



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.  
De gegevens mogen worden gebruikt met  
bronvermelding.

## **Verwacht zorggebruik als gevolg van de eigen bijdrage in de tweedelijns GGZ**

Berber Koopmans  
Peter Verhaak

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2012 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>1 Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2 Methode</b>	<b>7</b>
<b>3 Resultaten</b>	<b>9</b>
<b>4 Samenvatting en conclusie</b>	<b>13</b>
Referenties	15
Tabellen	17
Bijlagen	23



# 1 Inleiding

In Nederland ontvangen jaarlijks ruim 700.000 personen curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de tweedelijns. Deze zorg wordt verstrekt in verschillende zorgcircuits, zoals de volwassenenzorg, de Jeugd-GGZ, verslavingszorg en door vrijgevestigde psychiaters en psychologen.

Vanaf 1 januari 2012 is voor volwassenen die zorg in de tweedelijns GGZ ontvangen in het kader van de Zorgverzekeringswet een eigen bijdrage ingevoerd. Deze bedraagt maximaal 200 euro per kalenderjaar en is 100 euro voor Diagnose Behandelcombinaties (DBC's) tot 100 minuten en 200 euro voor DBC's vanaf 100 minuten. Uitgesloten zijn hierbij de crisisopnames en bemoeizorg (1).

Aanleiding voor deze eigen bijdrage is een forse stijging van de uitgaven in de GGZ de afgelopen jaren; van 2,4 miljard in 2000 naar 5,4 miljard in 2009), alsmede van het aantal cliënten dat gebruik maakt van tweedelijns GGZ; ongeveer 10% per jaar over de afgelopen jaren. In de eerstelijns GGZ geldt momenteel een eigen bijdrage van maximaal 100 euro.

Mensen met lichte problematiek zouden hierdoor eerder geneigd zijn om toch gebruik te maken van de meer gespecialiseerde tweedelijns GGZ. Een eigen bijdrage in de tweedelijnszorg moet daarmee een bewuster zorggebruik stimuleren en substitutie naar de eerstelijnszorg bevorderen (2).

Veel cliënten in de GGZ zijn kwetsbaar en zij zien niet altijd zelf het belang van zorg in. Het is dan ook de vraag of cliënten als gevolg van de eigen bijdrage zorg zullen mijden of uitstellen.

Er is nauwelijks wetenschappelijk onderzoek bekend over wat in Nederland de mogelijke gevolgen zijn van een financiële drempel als de invoering van een eigen bijdrage in de GGZ. Uit scenario-schetsen uitgevoerd door het Trimbos Instituut blijkt dat dit mogelijk uiteen kan lopen van een ongunstig scenario waarin een daling in de zorgkosten grotendeels teniet wordt gedaan door een stijging in maatschappelijke kosten door toename van de ziektelast en daling van de arbeidsproductiviteit tot een gunstig scenario waarin cliënten met minder ernstige klachten besluiten geen gebruik meer te maken van de tweedelijns GGZ zorg, zoals minister Schippers beoogt (3).

GGZ Nederland heeft van 16 november tot en met 17 december 2011 een online enquête uitgezet onder cliënten die tweedelijns GGZ ontvangen in kader van de Zorgverzekeringswet.

De doelstelling van dit onderzoek is om op basis van deze enquête inzicht te krijgen in de verwachtingen van cliënten in de tweedelijns GGZ over hun zorggebruik na de invoering van de eigen bijdrage van 200 euro.

Hierbij worden de volgende deelvragen onderscheiden:

- Hoe ligt de verhouding in verwacht zorggebruik bij verschillende hoogtes van de eigen bijdrage: 100 euro, 200 euro en 420 euro?
- Welke sociaaldemografische kenmerken hangen samen met een door de cliënten verwachte vermindering van het zorggebruik bij een eigen bijdrage van 200 euro?
- Is er een differentiatie naar diagnose in het verwachte zorggebruik?
- Is er een differentiatie naar zorgcircuit in het verwachte zorggebruik?
- Is er een differentiatie naar perceptie van de ernst van klachten en de noodzaak van zorg in het verwachte zorggebruik?

## 2 Methode

### *Werving*

De werving van cliënten voor de enquête is verlopen via instellingen van de leden van GGZ Nederland (dekking van ongeveer 95% van de GGZ) en via vrijgevestigde professionals in de GGZ. Tevens is een oproep geplaatst op de site 'Meldjezorg' van het Landelijk Platform GGZ (LPGGz). In totaal hebben 57 van de 96 instellingen gereageerd op het verzoek van GGZ Nederland om mee te werken aan het onderzoek, hiervan waren 44 bereid mee te werken, waaronder alle grote instellingen.

De hoofdreden van de overige 13 instellingen om niet deel te nemen was dat hun cliënten niet in de doelgroep vallen, bijvoorbeeld doordat ze vallen onder de AWBZ, Jeugd-GGZ of RIBWs (regionale instellingen voor beschermd en begeleid wonen). De 39 instellingen die niet gereageerd hebben bestonden voornamelijk uit kleine instellingen en/of instellingen die wat betreft hun cliënten buiten de doelgroep vallen.

De instellingen die bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek hebben wervingsflyers bij secretariaten en wachtkamers neergelegd met daarin de link naar de website van de enquête [www.rechttopggz.nl](http://www.rechttopggz.nl). Daarnaast heeft het merendeel van deze instellingen de wervingstekst met weblink op hun website gezet. Dit is eveneens gedaan door een aantal van de 39 instellingen die niet gereageerd hebben op het verzoek van GGZ Nederland mee te werken aan het onderzoek, alsmede door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten (NVVP) en het Landelijk Platform GGZ (LPGGz).

De wervingstekst op de website was als volgt geformuleerd: *'De regering heeft bepaald dat u vanaf 2012 jaarlijks een eigen bijdrage voor uw behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) moet betalen. De hulpverleners in de GGZ willen graag weten welke mensen problemen krijgen met het betalen van de eigen bijdrage. Wij nodigen u uit om enkele vragen te beantwoorden, ook als een eigen bijdrage geen probleem is voor u.'*

### *De enquête*

De enquête die was opgesteld door GGZ Nederland bestond uit vragen over leeftijd, geslacht, en GGZ problematiek (klachten, diagnose, zorgcircuit, gepercipieerde ernst van de klachten en gepercipieerde noodzaak van zorg om met problemen om te gaan) en stellingen over of mensen als zij zelf 100, 200 of 420 euro moeten bijdragen 'geen', 'minder' of 'evenveel' zorg denken te gaan gebruiken. Deze bedragen komen overeen met respectievelijk de eigen bijdrage voor DBCs tot 100 minuten, DBCs van meer dan 100 minuten en dit laatste bedrag inclusief het eigen risico van 220 euro dat mensen moeten betalen.

Daarnaast werd gevraagd of mensen bereid waren een aantal aanvullende vragen naar achtergrondkenmerken in te vullen; postcode, opleiding, werksituatie, samenstelling huishouden en inkomen.

Inkomen is bevraagd als 'Wat is het maandelijks netto inkomen (= inkomen na aftrek van

alle vaste lasten) van uw huishouden?’ Dit geeft het besteedbaar inkomen weer. Het zorgcircuit waarin mensen zorg ontvangen werd als volgt bevraagd; ‘Binnen welke afdeling ontvangt u momenteel hulp?’ (antwoordcategorieën: ‘weet ik niet / wil ik niet zeggen’, ‘vrijgevestigde psycholoog of psychiater’, ‘Jeugd-GGZ’, ‘volwassenenzorg’, ‘ouderenzorg’, ‘beschermd of begeleid wonen’ en ‘verslavingszorg’). Bij diagnose konden mensen één van de volgende antwoordcategorieën aangegeven, gebaseerd op de hoofdcategorieën van de DSM IV: ‘weet ik niet / wil ik niet zeggen’, ‘angststoornis’, ‘depressieve stoornis’, ‘gedragsstoornis’, ‘verslavingsproblematiek’, ‘aanpassingsstoornis’, ‘persoonlijke stoornis’, ‘schizofrenie of een andere psychotische stoornis’, ‘stemmingsstoornis’, ‘dementie of een andere cognitieve stoornis’ en ‘anders, namelijk ...’.

Depressieve stoornissen behoren tot de stemmingsstoornissen en zijn in de analyses samengenomen. In totaal heeft 23% van de respondenten de categorie ‘anders, namelijk...’ aangekruist. Op basis van de antwoorden die hier door de respondenten zijn ingevuld zijn deze antwoorden zoveel mogelijk gehercodeerd naar bovenstaande categorieën. Het resterende deel bleek te bestaan uit respondenten met diagnoses uit verschillende andere DSM IV hoofdcategorieën. Op basis hiervan zijn ook een drietal andere diagnosecategorieën opgenomen; ‘ontwikkelingsstoornis’, ‘eetstoornis’ en ‘dissociatieve stoornis’. Daarnaast bleken veel mensen die het antwoord ‘anders, namelijk...’ hadden ingevuld meerdere diagnoses te hebben. Hierdoor is voor de analyses ook een categorie ‘meerdere diagnoses, maar niet gezegd welke’ toegevoegd en een categorie ‘meerdere van de vooraf gespecificeerde diagnoses en/of van de drie later toegevoegde diagnoses’.

Tenslotte is vraag gesteld: ‘Hoe ervaart u de klachten waarvoor u wordt behandeld?’ (antwoordcategorieën: ik ervaar geen klachten, ik heb milde klachten, ik heb ernstige klachten) en ‘In hoeverre heeft u zorg nodig om met uw problemen om te gaan?’ (antwoordcategorieën: niet noodzakelijk, soms noodzakelijk, noodzakelijk, zeer noodzakelijk’).

### *Analyses*

Om te bepalen of er verschillen zijn tussen groepen cliënten met betrekking tot verwacht zorggebruik na invoering van de eigen bijdrage van 200 euro wordt de groep die *geen of minder* gebruik denkt te maken van de zorg vergeleken met de groep die *evenveel* denkt gebruik te maken van de zorg.

Een univariate en multivariate logistische regressieanalyse worden gebruikt om te bepalen welke achtergrondkenmerken bijdragen samenhangen met een verwacht verminderd zorggebruik.

Daarnaast wordt met behulp van een univariate logistische regressieanalyse bepaald in welke diagnosecategorieën en binnen welk zorgcircuit het verwacht verminderd zorggebruik het grootst is. Tenslotte wordt eveneens met een univariate logistische regressieanalyse bepaald in hoeverre de gepercipieerde ernst van de klachten en noodzaak van de zorg bijdragen aan het verwacht verminderd zorggebruik.

Als referentiecategorie wordt steeds de groep gebruikt met het laagste percentage respondenten dat aangeeft *geen of minder* zorg te gaan gebruiken.

Daar waar, op basis van een logistische regressieanalyse, binnen een bepaalde groep een significant verschil wordt gevonden tussen *geen* en *minder* zorggebruik worden de resultaten apart weergegeven.

### 3 Resultaten

#### *Respons*

De enquête is in totaal door 5757 personen ingevuld, waarvan 5064 (88%) aangaven momenteel hulp te ontvangen in de tweedelijns GGZ. Van deze personen zijn er 60 vroegtijdig gestopt met het invullen van de vragenlijst en daarnaast bleken 8 personen een familielid te zijn van een persoon die hulp ontvangt in de GGZ. Deze 68 personen zijn geëxcludeerd voor de analyses. De analyses betreffen daarmee 4996 personen, waarvan 84% ook de optionele vragen over opleiding, werksituatie, samenstelling van het huishouden en besteedbaar maandinkomen heeft ingevuld.

#### *Achtergrondkenmerken*

Ruim twee derde van de respondenten is vrouw en ruim twee derde is in de leeftijd van 25 tot 55 jaar (Tabel 1). Bijna de helft van de respondenten is alleenstaand en een zelfde deel heeft geen betaald werk. De meeste respondenten (46%) zijn middelbaar opgeleid en bijna de helft geeft aan na aftrek van alle vaste lasten een besteedbaar maandinkomen te hebben tot 500 euro.

#### *GGZ problematiek en zorgcircuit*

Drie kwart van de respondenten heeft naar eigen zeggen de diagnose angststoornis, stemmingsstoornis, persoonlijkheidsstoornis of schizofrenie of een andere psychotische stoornis. De meeste respondenten hebben een stemmingsstoornis (30%) (Tabel 3). Het grootste deel van de respondenten ontvangt zorg in de volwassenenzorg, daarnaast gaat ongeveer een kwart naar een vrijgevestigd psycholoog of psychiater (Tabel 4).

Tweederde van de respondenten ervaart de klachten als ernstig en ongeveer 80% geeft aan dat de zorg die ontvangen wordt (zeer) noodzakelijk is voor het omgaan met problemen (Tabel 5). Omgekeerd geeft ook ongeveer een derde aan geen tot milde klachten te ervaren en geeft bijna 20% van de respondenten aan de zorg als niet of soms noodzakelijk te vinden.

Er zijn echter significante verschillen tussen cliënten met verschillende diagnosecategorieën in alle achtergrondkenmerken (zie Bijlage 1 voor de achtergrondkenmerken van cliënten met de zeven meest voorkomende diagnosecategorieën onder de respondenten).

Zo zijn bijvoorbeeld cliënten met een persoonlijkheidsstoornis of ontwikkelingsstoornis vaker jonger dan 45 jaar en cliënten met een stemmingsstoornis of verslavingsproblematiek vaker ouder dan 45 jaar. Cliënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis en cliënten met verslavingsproblematiek zijn vaker man, alleenstaand, lager opgeleid, hebben vaker geen betaald werk en een lager besteedbaar inkomen dan bijvoorbeeld cliënten met een angst- of stemmingsstoornis. Daarnaast ontvangen cliënten met een angst- of stemmingsstoornis vaker zorg bij een vrijgevestigde

psycholoog of psychiater, ervaren zij hun klachten vaker als ernstig en ontvangen zorg noodzakelijker dan cliënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis.

### *Representativiteit*

Vergeleken met de GGZ populatie in de verschillende instellingen zijn vrouwen onder de respondenten van deze enquête oververtegenwoordigd (68% t.o.v. 54% in de GGZ) (Bijlage 2). De leeftijdsopbouw, verdeling over de zorginstellingen en de verdeling in diagnosecategorieën komen redelijk overeen met de GGZ populatie in de instellingen (exclusief de vrijevestigde psychologen en psychiaters) (Bijlage 2). Het aantal 65+-ers en daarmee het aantal cliënten uit de ouderenzorg is ondervertegenwoordigd (5% t.o.v. 14%) en het aantal cliënten uit de volwassenenzorg is oververtegenwoordigd. Daarnaast is het aantal cliënten met een stemmingsstoornis (30% t.o.v. 21%) of persoonlijkheidsstoornis (21% t.o.v. 10%) oververtegenwoordigd en het aantal cliënten met verslavingsproblematiek (4% t.o.v. 11%), dementie (0,5% t.o.v. 5%) of aanpassingsstoornis (2% t.o.v. 8%) ondervertegenwoordigd.

### *Bevindingen verwacht zorggebruik*

#### *Verwacht zorggebruik bij een verschillende eigen bijdrages voor tweedelijns GGZ*

Op de vraag ‘Wat doet u als de eigen bijdrage van 200 euro wordt ingevoerd?’ antwoordt ongeveer 10% van de respondenten dit (nog) niet te weten. Van de mensen die hebben aangegeven dat ze weten wat ze gaan doen als de eigen bijdrage wordt ingevoerd geeft 40% aan *geen* zorg meer te gaan gebruiken en 30% geeft aan *minder* gebruik te maken van de tweedelijns GGZ (Tabel 6).

Wanneer de eigen bijdrage 100 euro zou bedragen zeggen twee keer zo weinig mensen *geen* zorg meer te gebruiken dan bij een eigen bijdrage van 200 euro terwijl het aantal mensen dat *minder* gebruik denkt te gaan maken van 26% naar 30% (Tabel 6). Bij een eigen bijdrage van 420 euro geeft 72% aan *geen* gebruik meer te maken van zorg en 15% denkt *minder* gebruik te maken van de zorg. Slechts 13% denkt bij een eigen bijdrage van 420 euro nog steeds *evenveel* gebruik te blijven maken van de zorg.

#### *Kenmerken van mensen die aangeven geen of minder gebruik te maken van zorg bij een eigen bijdrage van 200 euro*

Een verwacht verminderd zorggebruik wordt vaker aangegeven door de 18-24 jarigen (t.o.v. de 65+ers), inwonende en samenwonende of gehuwde mensen met kinderen (t.o.v. samenwonenden of gehuwden zonder kinderen), laag en middelbaar opgeleiden (t.o.v. hoog opgeleiden), gedeeltelijk of geheel arbeidsongeschikte mensen of mensen zonder betaald werk (t.o.v. mensen met betaald werk) en mensen met een besteedbaar maandinkomen van 0-2000 euro (t.o.v. meer dan 2000 euro) (univariate model) (Tabel 7). Zo gaven 18-24 jarigen t.o.v. 65+ers 1,95 zo vaak aan *geen of minder* zorg te gaan gebruiken i.p.v. evenveel zorg.

Wanneer gecorrigeerd wordt voor de overige achtergrondkenmerken (multivariate model) dan

worden mensen die aangeven geen of minder gebruik te gaan maken van zorg in het algemeen gekenmerkt door een relatief laag besteedbaar inkomen en een lage opleiding. Mensen met een besteedbaar maandinkomen van 0 tot 500 euro gaven 4 keer zo vaak aan

*geen of minder* zorg te gaan gebruiken dan mensen met een besteedbaar maandinkomen van meer dan 2000 euro ( 5 keer zo vaak *geen* en 3 keer zo vaak *minder* zorggebruik). Ook mensen met een besteedbaar maandinkomen tussen de 500 en 2000 euro gaven ongeveer een 3 keer zo vaak aan *geen of minder* zorg te gaan gebruiken dan mensen met een besteedbaar maandinkomen van meer dan 2000 euro. Laag opgeleiden geven daarnaast 3 keer zo vaak aan *geen of minder* gebruik te gaan maken van de zorg dan mensen met een hoge opleiding (4 keer zo vaak *geen* en 2 keer zo vaak *minder* zorggebruik). Ook mensen die samenwonen of gehuwd zijn en kinderen geven ongeveer anderhalf keer zo vaak als mensen die samenwonen of gehuwd zijn en geen kinderen hebben aan dat ze *geen of minder* zorg gaan gebruiken.

*Verschillen in aangegeven verminderd zorggebruik bij mensen met verschillende psychische problematiek en –zorg bij een eigen bijdrage van 200 euro*

Mensen met schizofrenie of een andere psychotische stoornis zijn het minst geneigd aan te geven *geen of minder* zorg te gaan gebruiken. Ten opzichte van deze groep geven mensen met een angststoornis, stemmingsstoornis, persoonlijkheidsstoornis of overige stoornis ruim 1,5 keer zo vaak aan hun zorggebruik te gaan verminderen. Bij mensen met verslavings- problematiek is dat bijna 4 keer zo vaak (Tabel 8).

Clënten van vrijgevestigde psychologen of psychiaters geven het minst vaak aan hun zorggebruik te gaan verminderen. Clënten uit de Jeugd-GGZ en de verslavingszorg doen dat ongeveer twee keer zo vaak (waarvan in de verslavingszorg men 3 keer zo vaak aangeeft *geen* zorg meer te gaan gebruiken en 1,5 keer zo vaak *minder* zorg) (Tabel 9). Er zijn geen verschillen in aangegeven zorggebruik op basis van gepercipieerde ernst van de klachten of noodzaak van de zorg (Tabel 10).

In Bijlage 3 t/m 7 zijn tabellen opgenomen met het aangegeven zorggebruik (*geen, minder of evenveel*) voor de verschillende subgroepen op basis van achtergrondkenmerken, diagnosecategorie, zorgcircuit en gepercipieerde ernst van de klachten en noodzaak van de zorg.



## 4 Samenvatting en conclusie

Van de GGZ cliënten die deelgenomen hebben aan de enquête geeft 70% aan door de invoering van de eigen bijdrage het zorggebruik te gaan verminderen; 40% geeft aan *geen* en 30% geeft aan *minder* gebruik te maken van de tweedelijns GGZ.

De eigen bijdrage wordt ingevoerd om een bewuster zorggebruik te stimuleren en zo de zorgkosten te beheersen. Mensen met lichtere problematiek zouden in de eerstelijns moeten worden opgevangen. De resultaten uit deze enquête laten zien dat de mate van ervaren ernst van de klachten en de ervaren noodzaak van de zorg over het algemeen nauwelijks een rol lijken te spelen in de overweging om het zorggebruik te veranderen. Het is ook de vraag of cliënten een goede inschatting kunnen maken tussen niet noodzakelijke en noodzakelijke zorg (4). Mensen met ernstige problematiek kunnen, soms als gevolg van hun ziektebeeld, de noodzaak van zorg minder inzien en andersom.

Cliënten laten zich vooral leiden door hun inkomenssituatie. Bijna de helft van de cliënten is alleenstaand en/of heeft geen betaald werk. Dit is een veel groter deel dan onder de Nederlandse bevolking (5). Ongeveer 70% van de cliënten geeft aan een besteedbaar maandinkomen te hebben van 0 tot 1000 euro. Zij geven 3 keer zo vaak als cliënten met een hoog besteedbaar inkomen (meer dan 2000 euro per maand) aan hun zorggebruik te gaan verminderen. Daarbij geven zij vaker aan te gaan stoppen met de behandeling dan het zorggebruik te verminderen. Dit lijkt vooral de jongste cliënten (18-24 jarigen) en de cliënten met een gezin met kinderen te betreffen. Ook uit eerder onderzoek blijkt dat mensen met lagere inkomens gevoeliger zijn voor eigen betalingen in de zorg dan mensen met hogere inkomens en dat zij eerder kiezen geen gebruik meer te maken van de zorg (4).

De cliënten die het meest aangeven het zorggebruik te gaan verminderen na de invoering van de eigen bijdrage zijn te vinden in de Jeugd-GGZ (18+) en de verslavingszorg en hebben met name verslavingsproblematiek of, echter minder vaak, een angst-, stemmings- of persoonlijkheidsstoornis. Mensen met hogere inkomens zullen vaker naar een vrijgevestigd psycholoog of psychiater gaan en daar is het aantal cliënten dat aangeeft het zorggebruik te verminderen dan ook het laagst.

Dit onderzoek geeft richting aan de mogelijke omvang van de vraagvermindering in de tweedelijns GGZ als gevolg van de eigen bijdrage van 200 euro en de groepen die dit betreft.

In de enquête is echter gevraagd naar de intentie van cliënten om het zorggebruik te veranderen. Dit hoeft niet altijd overeen te komen met het daadwerkelijk stoppen of minderen van het zorggebruik. De emoties die dit onderwerp met zich meebrengt en de uitnodiging voor deelname aan de enquête door de instellingen zelf, de wervingstekst en de niet geheel neutraal geformuleerde link van de website 'recht op GGZ' zullen eerder bijgedragen hebben aan een overschatting van het aantal zorgverminderaars dan aan een

onderschatting.

Deze zelfrapportage is ook een beperkende, maar op deze schaal onoverkomelijke, factor als het gaat om bijvoorbeeld de diagnose, de ervaren ernst van de klachten en noodzaak van zorg of het besteedbaar inkomen. De gegevens over ernst van de klachten en noodzaak van de zorg representeren in dit geval een subjectief oordeel van de cliënt en niet een klinisch oordeel. Dit subjectieve oordeel is echter wel datgene wat een cliënt meeneemt in de besluitvorming.

Voor een volgend onderzoek op dit terrein zou het echter goed zijn om ernst van de problematiek met een 5- of 7 puntsschaal te bevragen om zo een mogelijke antwoordtendens uit te sluiten. Ditzelfde geldt voor het verwacht zorggebruik waar ook de optie ‘meer’ aan kan worden toegevoegd. Ook zou in een volgend onderzoek gevraagd kunnen worden naar willingness to pay; ‘Hoeveel bent u bereid te betalen aan eigen bijdrage per sessie’.

Het is niet vast te stellen of het aantal respondenten met een laag besteedbaar inkomen was oververtegenwoordigd. Ook waren de aantallen respondenten voor vijf van de elf gespecificeerde diagnosecategorieën niet groot genoeg om uitspraken over te doen en waren cliënten met een stemmings- of persoonlijkheidsstoornis oververtegenwoordigd. Tenslotte kunnen op basis van dit onderzoek geen uitspraken gedaan worden over de mate van substitutie naar de eerstelijns GGZ als gevolg van de eigen bijdrage in de tweedelijns.

Desalniettemin kan worden geconcludeerd dat de invoering van de eigen bijdrage vooral een sociaaleconomisch kwetsbare groep treft en dat de noodzaak van zorg geen rol speelt in de overweging het zorggebruik te veranderen.

## Referenties

1. <http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws/nieuws/2011/07/26/eigen-bijdrage-ggz-verlaagd.html>
2. Ministerie van VWS. Kamerbrief monitor eigen bijdrage GGZ d.d. 27-02-2012
3. Lokkerbol J, Smit F. Eigen bijdrage in de GGZ. Scenario's van effecten op zorguitgaven, zorggebruik en arbeidsproductiviteit. Utrecht: Trimbos Instituut, 2011
4. van der Maat MJP, de Jong JD. Eigen risico in de zorgverzekering: het verzekerden- perspectief. Een onderzoek op basis van het ConsumentenPanel Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2010
5. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos Instituut, 2010



## Tabellen

### *Achtergrondgegevens respondenten*

**Tabel 1:** Achtergrondkenmerken van de respondenten

	(%)
<i>Geslacht</i>	
Man	32
Vrouw	68
<i>Leeftijd</i>	
18-24	11
25-34	21
35-44	22
45-54	26
55-64	15
65+	5
<i>Woonsituatie</i>	
Alleenstaand	46
Inwonend	10
Samenwonend/gehuwd zonder kinderen	21
Samenwonend/gehuwd met kinderen	23
<i>Opleiding</i>	
Laag	27
Middelbaar	42
Hoog	31

**Tabel 2:** Werk en inkomen

	(%)
<i>Werksituatie</i>	
Betaald werk	26
Gedeeltelijk of tijdelijk arbeidsongeschikt	27
Geen betaald werk	47
<i>Besteedbaar maandinkomen huishouden* #</i>	
0 – 500 euro	46
500 – 1000 euro	23
1000 – 2000 euro	21
> 2000 euro	10

\* Besteedbaar maandinkomen huishouden: inkomen na aftrek van alle vaste lasten

# Van alle respondenten heeft 13% aangegeven het besteedbaar maandinkomen niet te weten of niet te willen zeggen. De percentages die in de tabel worden genoemd betreffen de groep die het besteedbaar inkomen wel heeft aangegeven.

**Tabel 3:** Diagnosecategorieën #

	(%)
Angststoornis	14
Stemmingsstoornis	30
Persoonlijkheidsstoornis	21
Schizofrenie of andere psychotische stoornis	10
Gedragsstoornis	2
Verslavingsproblematiek	4
Aanpassingsstoornis	2
Dementie of andere cognitieve stoornis	0,5
Ontwikkelingsstoornis	6
Eetstoornis	1
Dissociatieve stoornis	1
Meerdere, niet gezegd welke	1
Meerdere van bovenstaande diagnoses	5
Anders	2

# Van alle respondenten heeft 11% aangegeven de diagnose niet te weten of niet te willen zeggen. De percentages die in de tabel worden genoemd betreffen de groep die de diagnose wel heeft aangegeven.

**Tabel 4:** Zorgcircuit #

	(%)
Vrijgevestigd psycholoog of psychiater	26
Jeugd-GGZ (18+)	3
Volwassenenzorg	61
Ouderenzorg	3
Beschermd of begeleid wonen	3
Verslavingszorg	4

# Van alle respondenten heeft 5% aangegeven het zorgcircuit niet te weten of niet te willen zeggen. De percentages die in de tabel worden genoemd betreffen de groep die het zorgcircuit wel heeft aangegeven.

**Tabel 5:** Ervaren ernst van de klachten en noodzaak van zorg

	(%)
<i>Ervaring klachten</i>	
Geen klachten	3
Milde klachten	31
Ernstige klachten	66
<i>Zorg nodig om met problemen om te gaan</i>	
Niet noodzakelijk	2
Soms noodzakelijk	16
Noodzakelijk	41
Zeer noodzakelijk	41

*Verwacht zorggebruik bij een eigen bijdrage van 200 euro*

**Tabel 6:** Door cliënten verwacht eigen zorggebruik bij eigen bijdrage van 200 euro #

Wat doet u als...	Ik maak dan <b>GEEN</b> gebruik meer van de GGZ (%)	Ik maak dan <b>MINDER</b> gebruik van de GGZ (%)	Ik maak dan <b>EVENVEEL</b> gebruik van de GGZ (%)
U zelf <b>100</b> euro per jaar moet betalen voor uw zorg?	20	26	54
U zelf <b>200</b> euro per jaar moet betalen voor uw zorg?	40	30	30
U zelf <b>420</b> euro per jaar moet betalen voor uw zorg?	72	15	13

# Van alle respondenten heeft respectievelijk 11%, 11% en 13% aangegeven niet te weten of hij/zij geen, minder of evenveel zorg denkt te gaan gebruiken bij een eigen bijdrage van 100, 200 en 420 euro. De percentages die worden genoemd in de tabel betreffen de groep die wel heeft aangegeven wat ze gaan doen.

*Kenmerken van mensen die aangeven geen of minder gebruik te maken van zorg bij een eigen bijdrage van 200 euro*

**Tabel 7:** Achtergrondkenmerken van mensen die aangeven hun zorggebruik te gaan verminderen

	(%)	Univariaat model (OR)	Multivariaat model: Achtergrondkenmerken (OR)
<i>Geslacht (v)</i>	70	1,04	1,03
<i>Leeftijd</i>			
18-24	78	1,95 *	1,33
25-34	69	1,22	0,88
35-44	69	1,23	0,80
45-54	71	1,35	0,92
55-64	67	1,15	0,80
65+ (ref)	64	1,00	1,00
<i>Woonsituatie</i>			
Alleenstaand	68	1,16	0,85
Inwonend	74	1,57 *	0,79
Samenwonend/gehuwd zonder kinderen (ref)	64	1,00	1,00
Samenwonend/gehuwd met kinderen	70	1,30 *	1,46 *
<i>Opleiding</i>			
Laag	80	3,18 *	2,78 *
Middelbaar	70	1,86 *	1,57 *
Hoog (ref)	56	1,00	1,00
<i>Werksituatie</i>			
Betaald werk (ref)	64	1,00	1,00
Gedeeltelijk of tijdelijk arbeidsongeschikt	70	1,31 *	1,01
Geen betaald werk	70	1,33 *	1,05
<i>Besteedbaar maand- inkomen huishouden #</i>			
0 – 500 euro	75	3,99 *	3,85 *
500 – 1000 euro	71	3,33 *	3,35 *
1000 – 2000 euro	66	2,66 *	2,75 *
> 2000 euro (ref)	43	1,00	1,00

\*  $p < 0,05$

OR: odds ratio

(ref): referentiecategorie (de groep waarin het laagste percentage mensen heeft aangegeven het zorggebruik te gaan verminderen)

#: Besteedbaar maandinkomen huishouden: inkomen na aftrek van alle vaste lasten

**Tabel 8:** Verschillen op basis van diagnosecategorie in aangegeven vermindering van het zorggebruik

<i>Diagnose #</i>	(%)	Univariaat model (OR)
Angststoornis	72	1,67 *
Stemmingsstoornis	71	1,58 *
Persoonlijkheidsstoornis	69	1,48 *
Schizofrenie of andere psychotische stoornis (ref)	60	1,00
Verslavingsproblematiek	85	3,80 *
Ontwikkelingsstoornis	67	1,33
Meerdere diagnoses	68	1,42
Overige diagnoses	71	1,58 *

\*  $p < 0,05$

OR: odds ratio

(ref): referentiecategorie (de groep waarin het laagste percentage mensen heeft aangegeven het zorggebruik te gaan verminderen)

#: alleen de diagnosecategorieën met  $n > 100$  zijn meegenomen in de analyse

Overige diagnoses: gedragsstoornis, aanpassingsstoornis, dementie of andere cognitieve stoornis, eetstoornis, dissociatieve stoornis of andere stoornis

**Tabel 9:** Verschillen op basis van zorgcircuit in aangegeven vermindering van het zorggebruik

<i>Zorgcircuit</i>	(%)	Univariaat model (OR)
Vrijgevestigd psycholoog of psychiater (ref)	65	1,00
Jeugd-GGZ	78	1,94 *
Volwassenenzorg	70	1,24 *
Ouderenzorg	70	1,27
Beschermd of begeleid wonen	72	1,38
Verslavingszorg	81	2,29 *

\*  $p < 0,05$

OR: odds ratio

(ref): referentiecategorie (de groep waarin het laagste percentage mensen heeft aangegeven het zorggebruik te gaan verminderen)

**Tabel 10:** Verschillen op basis van gepercipieerde ernst van de klachten en noodzaak van de zorg in aangegeven vermindering van het zorggebruik

	(%)	Univariaat model (OR)
<i>Ervaring klachten</i>		
Geen klachten (ref)	64	1,00
Milde klachten	69	1,23
Ernstige klachten	70	1,31
<i>Zorg nodig om met problemen om te gaan</i>		
Niet noodzakelijk	73	1,20
Soms noodzakelijk (ref)	69	1,00
Noodzakelijk	69	1,01
Zeer noodzakelijk	70	1,02

OR: odds ratio

(ref): referentiecategorie (de groep waarin het laagste percentage mensen heeft aangegeven het zorggebruik te gaan verminderen)

## Bijlagen

**Bijlage 1:** Achtergrondkenmerken van de zeven grootste diagnosecategorieën (n > 100)

	Totale groep (%)	Angst stoornis	Stemmings stoornis	Persoonlijkheids stoornis	Schizofrenie of andere psychotische stoornis	Verslavings problematiek	Ontwikkelings stoornis	Meerdere diagnoses
<i>Geslacht</i>								
Man	32	27	33	21	56	69	50	17
Vrouw	68	73	67	79	44	31	50	83
<i>Leeftijd</i>								
18-24	11	10	6	14	6	8	19	21
25-34	21	22	13	28	21	13	29	28
35-44	22	20	19	24	28	28	23	26
45-54	26	29	31	22	25	31	22	18
55-64	15	14	23	9	16	16	7	6
65+	5	6	8	2	4	5	0,7	0,4
<i>Woon situatie</i>								
Alleenstaand	46	42	42	53	58	59	45	54
Inwonend	10	8	5	10	17	16	18	18
Samenwonend/gehu wd zonder kinderen	21	24	25	19	13	13	14	16
Samenwonend/gehu wd met kinderen	23	26	28	18	11	12	23	12
<i>Opleiding</i>								
Laag	27	29	29	26	35	40	19	21
Middelbaar	42	39	38	48	46	40	48	46
Hoog	31	32	33	26	19	20	33	33

**Bijlage 1 (vervolg):** Achtergrondkenmerken van de zeven grootste diagnosecategorïën (n > 100)

	Totale groep (%)	Angststoornis	Stemmingsstoornis	Persoonlijkheidsstoornis	Schizofrenie of andere psychotische stoornis	Verslavingsproblematiek	Ontwikkelingsstoornis	Meerdere diagnoses
<i>Werk situatie</i>								
Betaald werk	26	29	29	18	12	18	33	11
Gedeeltelijk of tijdelijk arbeidsongeschikt	27	24	28	34	16	30	23	37
Geen betaald werk	47	47	43	48	72	52	44	52
<i>Besteedbaar maandincome huishouden**</i>								
0 – 500 euro	46	47	41	49	54	53	41	58
500 – 1000 euro	23	22	25	25	27	24	24	21
1000 – 2000 euro	21	19	22	18	14	15	20	16
> 2000 euro	10	13	12	8	4	9	15	5
<i>Zorgcircuit</i>								
Vrijgevestigd psycholoog of psychiater	26	35	31	15	10	6	15	14

<b>Bijlage 1 (vervolg): Achtergrondkenmerken van de zeven grootste diagnosecategorieën (n &gt; 100)</b>									
	Totale groep (%)	Angst-stoornis	Stemmings-stoornis	Persoonlijkheids-stoornis	Schizofrenie of andere psychotische stoornis	Verslavings-problematiek	Ontwikkelings-stoornis	Meerdere diagnoses	
Jeugd-GGZ	3	3	2	3	1	1	9	4	
Volwassenenzorg	61	56	60	77	70	9	66	77	
Ouderenzorg	3	3	5	2	4	1	1	0,4	
Beschermd of begeleid wonen	3	2	1	2	14	5	8	3	
Verslavingszorg	4	1	1	2	1	78	1	2	
<i>Ervaring klachten</i>									
Geen klachten	3	1	3	0,22	9	9	2	0,4	
Milde klachten	31	25	33	22	39	32	40	16	
Ernstige klachten	66	74	65	77	52	59	58	84	
<i>Zorg nodig om met problemen om te gaan</i>									
Niet noodzakelijk	2	1	1	0,5	4	2	1	1	
Soms noodzakelijk	16	11	17	10	22	21	16	8	
Noodzakelijk	41	43	45	36	38	35	49	33	
Zeer noodzakelijk	41	45	37	53	37	42	33	58	

\*\* : Besteedbaar maandinkomen huishouden: inkomen na aftrek van alle vaste lasten

**Bijlage 2: Representativiteit respondenten t.o.v. volwassen cliënten in de GGZ (exclusief zorg door vrijegevestigden)**

	Respondenten (%)	GGZ (%) *
<i>Geslacht</i>		
Man	32	46
Vrouw	68	54
<i>Leeftijd</i>		
18-24	11	12
25-34	21	18
35-44	22	22
45-54	26	21
55-64	15	12
65+	5	14
<i>Zorgcircuit</i>		
Jeugd-GGZ (groep vanaf 18 jaar)	4	4
Volwassenenzorg	86	73
Ouderenzorg	4	13
Verslavingszorg	6	10
<i>Diagnose</i>		
Angststoornis	14	11
Stemmingsstoornis	30	21
Persoonlijkheidsstoornis	21	10
Schizofrenie of andere psychotische stoornis	10	11
Verslavingsproblematiek	4	11
Ontwikkelingsstoornis	6	7
Dementie of andere cognitieve stoornis	0,5	5
Aanpassingsstoornis	2	8
Eetstoornis	1	1
Dissociatieve stoornis	1	0,3

\* Bron: GGZ Nederland, peildatum 1 mei 2010, gegevens gebaseerd op tweedelijns lidinstellingen

**Bijlage 3: Differentiatie in verwacht zorggebruik naar achtergrondkenmerken**

	Geen gebruik van de GGZ (n = 1713) (%)	Minder gebruik van de GGZ (n = 1266) (%)	Evenveel gebruik van de GGZ (n = 1298) (%)
Totaal	40	30	30
<i>Geslacht</i>			
Man	41	28	31
Vrouw	40	30	30
<i>Leeftijd</i>			
18-24	43	35	22
25-34	34	34	32
35-44	41	28	31
45-54	42	29	29
55-64	44	23	33
65+	34	30	36
<i>Woonsituatie</i>			
Alleenstaand	39	29	32
Inwonend	41	33	26
Samenwonend/gehuwd zonder kinderen	34	31	35
Samenwonend/gehuwd met kinderen	40	30	30
<i>Opleiding</i>			
Laag	52	28	20
Middelbaar	39	31	30
Hoog	26	30	44

**Bijlage 4:** Differentiatie in verwacht zorggebruik naar werk en inkomen

	Geen gebruik van de GGZ (n = 1713) (%)	Minder gebruik van de GGZ (n = 1266) (%)	Evenveel gebruik van de GGZ (n = 1298) (%)
Totaal	40	30	30
<i>Werk situatie</i>			
Betaald werk	29	35	36
Gedeeltelijk of tijdelijk arbeidsongeschikt	39	31	30
Geen betaald werk	43	27	30
<i>Besteedbaar maandinkomen huishouden #</i>			
0 – 500 euro	46	29	25
500 – 1000 euro	40	31	29
1000 – 2000 euro	34	32	34
> 2000 euro	18	25	57

# Besteedbaar maandinkomen huishouden: inkomen na aftrek van alle vaste lasten

**Bijlage 5:** Differentiatie in verwacht zorggebruik naar diagnose

	Geen gebruik van de GGZ (n = 1713) (%)	Minder gebruik van de GGZ (n = 1266) (%)	Evenveel gebruik van de GGZ (n = 1298) (%)
Totaal	40	30	30
Angststoornis	41	31	28
Stemmingsstoornis	41	29	29
Persoonlijkheidsstoornis	39	30	31
Schizofrenie of andere psychotische stoornis	37	23	40
Gedragstoornis	49	30	21
Verslavingsproblematiek	55	30	15
Aanpassingsstoornis	29	35	36

**Vervolg Bijlage 5: Differentiatie in verwacht zorggebruik naar diagnose**

	Geen gebruik van de GGZ (n = 1713) (%)	Minder gebruik van de GGZ (n = 1266) (%)	Evenveel gebruik van de GGZ (n = 1298) (%)
Dementie of andere cognitieve stoornis	19	25	56
Ontwikkelingsstoornis	36	31	33
Eetstoornis	43	36	21
Dissociatieve stoornis	15	21	64
Meerdere van bovenstaande diagnoses	36	33	32

**Bijlage 6: Differentiatie in verwacht zorggebruik naar zorgcircuit**

	Geen gebruik van de GGZ (n = 1713) (%)	Minder gebruik van de GGZ (n = 1266) (%)	Evenveel gebruik van de GGZ (n = 1298) (%)
Totaal	40	30	30
Vrijgevestigd psycholoog of psychiater	35	30	35
Jeugd-GGZ	48	30	22
Volwassenenzorg	39	30	31
Ouderenzorg	44	26	30
Beschermd of begeleid wonen	43	29	28
Verslavingszorg	57	24	19

**Bijlage 7: Differentiatie in verwacht zorggebruik naar ervaren ernst van de klachten en noodzaak van zorg**

	Geen gebruik van de GGZ (n = 1713) (%)	Minder gebruik van de GGZ (n = 1266) (%)	Evenveel gebruik van de GGZ (n = 1298) (%)
Totaal	40	30	30
<i>Ervaring klachten</i>			
Geen klachten	38	26	36

Vervolg <b>Bijlage 7</b> : Differentiatie in verwacht zorggebruik naar ervaren ernst van de klachten en noodzaak van zorg				
	Geen gebruik van de GGZ (n = 1713) (%)	Minder gebruik van de GGZ (n = 1266) (%)	Evenveel gebruik van de GGZ (n = 1298) (%)	
Milde klachten	37	32	31	
Ernstige klachten	41	29	30	
<i>Zorg nodig om met problemen om te gaan</i>				
Niet noodzakelijk	40	33	27	
Soms noodzakelijk	35	34	31	
Noodzakelijk	39	31	30	
Zeer noodzakelijk	43	27	30	