invoeringsaspecten Zvw: brief aan de Tweede Kamer, Den Haag.
- Wennink, H.J., B. van Wijngaarden, C. Schoemaker, A.M.A. Brouwer, F.A.I. Kroon en M.E. Kanne (2004), Over het meten van de prestaties van de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang: een terreinverkenning, Trimbos-instituut en Zorg Consult Nederland, Utrecht.
- White, W.D. en M.A. Morrissey (1998), Are patients traveling further?, *International Journal of the Economics of Business*, 5(2), blz. 203-221
- Zweifel, P. (1994), Agency relationships in psychotherapy: an economic analysis, *Social Science and Medicine*, 39(5), blz. 621-628