

Gereguleerde marktwerking: geschikt voor de (gehele) ggz?

Probleemanalyse in opdracht van Parnassia Groep, de Nederlandse GGZ, CZ, DSW & VGZ

17 juli 2026

Erik Schut en Marco Varkevisser

Aanleiding

- De geestelijke gezondheidszorg (ggz) kampt met **structurele en operationele problemen** die de toegankelijkheid, kwaliteit en efficiëntie van de zorg belemmeren
- Eén van de grote problemen is de **lange wachttijd** voor behandeling van patiënten met matige tot zeer **complexe** problematiek
- Het probleem van de **wachtlijsten** wordt vaak in verband gebracht met de groeiende personeelstekorten in de zorg, maar ook meer **structurele oorzaken** spelen een rol
- Deze hebben te maken met de **wijze** waarop de ggz wordt georganiseerd, ingekocht en gefinancierd

Onderzoeksoopdracht en onderzoeksvraag

- In opdracht van Parnassia Groep, branche- en netwerkvereniging de Nederlandse ggz alsmede de zorgverzekeraars CZ, DSW en VGZ hebben wij een **onafhankelijke wetenschappelijke probleemanalyse** met een **gezondheidseconomische focus** uitgevoerd
- De fundamentele vraag die in dit onderzoek centraal staat luidt: **past de ggz (geheel of op onderdelen) binnen het systeem van gereguleerde marktwerking?**
- De verantwoordelijkheid voor de analyse en de conclusies ligt geheel bij de auteurs en weerspiegelen niet noodzakelijk de opvattingen van de opdrachtgevers

Onderzoeksaanpak

- Verkennende analyse op basis van (beleids)documenten
- Twaalf verdiepende semi-gestructureerde interviews met betrokkenen bij de (complexe) ggz die samen met de opdrachtgevers breed zijn geselecteerd voor een zo genuanceerd mogelijk beeld
 - Achtergrond geïnterviewden: diverse typen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntvertegenwoordigers, toezichthouders, overheid
 - Alle interviews zijn voor dit onderzoek gebruikt met toestemming van de betrokkenen, op persoonlijke titel en in vertrouwelijkheid

Onderzoeksaanpak

- Structurering van de bevindingen aan de hand van de volgende vier thema's:
 1. Vraag & aanbod
 2. Bekostiging & contractering
 3. Risicoverevening & prikkels voor zorginkoop
 4. Toezicht & transparantie

1. Vraag & aanbod

1. Vraag & aanbod: algemene observaties vraag naar ggz

- In **absolute zin** laat het aantal mensen dat zorg krijgt vanwege psychische klachten tussen 2017 en 2024 een **stijging** zien, maar afgezet tegen de bevolkingsgroei is sprake van een **relatieve daling** (IBO, 2025)

Tabel 2.1 Aantal gebruikers ondersteuning en zorg bij psychische klachten 2017 t.o.v. 2024.³³

AANTAL GEBRUIKERS	2017	2024
Zorg vanwege psychische klachten	1.387.000	1.574.000
Waarvan POH-ggz	608.000	765.000
Waarvan curatieve ggz	918.000	978.000
Waarvan specialistische ggz	545.000	641.000
Waarvan Wlz-ggz	6.000	32.000

³³ Vektis (2025a)

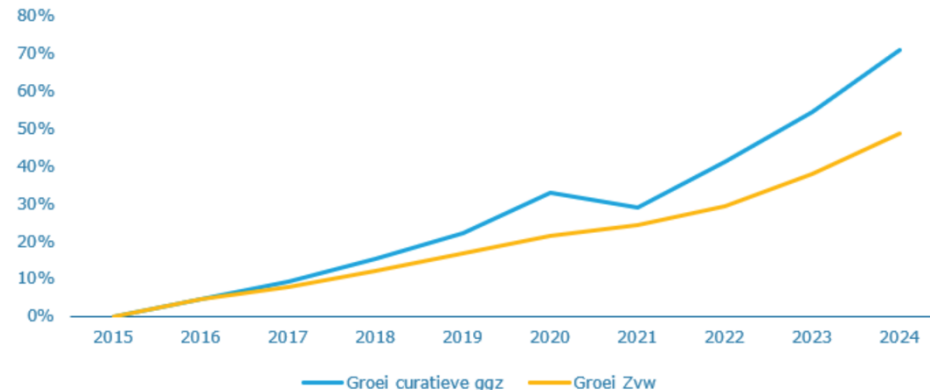
Opvallend is de sterke toename van het aantal gebruikers POH-ggz (die voor 2007 niet bestond) terwijl recent onderzoek uitwijst dat de beleidsmatig beoogde effecten hiermee niet worden gerealiseerd (Prudon, 2026).

- Wachttijdgegevens die sinds kort worden gebaseerd op declaratiedata van verzekeraars geven aan dat de **gemiddelde aanmeldwachttijd** voor de specialistische ggz in vrijwel alle regio's aanzienlijk **langer** is dan de norm; **bijna 50% wacht langer dan de Treeknorm** (Vektis, 2026c)

1. Vraag & aanbod: algemene observaties vraag naar ggz

- In de periode 2015-2024 zijn de uitgaven aan ggz harder gestegen dan de totale uitgaven in de Zvw
 - Het IBO (2025) merkt hierover op: *“Puur op basis van demografische ontwikkeling zou juist een lagere groei van de uitgaven aan curatieve ggz ten opzichte van de gehele Zvw verwacht mogen worden. Zorg en ondersteuning bij psychische klachten wordt immers relatief vaak aan jongere mensen geleverd.”*

Figuur 5.1: Percentuele groei (t.o.v. 2015) van uitgaven curatieve ggz ten opzichte van de gehele Zvw.¹⁹²



Ezafus

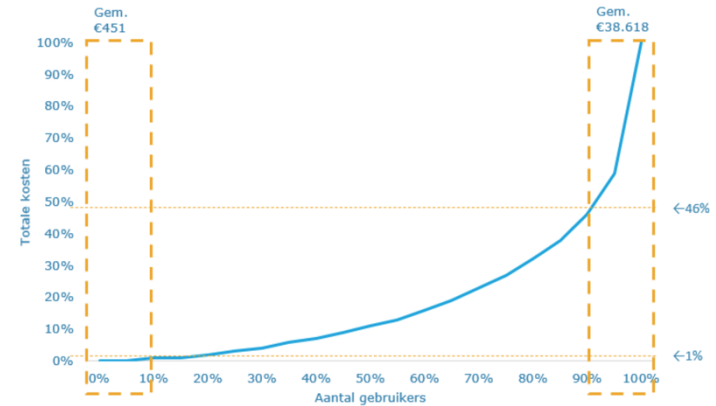
1. Vraag & aanbod: algemene observaties vraag naar ggz

- Gelet op de sterk stijgende ggz-uitgaven merkt het IBO (2025) op:

*“Meer middelen vrijmaken voor mensen met een intensievere hulpvraag door te korten op zorg bij lichte hulpvragen, zal alleen kunnen als het zorggebruik van een **grote groep gebruikers** met een lichte zorgvraag wordt beperkt.”*

- Maar hierbij moet wel worden aangetekend dat niet altijd duidelijk is of dat wat **gedeclareerd** wordt als intensieve zorgvraag ook **daadwerkelijk intensieve zorgvraag** betreft

Figuur 5.3: Aandeel gebruikers (x-as) en kosten (y-as) specialistische ggz, % 2019



Ezafus

1. Vraag & aanbod: algemene observaties aanbod van ggz

Vektis (2026a) laat voor (de ontwikkeling van) het aanbod het volgende zien:

- In 2024 zijn er bijna 5.000 ggz-zorgaanbieders die zorg declareren: 600 instellingen en 4.400 vrijgevestigde praktijken
- Van de vrijgevestigden zijn er 400 psychiaters en 4.000 andere psychologische zorgverleners
- De 600 instellingen (11,8% van de aanbieders) behandelen 77,6% van de patiënten en zijn goed voor 93,0% van de ggz-kosten
- De meeste patiënten krijgen zorg van 1 aanbieder; circa 12% ontvangt zorg van 2 of meer organisaties in hetzelfde jaar
- Sinds 2022 is het **aantal declarerende zorgaanbieders** met bijna **300 (6,2%) toegenomen**

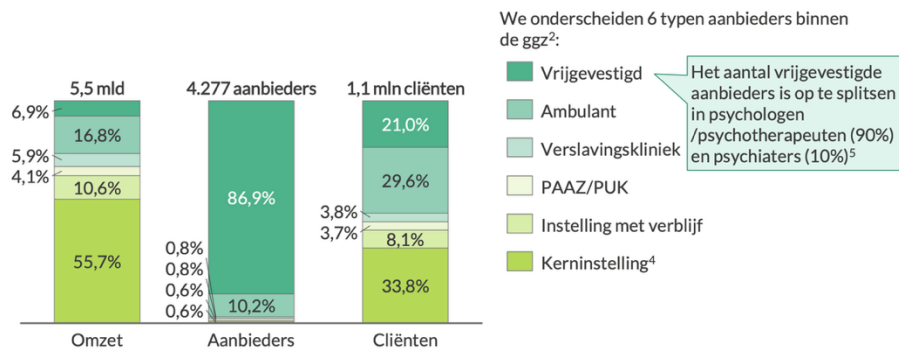


1. Vraag & aanbod: algemene observaties aanbod van ggz

- De 'feitenbasis' die Gupta (2026) recent, in opdracht van VWS, heeft opgesteld biedt een meer **gedetailleerd overzicht** van de **verschillende typen aanbieders** in de ggz en hun relatieve aandelen in termen van omzet, absolute aantallen en cliënten
- Hieruit blijkt o.a. dat deze relatieve aandelen per type aanbieder sterk verschillen

Typen aanbieders | Aandeel verschillende type aanbieders

ggz
Aandeel typen aanbieders in 1) omzet 2) aantal aanbieders^{1,2} 3) aantal cliënten³
[% omzet, % aanbieders, % cliënten, 2024]



1) Alleen instellingen met een omzet van ten minste EUR 10k worden meegenomen
2) Dit onderscheid is als volgt in de data aangebracht: geïntegreerde instellingen zijn instellingen die naast wijkverpleging ook verlosperstaties hebben geleverd. Vrijgevestigde ggz-professionals zijn aanbieders die ten minste 95% van consulten in de vrijgevestigde setting (SO1) hebben geleverd. De resterende instellingen zijn ambulante instellingen
3) Wanneer een cliënt door aanbieders uit meerdere categorieën zorg heeft ontvangen, telt de cliënt voor beide mee. Het totaal is daarom niet hetzelfde als het totaal van de doorsnede op contractingsstatus
4) Aangewezen instellingen voor coördinatie van het LZA in de regio
5) Voor psychologen/psychotherapeuten worden alle AGB-codes beginnend met een 9 gehanteerd, voor psychiaters alle AGB-codes beginnend met 03
Bron: declaratiedata ggz 2024 (Vektis/NZA), contractdata 2024 (ZNI), analyse Gupta Strategists

1. Vraag & aanbod: doelgroepen

- De vraag naar zorg vanwege psychische klachten is **zeer divers**
- Iedere **indeling in doelgroepen** brengt echter de nodige uitdagingen met zich mee; de precieze scheidslijnen zijn veelal **ambigu**
- Tijdens de interviews zijn verschillende (mogelijke) indelingen genoemd:
 - Niet-psychotisch | Psychotisch | Organisch
 - Regulier & planbaar | Complex & vaak langdurig
 - Basis | Specialistisch, waaronder EPA
 - Tijdelijke klachten | Lichte tot matige problematiek | (Zeer) ernstige psychiatrische aandoeningen
 - Common mental disorder (CMD) | Severe mental illness (SMI; EPA)
 - Ernstig vs. licht | As I vs. As II (DSM-V) | 'Restdoelgroep'
 - EPA | CMD: mono- of multidisciplinair | Jeugd
 - Cruciaal & complex ('EPA-achtig') | CMD | Licht (maar soms i.c.m. LVB en/of verslaving)

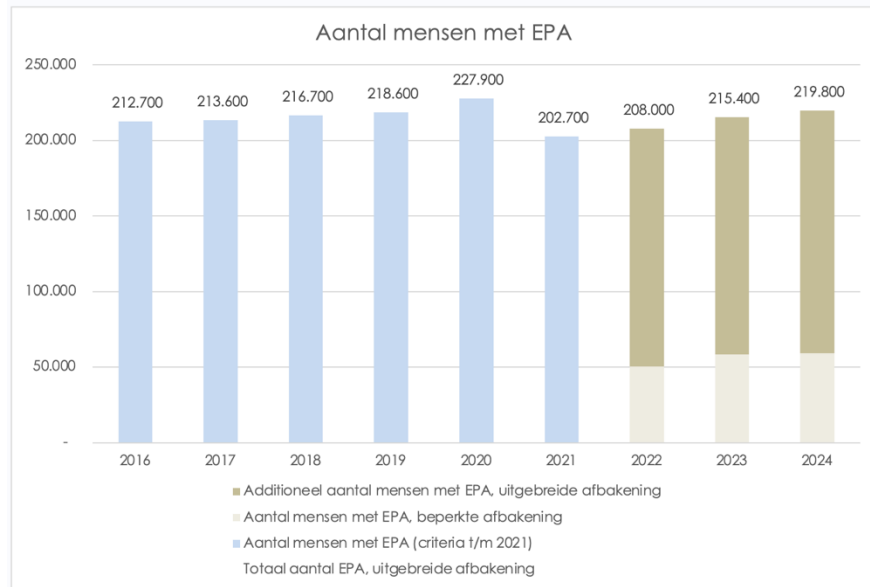
1. Vraag & aanbod: doelgroepen

- De groep met **Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA)** lijkt duidelijk afgebakend, maar ook die afbakening wordt tijdens de interviews ter discussie gesteld
 - Dit betreft bijv. de ernst van de aandoening vs. de lijdenslast van de patiënt, het bestaan van 'tussenlaag' tussen basis-ggz en EPA en het feit dat de Nederlandse definitie van EPA relatief smal is wanneer gezien vanuit internationaal perspectief
- Kortom, ook voor de zwaarste doelgroep **ontbreekt** het momenteel (nog steeds) aan een **breed gedragen, objectieve definitie**
- Daar komt bij dat de **groep mensen met EPA heel divers** is; de zorg en begeleiding die zij nodig hebben kan daardoor heel breed zijn (o.a. reguliere ggz, verslavingszorg, zorg en begeleiding vanuit gemeentes, maatschappelijke opvang, forensische zorg)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Erasmus'.

1. Vraag & aanbod: EPA

- Uit tellingen van Vektis (2026b) blijkt dat het **aantal mensen met EPA**, na de overgang naar het ZPM in 2022, **tussen 208.000 en 219.800 per jaar ligt**
 - Deze aantallen zijn vergelijkbaar met de aantallen van 2016-2021
 - Door de overgang van DBC's naar het ZPM zijn er (administratieve) effecten in de declaratiedata waardoor geen uitspraken gedaan kunnen worden of het aantal mensen met EPA structureel toe- of afneemt



1. Vraag & aanbod: cruciale ggz

- Ook wat wel/niet tot de **cruciale ggz** dient te worden gerekend is momenteel **niet scherp afgebakend**, maar in beginsel betreft dit een (diffuse) groep met zeer complexe patiënten met een multidisciplinaire zorgvraag
- High & Intensive Care (**HIC**)- en Intensive Home Treatment (**IHT**)-voorzieningen zijn belangrijke onderdelen van de cruciale ggz
- Binnen de cruciale ggz laten vooral de **FACT-teams** voor outreachende zorg een grote verscheidenheid zien in de wijze van organisatie en doelgroepen waarop zij zich richten, wat leidt tot een grote variatie in zorggebruik en geringe voorspelbaarheid (Trimbos, 2026)
- Recent heeft de **NZa** (2026) in een verkenning m.b.t. mogelijke budgetbekostiging voor deze voorzieningen geconstateerd dat het ook bij dit onderdeel van de ggz voorslagnog **ontbreekt** aan een **goede afbakening** en **duidelijk normenkader**

1. Vraag & aanbod: zorgvraagtypering

- Als onderdeel van het ZPM is vanaf 2022 zorgvraagtypering ingevoerd in de ggz, waarbij de **regiebehandelaar** bepaalt wat het **juiste zorgvraagtype** is
- Adviescommissie zorgvraagtypering ggz (2025) concludeert dat **huidige model nog niet geschikt** is voor zorginkoop omdat het onvoldoende onderscheid maakt tussen lichte en zware klachten
 - Zorgvraagtype verklaart slechts 17,6% van variantie in behandelinzet
- In de **interviews** wordt deze conclusie bevestigd:
 - Zorgvraagtypering is weliswaar een verbetering t.o.v. alleen diagnose, maar afstemming op echte zorgzwaarte schiet tekort $\Rightarrow$ huidige typering is onvoorspelbaar en te grofmazig
 - Hierdoor biedt het beperkte controlemogelijkheden voor verzekeraars
 - En is het (zeer) beperkt bruikbaar voor onderlinge vergelijking aanbieders en sturing, want onvoldoende betrouwbaar en onvoldoende gevalideerd

1. Vraag & aanbod: belangrijke ontwikkelingen

- Medicalisering en beperkte aandacht voor sociale context lijkt, met name onder jongeren, te hebben geleid tot extra vraag naar ggz (IBO, 2025)
- Hoewel in omvang stabiel kunnen patiënten met de meest complexe multiproblematiek in de praktijk lang niet overal (tijdig) terecht
- In de interviews zijn hiervoor verschillende oorzaken genoemd
 - Exclusiecriteria (m.n. bij ambulante aanbieders)
 - Beperkte capaciteit bij kerninstellingen $\Rightarrow$ belangrijke oorzaken:
 1. Forse beddenreductie als gevolg van vergaande ambulantisering
 2. Personeelstekorten door afhaken van medewerkers vanwege zware werkomstandigheden (en 'prettiger' werk elders)
= neerwaartse spiraal

In het AZWA (C6) is afgesproken dat zorgaanbieders vanaf 2026 stoppen met het hanteren van exclusiecriteria, "behalve wanneer dit strikt noodzakelijk is voor zorginhoudelijk te onderbouwen uitzonderingsgevallen."



1. Vraag & aanbod: belangrijke ontwikkelingen

- In de interviews is vaak genoemd dat een (groeierende) groep **hoogopgeleide professionals** zich als **vrijgevestigd** behandelaars primair bezighouden met het verlenen van **lichte/monodisciplinaire zorg** in hun eigen ambulante setting
- Dit maakt de **bezetting van crisisdiensten**, vooral buiten de Randstad, **problematisch**
- **Hoogspecialistische ggz** is sterk geconcentreerd en dus **niet bij alle kerninstellingen beschikbaar** ⇒ in de interviews zijn hiervoor verschillende oorzaken genoemd:
 1. Sommige hoogspecialistische zorg is **financieel onrendabel** (en vergt dus kruissubsidiëring)
 2. Deze zorg is moeilijk te organiseren vanwege zware casuïstiek en (zeer) hoge **werkdruk**
 3. Deze zorg vraagt om **specialistische expertise** die onder druk staat vanwege toenemende vraag naar generalistische professionals



1. Vraag & aanbod: (on)gelijk speelveld

- Grote (kern)instellingen staan relatief sterk in de onderhandelingen met verzekeraars
- Geen bewijs dat niet-gecontracteerde aanbieders innovatieve zorg leveren en/of bijdragen aan substantieel terugdringen wachtlijsten (voor complexe patiënten)
- Vrijgevestigde aanbieders geven in de interviews aan zich kwetsbaar te voelen en een ongelijk speelveld te ervaren, bijvoorbeeld door de generieke contractvoorwaarden die verzekeraars hanteren (o.a. verplicht aanbod digitale zorg, verplichte groepstherapie en verplichte crisisdiensten buiten de eigen regio)
- Zorgverzekeraars en instellingen geven daarentegen aan juist een ongelijk speelveld te ervaren omdat vrijgevestigde behandelaren zich kunnen onttrekken aan maatschappelijk belangrijke taken, zoals ANW- en crisisdiensten en levering van zorg aan cliënten met complexe, meervoudige zorgvraag

1. Vraag & aanbod: conclusies

- Vraag en aanbod zijn sterk **gedifferentieerd** en **gefragmenteerd** over domeinen
- **Eenduidige** zorgvraagtypering, doelgroepafbakening, toegangsnormen en zicht op beschikbare capaciteit **ontbreekt**
- Hierdoor kunnen aanbieders en verzekeraars **onvoldoende sturen** op passende allocatie van schaarse capaciteit
- Bovendien is het voor hoogopgeleide professionals **aantrekkelijker** om **relatief lichte zorg** te verlenen dan complexe, multidisciplinaire zorg
- Het gevolg is dat vraag en aanbod **onvoldoende op elkaar aansluiten**, wat met name problematisch is voor patiënten met complexe problemen

2. Bekostiging & contractering

2. Bekostiging & contractering: DBCs (tot 2022)

- Tot 2022 bekostiging op basis van **DBC's**: een gemiddeld bedrag per Diagnose-Behandel-Combinatie (= een gemiddeld zorgpakket per diagnose)
- Probleem: **onduidelijke relatie tussen diagnose en behandeling** (aard, type behandelaar, duur en intensiteit), met als gevolg een grote **heterogeniteit** aan patiënten en behandelaars per DBC
- Gevolgen: prikkels voor strategisch gedrag zorgaanbieders
 - Levering van relatief **lichte zorg per DBC** door relatief **goedkope professionals** in een relatief **goedkope setting** (Algemene Rekenkamer, 2024)
 - Prikkels voor **upcoding** naar duurder DBCs
 - Clustering **behandelduur** nabij vergoedingsdrempels (Douven et al., 2015)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Erasmus', is located in the bottom right corner of the slide.

2. Bekostiging & contractering: ZPM (vanaf 2022)

- Onvrede heeft geleid tot invoering **Zorgprestatiemodel (ZPM)** in 2023
- **ZPM**: bekostiging op basis van **individuele zorgprestaties**, waarbij tarief afhangt van **type zorgprofessional** en **behandelomgeving**
- Zorgprestaties zouden moeten worden gekoppeld aan **zorgvraagtypering**, maar dat is vooralsnog **niet** van de grond gekomen

2. Bekostiging & contractering: ZPM (vanaf 2022)

- Problemen rondom **adequate bekostiging** zorgprestaties
 1. Onduidelijk of **hoog gekwalificeerde** (en best betaalde) zorgprofessionals ook **daadwerkelijk zware zorg** verlenen
 2. Tarief is **onvoldoende gedifferentieerd** voor de vaak substantiële **indirecte kosten** in geval van **complexe zorg**
 3. Duidelijke **afbakening** en **normenkaders** ontbreken (bijv. voor HIC/IHT; zie NZa, 2026)
 4. **Geen normering** van het aantal geleverde zorgprestaties mogelijk **zonder inzicht** bij zorginkopers in **nut en noodzaak** van type en aantal behandelingen
- Gevolg: sterke **prikkels voor (hooggekwalificeerde) professionals** voor het leveren van relatief **lichte zorg**, wat bij **grotere instellingen** leidt tot **verzwaring van de zorgvraag** en **uitstroom van personeel** naar kleinere aanbieders of zelfstandige praktijken (IBO, 2025)



2. Oplossingen voor problemen ZPM?

- **Zorgvraagtypering** moet duidelijkheid verschaffen in relatie tussen zorgvraag en behandeling maar blijkt vooralsnog onvoldoende
- **Omzetplafonds** zijn ingesteld om de kosten te kunnen beheersen bij gebrek aan eenduidige relatie tussen zorgvraag en behandeling
- Enerzijds kunnen omzetplafonds voor ambulante instellingen ertoe leiden dat er **meer (macro)budget overblijft** voor zorg voor complexe ggz-patiënten in kerninstellingen (zonder omzetplafonds langere behandelzeiten)
- Anderzijds kunnen omzetplafonds ambulante ggz-instellingen aanzetten tot het hanteren van **exclusiecriteria** om relatief complexe, onrendabele patiënten te weren om zo binnen het omzetplafond te blijven



2. Contracteerbaarheid van (complexe) ggz

- Marktordening in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is gebaseerd op **contractuele afspraken** tussen verzekeraars en zorgaanbieders over prijs, volume en kwaliteit
- Dit veronderstelt **voldoende informatie** over de diagnose, behandeling en uitkomsten van zorg en de **relatie** daartussen (Van de Ven et al., 2013; IBO, 2025)
- Probleem: aan deze veronderstelling wordt (vooralsnog) **niet voldaan** voor het merendeel van de ggz, in het bijzonder voor de (meest) complexe ggz (meervoudige problematiek); zie bijv. IBO (2025) en Van Oenen (2025)
- Gevolg: zorgverzekeraars kunnen via contractering **niet goed sturen** op **allocatie** van capaciteit (lichte vs. zware zorg), **wachttijden** per doelgroep en **uitkomsten** van zorg



2. Niet-gecontracteerde zorg

- Het **aantal vrijgevestigde praktijken** is de afgelopen jaren sterk toegenomen (IBO, 2025; Vektis, 2026)
- Een gedeelte hiervan sluit **bewust geen contract** met zorgverzekeraars: aandeel niet-gecontracteerde zorg in ggz-zorguitgaven = 6,8% in 2024 (Vektis, 2026b)
- Redenen hiervoor volgens geïnterviewden:
 - Contractvoorwaarden worden **niet aantrekkelijk** gevonden ('tekenen bij het kruisje')
 - Geleverde zorg wordt ook zonder contract **grotendeels of geheel vergoed**

2. Niet-gecontracteerde zorg

- Probleem: **geen afspraken** over prijs, volume (omzetplafond) en kwaliteit (voor zover mogelijk gelet op de beperkte kwaliteitsinformatie)
- Gevolg: fors **hogere gedeclareerde behandeltijd** voor monodisciplinaire zorg volgens zorgverzekeraars (genoemd in interview o.b.v. cijfers: “*factor 1,5 tot 2*”)
- **Onduidelijk** is of de langere behandeltijd leidt tot **betere uitkomsten**
 - Douven et al. (2019) vinden indicaties voor het tegendeel

2. Actualiteit: afschaffen vergoeding niet-gecontracteerde zorg

Beleidsvoornemens (VWS, 2026a en 2026b):

- Zorgverzekeraars moeten sterker gaan **sturen op beschikbaarheid van passende zorg**
- Zorgplicht van zorgverzekeraars wordt verduidelijkt
- NZa houdt toezicht op naleving van de zorgplicht
- Zorgverzekeraars moeten (voldoende) zorgaanbieders contracteren
 - Dit betreft nadrukkelijk *“ook aanbieders van passende zorg die nu niet gecontracteerd zijn of die met nieuwe, passendere vormen van zorg bijdragen aan de opgave - als de toegankelijkheid van passende zorg voor hun verzekerden daarom vraagt”*
- De nu nog verplichte vergoeding van niet-gecontracteerde zorg wordt afgeschaft
- Ook worden voorwaarden ingevoerd voor verantwoord ondernemerschap (Wibz) en worden mogelijkheden gecreëerd voor betere tariefdifferentiatie in de contractering

2. Bekostiging & contractering: lichte vs. zware zorg

- Uit de interviews met de diverse stakeholders komt – in lijn met de bevindingen van het IBO-rapport – vrij eenduidig het beeld naar voren dat de prikkels in de bekostiging voor het verlenen van lichte zorg ten koste van zware zorg onvoldoende kunnen worden tegengaan via de contractering door verzekeraars
- Hiervoor worden verschillende redenen genoemd
 - Zorgaanbieders hebben geen zorgplicht en kunnen exclusiecriteria hanteren waar zorgverzekeraars geen zicht op hebben
 - Strengere en handhaafbare regels rondom de behandelduur in de lichte zorg ontbreken
 - Aanbieders van lichte zorg kunnen zich te gemakkelijk vestigen en zich onttrekken aan ANW- en crisisdiensten
 - Voor aanbieders van lichte zorg is het vaak voordelig om geen contract met een zorgverzekeraar af te sluiten
 - Levering lichte zorg (monodisciplinair) door regiebehandelaar is aantrekkelijk omdat regiebehandelaar hoogste tarief heeft

2. Bekostiging & contractering: conclusies

- De **relatie** tussen zorgvraag, behandelintensiteit, kosten en uitkomsten is **niet helder**
- De **bekostiging** kan daarom **onvoldoende** worden afgestemd op de **zorgzwaarte**
- Ook kunnen verzekeraars daarom **via contractering onvoldoende sturen** op kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid,
- Dit draagt bij aan de **disbalans tussen lichte en zware zorg**, wat vooral ten koste gaat van de complexe, multidisciplinaire ggz

3. Risicoverevening & prikkels voor zorginkoop

3. Risicoverevening & prikkels voor zorginkoop

- Een **risicovereveningssysteem** moet verzekeraars **compenseren** voor **voorspelbare** winsten en verliezen ten opzichte van de door de overheid vastgestelde rekenpremie (= doorsneepremie per volwassene)
- Er zijn **3 verschillende** risicovereveningsmodellen:
 1. voor somatische kosten,
 2. voor **ggz-kosten**
 3. voor kosten onder het eigen risico
- De vereveningsbedragen worden **vooraf (ex ante)** bepaald (jaar t-1)

3. Risicovereveningmodel ggz-kosten 2026

- Het ggz-model kent 8 vereveningscriteria met in totaal 130 klassen, waaronder specifiek voor ggz: **farmaciekostengroepen** (n = 10), **diagnosekostengroepen** (n = 17) en meerjarig hoge/lage kosten (n = 8)
- **Hoge Kosten Compensatie (HKC)**: voor verzekerden met extreem dure ggz-kosten (0,5% met hoogste kosten, >€100.495 p.j. in 2026) wordt 90% achteraf volledig vergoed
- **Tijdelijke bandbreedteregeling** (sinds 2024): bij afwijkingen van +10/-10 euro per verzekerde ten opzichte van gemiddeld resultaat wordt eveneens 90% achteraf volledig vergoed

3. Kosten (complexe) ggz moeilijk voorspelbaar

- Geen sterk **onderscheidend patiëntenprofiel** voor de groep ggz-patiënten met zeer hoge kosten
- Geen **stabiel (voorspelbaar) kostenpatroon** voor verzekerden met terugkerende psychische problematiek en met afwisselend intramuraal en ambulant zorggebruik
- Geen eenduidige (voorspelbare) **relatie tussen diagnose en behandelduur** voor complexe ggz-patiënten
- Problemen voorspelbaarheid deels gemitigeerd door compensaties achteraf: **HKC** en (tijdelijke) **bandbreedteregeling** *⇒ zie vorige slide*



3. Evaluatie risicoverevening 2026 voor ggz

- Van Kleef et al. (2026) hebben de **kwaliteit** van de **risicoverevening ggz** geëvalueerd door voorspelde zorgkosten op basis van risicoverevening te vergelijken met de voorspelde zorgkosten op basis van:
 - A. **Diagnose-informatie** (1,5 mln patiënten) in Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: op basis van International Classification of Primary Care (ICPC)
 - B. **Zelf-gerapporteerde gezondheid** (360k patiënten) in Gezondheidsmonitor 2022

3. Evaluatie risicoverevening 2026 voor ggz

- Belangrijkste conclusies van deze evaluatie:
 1. Verzekeraars worden worden substantieel ondercompenseerd voor subgroepen verzekerden met een minder goede psychische gezondheid
 2. Ondercompensaties betreffen zowel ggz-kosten als somatische kosten
 3. Ondercompensaties lopen op met de ernst/complexiteit van de psychische aandoeningen
 4. HKC (hoge kosten compensatie) en CR (contrained regression) hebben beperkt effect op ondercompensatie verzekerden met (zware) psychische klachten

3. Resultaten evaluatie risicoverevening ggz (ICPC-selectie)

Psychische ICPC diagnose	Aandeel in Zvw- populatie	Vereveningsresultaat* (gemiddelde winst/verlies per verzekerdenjaar (euro))			
		somatisch model	ggz model	eigen risico model	totaal
Angststoornis	2,5%	-81	-170	+31	-220
Depressie	2,8%	-117	-273	+30	-360
Persoonlijkheidsstoornis	1,4%	-163	-296	+28	-430
Schizofrenie	0,3%	326	-978	+19	-633
Affectieve Psychose	0,2%	-244	-1446	+41	-1649
Suïcidepoging	0,1%	-1380	-2353	+39	-3694
≥ 1 Psychische diagnose	20,8%	-135	-104	26	-213

3. Resultaten evaluatie risicoverevening ggz (Gezondheidsmonitor)

Psychische klachten volgens Mental Health Inventory (MHI-5)*	Aandeel in Zvw-populatie**	Vereveningsresultaat** (gemiddelde winst+)/verlies(-) per verzekerdenjaar (in euro)			
		somatisch model	ggz model	eigen risico model	totaal
Geen psychische klachten	60,3%	+85	+65	-4	+147
Lichte psychische klachten	10,3%	-69	38	+16	-16
Matige psychische klachten	3,3%	-165	-178	+27	-317
Ernstige psychische klachten	2,3%	-486	-1445	+38	-1893

* De 'Mental Health Inventory 5' is een internationale standaard voor een specifieke meting van de psychische gezondheid, met 5 vragen en 6 antwoordcategorieën op basis waarvan ernst psychische klachten wordt bepaald.

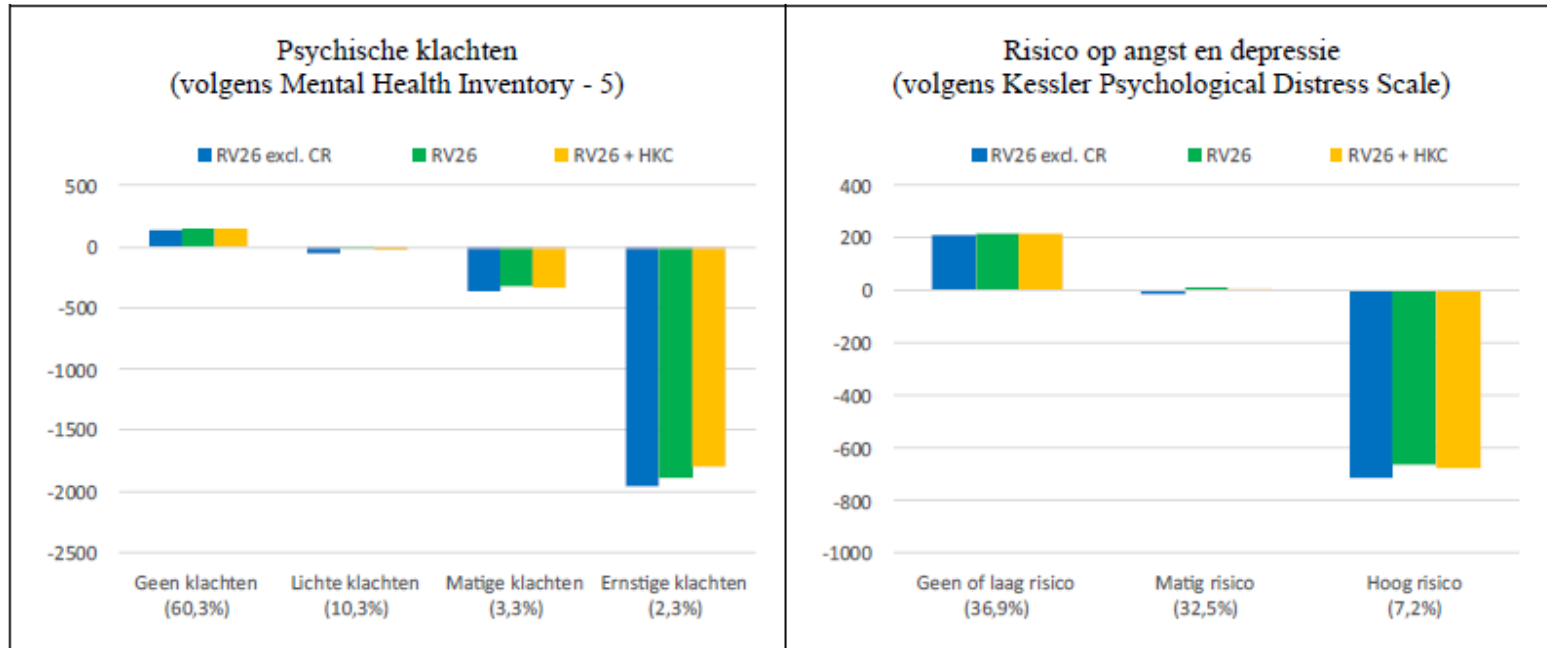
** Aandeel telt niet op tot 100% wegens herweging naar totale populatie en ontbrekende antwoorden

*** Exclusief HKC, exclusief bandbreedteregeling, inclusief CR in somatisch model

Bron: Van Kleef et al., 2026



3. Resultaten evaluatie risicoverevening ggz* (Gezondheidsmonitor)



* Aandeel telt niet op tot 100% wegens herweging naar totale populatie en ontbrekende antwoorden // Bron Van Kleef et al. (2026)

3. Risicoverevening & prikkels zorginkoop: interviews (1)

- De meeste zorgverzekeraars zien **geen negatieve invloed** van risicoverevening op de feitelijke zorginkoop van complexe ggz
- Hiervoor worden door zorgverzekeraars verschillende **redenen** genoemd:
 - Belang van hun **sociale missie** (= toegankelijkheid waarborgen voor iedereen)
 - Er is een wettelijke taak (= **zorgplicht**)
 - Er is **onvoldoende informatie** over doelgroepen en wachtlijsten om aan risicoselectie te doen (*“Zelfs al zouden we het willen...”*)

3. Risicoverevening & prikkels zorginkoop: interviews (2)

- Niettemin wordt het tekortschieten van de risicoverevening door zorgverzekeraars **problematisch** genoemd
 1. Het verschaft hen **verkeerde prikkels**
 2. Het leidt tot **maatschappelijke discussie** over de mogelijke negatief effecten
 3. Het kan leiden tot een **ongelijk speelveld** tussen verzekeraars als verzekerden met zware psychische klachten ongelijk verdeeld zijn/worden over de verschillende zorgverzekeraars (bijv. als deze verzekerden een voorkeur hebben voor bepaalde verzekeraars vanwege een ruimer inkoopbeleid)

A stylized, handwritten-style logo of the word "Erasmus" in a dark grey or black color, located in the bottom right corner of the slide.

3. Risicoverevening & prikkels zorginkoop: interviews (3)

- Geïnterviewde zorgaanbieders en patiëntvertegenwoordigers geven aan een **onvoldoende beeld** te hebben van de **invloed van risicoverevening** op het feitelijke zorginkoopgedrag van verzekeraars in de praktijk
- Wel geven sommige geïnterviewde stakeholders aan dat de negatieve prikkels die uitgaan van de risicoverevening **mogelijk van negatieve invloed** zijn (geweest)
 - Mate en wijze van ggz-contractering
 - Hoogte van de tarieven en de omzetplafonds
 - Lengte van de wachttijden
 - Mate van innovatie (bijv. geen inkoop van bepaalde nieuwe prestaties zolang deze nog niet in de risicoverevening zijn verwerkt)

A stylized, handwritten-style logo of the word "Erasmus" in a dark grey or black color.

3. Risicoverevening & prikkels zorginkoop: conclusies

- Risicoverevening voor **complexe ggz** is **fors verliesgevend** voor verzekeraars
- De oorzaak hiervan is het **ontbreken van adequate gegevens** over relevante verzekerdenkenmerken die het zorggebruik en kosten van (complexe) ggz goed kunnen voorspellen
- Dit geeft verzekeraars in theorie **ongewenste prikkels voor risicoselectie** en **onvoldoende prikkels voor goede zorginkoop** voor complexe ggz-patiënten
- Bovendien kan leiden tot een **ongelijk speelveld** tussen verzekeraars als verzekerden met complexe ggz ongelijk over hen verdeeld zijn, bijvoorbeeld als sommige verzekeraars voor hen **aantrekkelijkere voorwaarden** bieden



4. Toezicht & transparantie

4. Toezicht & transparantie: zorgplicht zorgverzekeraars

- Het toezicht van de NZa betreft **inspanning en proces**
 - Stelt een verzekeraar alles in het werk om aan de zorgplicht te voldoen?
 - Verzekeraars geven aan daarbij afhankelijk te zijn van externe randvoorwaarden
 - Bedoeling: meer proactieve wachtlijstbemiddeling i.p.v. vooral reactief
- Verzekeraars ervaren **moeilijkheden** m.b.t. het kunnen voldoen aan de **zorgplicht**
 - Beperkte informatie en instrumenten om gerichte acties te ondernemen per doelgroep
- **Onevenwichtigheid**: er geldt geen zorgplicht voor aanbieders, terwijl ook zij een cruciale verantwoordelijkheid hebben $\Rightarrow$ (dreigende) discontinuïteit door eenzijdige sluiting van (klinische) afdelingen
- **Effectiviteit** van het huidige toezicht van de NZa op de zorgplicht wordt, door vrijgevestigde behandelaren, **bekritiseerd**



4. Toezicht & transparantie: wachttijden

- Informatie over wachttijden, zeker per doelgroep, ontbreekt (of is onbetrouwbaar)
 - Patiënten staan op meerdere wachtlijsten en wachten soms op specifieke aanbieder
 - (Vrijgevestigde) aanbieders kunnen wachttijd kunstmatig kort laten lijken
- Geaggregeerd regionaal/landelijk beeld over beschikbare capaciteit ontbreekt
⇒ zowel aanbieders als verzekeraars zijn afhankelijk van de eigen gegevens
 - Gegevensuitwisseling wordt belemmerd door de privacyregels
- Voor de groep patiënten met (zeer) complexe aandoeningen komt in de interviews een diffuus beeld naar voren
 - Enerzijds wordt gesteld dat er voor hen soms helemaal geen passend aanbod is
 - Anderzijds wordt gesteld dat bij acute crises eigenlijk altijd plek wordt gevonden

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Erasmus'.

4. Toezicht & transparantie: wachttijden

- In de interviews is genoemd dat de ‘**wachtlijstcrisis**’ cijfermatig primair speelt bij de **lichtere zorg**
 - Voor die groep van patiënten zijn relatief lange wachttijden vanuit het perspectief van schaarse capaciteit wellicht zelfs wenselijk
- Wel wordt in de interviews erkend dat een **relatief kleine subgroep met ernstige aandoeningen** nu **te lang** op behandeling moet wachten
 - Dit betreft hoogspecialistische behandelingen (bijv. zware autisme-casuïstiek) met lage volumes die zeer belastend zijn voor de zorgprofessionals (en onvoldoende goed bekostigd worden binnen de Zvw)
 - Afgelopen jaren zijn afdelingen/klinieken voor deze patiënten afgebouwd zodat de beschikbare capaciteit niet toereikend meer is



4. Toezicht & transparantie: wachttijden

- De meest recente factsheet van de NZa (2026b) laat zien dat de wachttijden in de ggz, met name de behandelwachttijd, relatief stabiel zijn waarbij de **landelijk gewogen gemiddelde behandelwachttijden** in heel 2024 en 2025 stabiel net **onder de Treeknorm** liggen
- De **landelijk gewogen gemiddelde aanmeldwachttijd** ligt wel steeds **boven de Treeknorm** van 4 weken en varieert tussen de 12 en 18 weken
- Sinds **1 januari 2026** brengt de NZa wachttijden in kaart via **declaratie-data**
 - Naast voordelen (uniforme meetmethode, geen dubbeltellingen) kent deze aanpak ook nadelen (alleen terugkijkend, vertekening door ‘wenswachtenden’)
 - Het openbare dashboard met retrospectieve wachttijden in de ggz is sinds 6 juli 2026 te vinden op de website van Vektis (2026c)



4. Toezicht & transparantie: wachttijden

- In de interviews is erop gewezen dat de **huidige treeknormen te generiek** zijn
 - Dezelfde gemiddelde wachttijd voor zware zorg als voor lichte zorg
 - Afspraak in AZWA om tot differentiatie te komen
- Ook is benoemd dat het **wel/niet halen** van de Treeknormen meer gezien zou kunnen gaan worden als het wel/niet voldoen aan een **kwaliteitsnorm** bij aanbieders (met dan ook het bijbehorende toezicht door de IGJ)

4. Toezicht & transparantie: kwaliteit

- **Informatie** over kwaliteit en uitkomsten is **(zeer) beperkt** beschikbaar
 - Initiatieven gericht op meer transparantie stuiten op privacyregels, wantrouwen, gebrek aan gegevens en consensus over relevante (uitkomst)indicatoren en technische/organisatorische problemen
- Beschikbare informatie is nuttig om trends in kaart te brengen, maar **niet geschikt** om gericht **te sturen**
- Sterkere focus op **structuur- en procesindicatoren** is tijdens de interviews geopperd als **'second best'**

4. Toezicht & transparantie: conclusies

- Effectief toezicht op marktwerking, toegankelijkheid en kwaliteit is lastig door gebrek aan transparantie
- Hierdoor is het ook lastig om zorgverzekeraars effectief te houden aan hun zorgplicht
- Temeer daar zorgaanbieders geen zorgplicht hebben maar vooral ambulante instellingen wel prikkels en mogelijkheden hebben om doelgroepen die complexe zorg nodig hebben geen zorg te verlenen
- Het probleem van het gebrek aan transparantie voor effectief toezicht wordt versterkt door lage toetredingseisen voor vrijgevestigde aanbieders

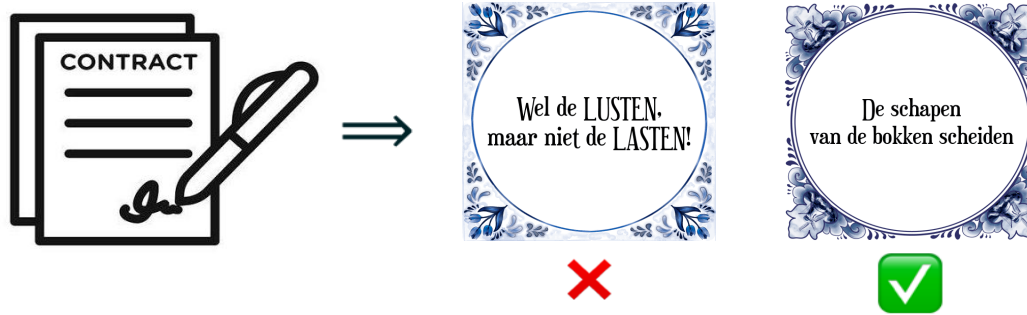
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Erasmus'.

Erasmus School of
Health Policy
& Management

Conclusies

Conclusies (1)

- Orderingsmodel van **gereguleerde marktwerking** is gebaseerd op **contractenstelsel** waarbij individuele zorgverzekeraars voor hun verzekerden contractuele afspraken maken met individuele zorgaanbieders over prijs, kwaliteit en volume en organisatie van zorg



- Voor een **adequate werking** van dit orderingsmodel (= contractuele afspraken die leiden tot effectieve, doelmatige en toegankelijke ggz) moet worden voldaan aan een aantal **cruciale randvoorwaarden**

Conclusies (2)

- Aan een groot aantal **cruciale randvoorwaarden** voor **gereguleerde marktwerking** wordt (vooralsnog) **niet voldaan**:
 - Voldoende helderheid (afbakening) zorgaanspraken
 - Voldoende inzicht bij contractpartijen in aard en zorgzwaarte van de zorgvraag
 - Voldoende duidelijkheid (normen) over de relatie zorgvraag en behandeling
 - Voldoende inzicht bij contractpartijen en verzekeren in uitkomsten van zorg
 - Adequate prikkels in de bekostiging van zorgaanbieders
 - Adequate risicoverevening voor zorgverzekeraars
 - Eenduidige normen (kaders) voor de contractering
 - Adequate toelatingseisen zorgaanbieders
 - Adequaar toezicht op aard en inhoud contractuele afspraken
- Dit geldt in meer of mindere mate voor bijna de **gehele ggz** maar, vanwege de grote mate van **heterogeniteit**, bij **uitstek** voor de **complexe ggz**

Conclusies (3)

- In de huidige situatie bestaat een **disbalans** tussen laag-complexe en complexe ggz, wat vooral bij **complexe ggz** tot **toegankelijkheidsproblemen** leidt
- Kortom, omdat aan cruciale randvoorwaarden voor **gereguleerde marktwerking** in de ggz niet wordt voldaan **werkt dit ordeningsmodel momenteel niet** zoals beoogd
- Daarnaast achten wij vooral voor de **complexe, multidisciplinaire ggz** de **kans klein** dat binnen afzienbare tijd afdoende aan deze **cruciale randvoorwaarden** kan worden voldaan
- Zo is een door ons geraadpleegde expert op het terrein van de risicoverevening niet optimistisch over de **haalbaarheid van adequate risicoverevening** voor meervoudige complexe ggz-behandelingen



Conclusies (4)

- Dit betekent dat voor de complexe, multidisciplinaire ggz (i) aanvullende **ordenings- en beschikbaarheidswaarborgen** nodig zijn **binnen** het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking, óf (ii) voor een geheel **ander ordeningsmodel** buiten het huidige stelsel gekozen moet worden
- Een **noodzakelijke voorwaarde** hiervoor is een **eenduidige en transparante afbakening** van complexe, multidisciplinaire ggz
- Ten aanzien van de hierboven genoemde optie (ii) is vooralsnog **onduidelijk welk ordeningsmodel** voor complexe ggz meer geschikt zou zijn, onder **welke randvoorwaarden** en of hieraan **wél voldaan** kan worden
- Om de huidige **disbalans** tussen laag-complexe en complexe ggz weg te nemen is het **in elk geval** ook van belang om de **prikkels, normen en wettelijke kaders** voor het verlenen van **lichte, monodisciplinaire ggz** te verbeteren

Voorstel voor vervolgonderzoek (1): drie onderwerpen

Dit alles leidt tot drie complementaire onderwerpen voor vervolgonderzoek:

1. Onderzoek naar (i) het kunnen voldoen aan de cruciale randvoorwaarden voor geregleerde marktwerking in (delen van) de ggz en (ii) het in de tussentijd beter mitigeren van de risico's
2. Onderzoek naar alternatieve ordeningsmodellen binnen of buiten het huidige stelsel voor (delen van) de ggz waarvoor geldt dat niet aan de cruciale randvoorwaarden kan worden voldaan
3. Onderzoek naar (i) hoe in andere landen wordt omgegaan met de afbakening en financiering van ggz en (ii) welke lessen hieruit geleerd kunnen worden



Voorstel voor vervolgonderzoek (2): aandachtspunten

- Onderzoek naar het **kunnen voldoen aan randvoorwaarden** voor gereguleerde marktwerking in (delen van) de ggz kan aansluiten bij de **routekaart passende zorg** die door VWS (2026c) wordt ontwikkeld
- Naar onze inschatting is de **kans** dat aan de hiervoor genoemde randvoorwaarden kan worden voldaan het **kleinst** voor de **complexe ggz**
- Tegelijkertijd zijn de **gevolgen** van het niet kunnen voldoen aan de genoemde randvoorwaarden voor de **complexe ggz** het **meest problematisch**
- Dit betekent dat in elk geval voor de **complexe ggz** de verkenning van **alternatieve ordeningsmodellen** zeer relevant is en **prioriteit** verdient



Voorstel voor vervolgonderzoek (3): mogelijke bouwstenen

- IBO (2025) schetst opties voor fundamentele hervorming van de inkoop van psychische zorg en ondersteuning
 - A. **Centrale inkoop** zonder concurrentie van ggz voor mensen met ernstige psychische problematiek
 - B. **Regionale volksverzekering** voor de hele ggz
 - C. Mentale gezondheidsketen in regie GGD+
 - D. Lichte ggz overhevelen naar de Wmo
 - ESHPM (2026) heeft, in opdracht van VWS, een breed toepasbaar denkkader ontwikkeld voor het verkennen van dergelijke beleidswijzigingen
- Motie Dobbe c.s. (36 800 XVI, nr. 149): **nadere uitwerking denkrichtingen A en B**
-

Motie Dobbe c.s. (36 800 XVI,
nr. 149): nadere uitwerking
denkrichtingen A en B



Adequate ordening ggz: geen 'magic bullet'

- Vanuit gezondheidseconomisch perspectief gezien is de ggz misschien wel de meest ingewikkelde sector om adequaat te ordenen
- Dit geldt niet alleen voor Nederland, maar wereldwijd

"Mental health economics is like health economics only more so:

- *uncertainty and variation in treatments are greater;*
- *the assumption of patient self-interested behavior is more dubious;*
- *response to financial incentives such as insurance is exacerbated;*
- *the social consequences and external costs of illness are more formidable."*

Richard Frank & Tom McGuire (2000, blz. 895)



Ezafun

Bronnen

Adviescommissie zorgvraagtypering ggz (2025) Advies zorgvraagtypering ggz, deel 3, [20250131-Advies-zorgvraagtypering-ggz deel-3.pdf](#)

Algemene Rekenkamer (2024), Verantwoordingsonderzoek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI), Rapport bij het Jaarverslag 2023. Den Haag <https://www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2024/05/15/resultaten-verantwoordingsonderzoek-2023-ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport>

Douven, R. M. Remmerswaal, R. Zoutenbier (2019), Do altruistic mental health care providers have better treatment outcomes? *Journal of Human Resources* 54(2), 310-341. <https://www.jstor.org/stable/e26627851>

Douven, R., M. Remmerswaal, I. Mosca (2015), Unintended effects of reimbursement schedules in mental health care, *Journal of Health Economics* 42: 139-150, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.03.008>

ESHPM (2026), Denkkader risico's publieke belangen bij gedelegeerde zorginkoop, <https://www.eur.nl/eshpm/media/2026-03-eshpmdenkkader-prikkels-zorginkoop2025>

Frank, R.G & T.G. McGuire (2000) Economics and mental care, In: A.J. Culyer & J.P. Newhouse (eds.) *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Chapter 16, 893-954

Gupta (2026), Feitenbasis AZWA-afspraken E4: rapportage, <https://open.overheid.nl/overheid/openbaarmakingen/api/v0/attachment/83046d22-bdab-4723-baf6-1f211a123205>

Bronnen

IBO (2025), Uit Balans, IBO Mentale gezondheid en GGZ, september 2025, [Uit balans - IBO mentale gezondheid en ggz | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#)

NZa (2026a), Verkenning bekostiging High en Intensive Care, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht, <https://open.overheid.nl/documenten/ae3ce9b9-3d85-41f6-a085-610dcc02b1d4/file>

NZa (2026b), Factsheet instroomaantallen, wachttijden ggz en acties NZa, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_811873_22/

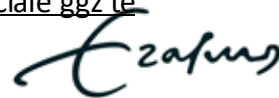
Oenen, F.J. van (2025), Verdragen. Over de *hulp-helpt* mythe, Boom

Prudon, R. (2026), Geen gezondheidsverbeteringen van praktijkondersteuner huisarts-ggz, ESB. 3 juni 2026, <https://esb.nu/geen-gezondheidsverbeteringen-van-praktijkondersteuner-huisarts-ggz/>

PWC (2019), Rapport “Verbetering compensatie voor ggz-patiënten met zeer hoge kosten ggz”, 19 maart 2019, WOR 958 <https://open-pilot.overheid.nl/Details/ronl-03e5eda8-c90e-4905-812a-3627e437d0a7/1?hit=1&text=verbetering+compensatie+voor+GGZ-cliënten+met+zeer+hoge+kosten+GGZ>

Schut, F. T., S.A. van der Geest, M. Varkevisser (2005). Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ. *Een economische analyse*, iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam

Trimbos (2026) Valt de behoefte aan regionale cruciale ggz te voorspellen? [Valt de behoefte aan regionale cruciale ggz te voorspellen? - Trimbos-instituut](#)



Bronnen

Van Kleef, R.C., R.C.J.A van Vliet, J.W. Vanhommerig (2026), WPR-analyse risicoverevening 2026: verevenende werking & power, Nieuwe publicatie: “WPR-analyse risicoverevening 2026: verevenende werking & power” | Erasmus School of Health Policy & Management | Erasmus University Rotterdam

Vektis (2026a), Factsheet GGZ, <https://www.vektis.nl/inzichten/factsheet-ggz>

Vektis (2026b), Factsheet ernstige psychische aandoeningen (EPA), <https://www.vektis.nl/inzichten/factsheet-epa>

Vektis (2026c), Wachtlijden ggz per regio, <https://www.vektis.nl/gemeentezorgspiegel/publiek/wachtlijden-ggz-per-regio>

Ven, W. P. van de , Beck, K., Buchner, F., Schokkaert, E., Schut, F., Shmueli, A., & Wasem, J. (2013). Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy*, 109(3), 226–245. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.002>

VWS (2026a), Beleidsbrief VWS, <https://open.overheid.nl/documenten/4ab1c05f-e2fb-4407-9613-720b7cc69447/>

VWS (2026b), Stand van zaken eerlijk speelveld, <https://open.overheid.nl/overheid/openbaarmakingen/api/v0/attachment/c7fb63c4-3f65-4f9b-a121-4574b3721b58>

VWS (2026c), Reactie op verzoek commissie over de petitie ‘Weg met de Wachtlijsten Hulp kan niet wachten, Brief aan de Tweede Kamer, 25424(784)

A stylized, handwritten-style logo of the word "Erasmus" in a dark blue or black ink.

Prof. dr. F.T. Schut

Prof. dr. M. Varkevisser

Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM)

Erasmus Centre for Health Economics Rotterdam (EsCHER)

W www.eur.nl/eshpm

W www.eur.nl/escher



**Erasmus School of
Health Policy
& Management**

