

DE TOEGANKELIJKHEID VAN EERSTELIJNSPSYCHOLOGEN

Een onderzoek naar de verzekeringstechnische en geografische toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen

J.Mesman
P.F.M. Verhaak

Utrecht, januari 2001



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Nivel - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030-2729700

**In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Directie Geestelijke Gezondheidszorg;
Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang**

De toegankelijkheid van Eerstelijnspsychologie.

Een onderzoek naar de verzekeringstechnische en geografische toegankelijkheid van eerstelijnspsychologie

J. Mesman, P.F.M. Verhaak

Utrecht: Nivel

ISBN: 90-6905-513-9

Trefw.: eerstelijnspsychologen, verzekeringen

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd 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 (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

In april 2000 ontving het NIVEL van het ministerie van VWS de uitnodiging om een offerte in te dienen voor een onderzoek naar de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog. De te beantwoorden hoofdvraag luidde: "vormt de wijze waarop de eerstelijnspsycholoog gefinancierd wordt een belemmering in de doorverwijzing door huisartsen". Het ingediende voorstel, waarvoor in augustus opdracht voor uitvoering werd gegeven, had als vraagstellingen:

1. Is er een samenhang tussen het aantal eerstelijnspsychologen in een bepaalde regio en het aantal verwijzingen door de huisarts?
2. Welk deel van de Nederlandse bevolking is verzekerd voor hulp door een eerstelijnspsycholoog en wat zijn de kenmerken van deze groep?
3. Hoe groot zal de vraag naar hulp van de eerstelijnspsychologen zijn van diegenen die daar thans niet voor verzekerd zijn, wanneer deze hulp in verzekerings-technische zin algemeen toegankelijk wordt?
4. Welke verzekeringstechnische oplossingen zijn mogelijk om de aangetroffen ongelijkheid in toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog op te heffen?
5. Wat zijn de veranderingen in kosten bij de verschillende oplossingen?

Het onderzoek is uitgevoerd in augustus-december 2000. Het resultaat ervan is in dit rapport weergegeven. Gedurende het onderzoek werden de onderzoekers bijgestaan door een begeleidingscommissie die driemaal bijeenkwam en de finale versie van de rapportage nogmaals schriftelijk becommentarieerde. In deze begeleidingscommissie hadden vertegenwoordigers van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de sectie AMW van de Vereniging van Ondernemingen in de Gepremieerde Sector (VOG-AMW), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zitting. Voorts werden de onderzoekers met betrekking tot het kostendeel geadviseerd door Dr F. van Merode en Drs S. Evers van de vakgroep Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg (BEOZ) van de Universiteit Maastricht.

Op deze plaats willen we de leden van de begeleidingscommissies en de adviseurs bedanken voor hun bijdrage en inzet om dit onderzoek op een geslaagde wijze te kunnen afronden.

INHOUDSOPGAVE

	Blz
1. Inleiding	7
1.1 De eerstelijnspsycholoog	8
1.2 Toegankelijkheid en verwijzing	9
1.3 Doelstelling en onderzoeksvragen	10
1.4 Opbouw van dit rapport	12
2. Methoden	13
2.1 gebruikte databestanden	13
2.2 Geografische toegankelijkheid	16
2.3 Demografische toegankelijkheid	16
2.4 Verzekeringstechnische toegankelijkheid	17
2.5 Oplossingen en kosten	18
3. Geografische toegankelijkheid	19
3.1 Spreiding en verwijzing	19
3.2 Mening huisartsen	21
3.3 Samenvatting en conclusies	21
4. Feitelijke en potentiële cliëntenpopulatie	23
4.1 Kenmerken cliëntenpopulatie	23
4.1.1 Problematiek	23
4.1.2 Demografisch kenmerken	24
4.2 Potentiële cliënten populatie	25
4.3 Samenvatting en conclusies	26
5. Verzekeringstechnische toegankelijkheid	27
5.1 Inhoud polispakketten	27
5.2 Bereik vergoedingen	28
5.2.1 Vergoedingen algemene bevolking	28
5.2.2 Vergoedingen cliëntenpopulatie	33
5.3 Verschillen tussen wel- en niet-verzekerden	35
5.3.1 Demografische kenmerken en problematiek	35
5.3.2 Houding ten opzichte van eerstelijnspsycholoog	36
5.4 Mening huisartsen	38
5.5 Samenvatting en conclusies	39

6	Kosten van opname eerstelijnspsycholoog in de basisverzekering van het ziekenfonds	41
	6.1 Berekening kosteneffect	41
	6.2 Discussie	44
7	Conclusies en aanbevelingen	47
	7.1 Conclusies	47
	7.2 Methodologische kanttekeningen	48
	7.3 Aanbevelingen	49
	LITERATUUR	51
	BIJLAGEN	53
	Bijlage A: Vragenlijst pakketkeuze	55

1. Inleiding

Dit rapport betreft de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog en knelpunten die daarbij geconstateerd kunnen worden. Het in dit rapport beschreven onderzoek heeft zijn oorsprong in de Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg 1999 (Ministerie van VWS, 1998). In deze beleidsvisie wordt een analyse gegeven van de ontwikkeling van de zorgvraag en de consequenties daarvan voor de organisatie van het zorgproces. Op basis daarvan worden speerpunten in het beleid geformuleerd. Er wordt geconstateerd dat de omvang van de psychische problematiek hoog is, hoewel het hulpzoekgedrag bij psychische problemen terughoudend is en in het verleden veel onbehandeld bleef. Hierin komt echter steeds meer verandering (door betere herkenning door publiek en huisarts), hetgeen tot gevolg heeft dat de zorgconsumptie in de gespecialiseerde GGZ de laatste jaren sterk toegenomen is (zie ook Ten Have en Bijl, 1998). Het beleid ten aanzien van de gespecialiseerde GGZ is er de afgelopen decennia op gericht geweest om klinische behandeling waar mogelijk door extramurale opvang te vervangen, hetgeen als gevolg had dat de zorgvraag in de extramurale sector ingewikkelder is geworden. Hierdoor is een spanning ontstaan tussen vraag en beschikbare hulpverleningscapaciteit in de gespecialiseerde GGZ die zich uit in onder andere wachtlijsten.

In de beleidsvisie wordt daarom een scala aan beleidsmaatregelen voorgesteld die moeten leiden tot vergroting van de doeltreffendheid van het zorgaanbod in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De volgende zijn van belang in het licht van het hier gepresenteerde onderzoek

Er wordt gestreefd naar een versterking van de eerstelijns en de rol van de huisarts, waar het gaat om de opvang van psychische problemen. Als kerndisciplines in de eerstelijnszorg GGZ worden genoemd: de huisarts, het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en de eerstelijnspsycholoog. De huisarts heeft in deze visie de taak om met de patiënt de problematiek te analyseren en vast te stellen aan welke hulp behoefte is. Vervolgens behandelt hij zelf, verwijst binnen de eerstelijnszorg naar AMW of eerstelijnspsycholoog of verwijst naar de gespecialiseerde GGZ. Tot deze laatste mogelijkheid wordt alleen overgegaan wanneer de problematiek de mogelijkheden van de eerstelijnszorg te boven gaat en gespecialiseerde diagnostiek of behandeling nodig is. Binnen de eerstelijnszorg biedt het AMW gesprekshulp en praktische dienstverlening. De eerstelijnspsycholoog biedt diagnostiek en kortdurende gesprekshulp met beperkt maximum aantal zittingen.

De toegang tot de gespecialiseerde GGZ¹ zal uitsluitend via de huisarts mogelijk zijn. Hiervoor zullen zogenaamde voordeur-protocollen worden ontwikkeld.

De drie beroepsverenigingen van de betreffende eerstelijnsdisciplines hebben zich in een gezamenlijke publicatie achter de in de beleidsvisie geuite voornemens geschaard (Werkgroep eerstelijns GGZ, 2000). Wel zijn er door hen een aantal knelpunten geconstateerd, waarvan de volgende relevant zijn voor de onderhavige studie. Men constateert dat eerstelijnspsychologen al dan niet gedeeltelijk vergoed worden vanuit aanvullende verzekering van zorgverzekeraars. Men schetst de situatie dat huisartsen hun verwijzing naar de

¹zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten, psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen, Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ) en Regionale Instituten voor Beschermd Wonen (RIBW)

eerstelijnspsycholoog laten afhangen van de verzekeringswijze van de patiënt. Men pleit daarom voor opname van zorg door de eerstelijnspsycholoog in het basispakket van het ziekenfonds dan wel in een aanvullend verzekeringspakket met maximale dekking.

Van de drie genoemde eerstelijnsvoorzieningen wordt de huisarts standaard vergoed door het ziekenfonds en is het algemeen maatschappelijk werk (gefinancierd door de gemeenten) gratis toegankelijk. Alleen de eerstelijnspsycholoog, wordt niet standaard vergoed. De vergoeding voor eerstelijnspsychologen is per verzekering anders geregeld. De voorzieningen in de gespecialiseerde GGZ worden alle vergoed vanwege de AWBZ.

Deze onzekere vergoedingsstructuur voor de eerstelijnspsycholoog zou kunnen leiden tot regionale verschillen in de mate van aantrekkelijkheid om zich als eerstelijnspsycholoog in een regio te vestigen, waardoor mogelijk ook regionale verschillen in het aanbod van eerstelijnspsychologen zouden kunnen optreden. De algemene toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog is daarmee in het geding. Om te kunnen voldoen aan de richtlijnen die in de beleidsvisie zijn opgesteld (het stimuleren van behandeling van lichte psychische problematiek in de eerste lijn), is het daarom van belang zicht te krijgen op de aard en omvang van deze beperkte en wellicht ongelijke toegankelijkheid en op mogelijke oplossingen hiervoor.

Hiertoe is het voorliggende onderzoek uitgevoerd. Het is een onderzoek van beperkte omvang dat beschrijvend van karakter is. Het is gebaseerd op secundaire data, die oorspronkelijk met andere doelstellingen en een aantal jaren geleden zijn verzameld. Het beschrijft de huidige geografische spreiding van de eerstelijnspsychologen, de kenmerken van hun cliënten en potentiële cliënten, en de mate waarin men verzekerd is voor de hulp van eerstelijnspsychologen. Aan het slot worden de kosten berekend die eerstelijnspsychologen zouden genereren wanneer ze een in het basispakket van de ziekenfondsverzekering opgenomen verstrekking waren. Hierbij moet al tevoren benadrukt worden dat dit een berekening is, die ervan uitgaat dat andere omstandigheden gelijk blijven: geen verandering in verwijsgedrag bij huisartsen vanwege de opname van de eerstelijnspsycholoog in het ziekenfondspakket, geen verandering (en kostenbesparing of -stijging) in andere verwijsstromen binnen de eerstelijnslijn of naar de gespecialiseerde GGZ. Om dergelijke effecten te onderzoeken kan men zich niet tot een beschrijvend onderzoek beperken, maar zijn veldexperimenten meer geëigend. Dergelijke experimenten staan overigens ook op het programma dat in de beleidsvisie GGZ geschetst is.

In het vervolg van dit hoofdstuk worden kort de ontstaansgeschiedenis en de kenmerken van eerstelijnspsychologen beschreven en worden hiaten in de huidige kennis over de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog uiteengezet. Vervolgens worden de doelstellingen, de onderzoeksvragen en de onderzoeksopzet gepresenteerd. Ten slotte wordt de opbouw van dit rapport kort beschreven.

1.1 De eerstelijnspsycholoog

Psychologen zijn de jaren '70 samenwerking gaan zoeken met huisartsen (zie voor een gedetailleerde weergave: Schut & Bensing, 1977). In eerste instantie geschiedde deze samenwerking vooral vanuit de instellingen waar psychologen werkzaam waren, zoals PAAZ-en, Medisch Opvoedkundige Bureaus en

dergelijke. Vanaf de tachtiger jaren gingen psychologen zich zelfstandig vestigen in de eerstelijns en werden ze geleidelijk aan als verstrekking opgenomen in verschillende ziektekostenverzekeringen. Vanaf dat moment komt ook de term eerstelijnspsycholoog in zwang. Sinds 1992 wordt door het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) een register voor eerstelijnspsychologen bijgehouden. In 1988 waren er ongeveer 155 fte eerstelijnspsychologen in Nederland (De Rooij & Verhaak, 1989). Dit aantal was in 1994 verdubbeld (Brunenberg et al., 1995) en blijkt uit opgave van het NIP zijn begin 1999 760 psychologen gekwalificeerd als eerstelijnspsycholoog (Jaarverslag NIP, 1998). De eerstelijnspsycholoog kenmerkt zich door een generalistische werkwijze, de doelstelling om cliënten in een beperkt aantal zittingen te behandelen (gemiddeld 8 en maximaal 15) en de reguliere samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg, met name de huisarts van wie ruim 85% van de aanmeldingen afkomstig is (Hutschemaekers & van de Camp, 1999). Het werkveld van de eerstelijnspsycholoog betreft met name de behandeling van mensen met stemmingsstoornissen, angststoornissen en aanpassingsstoornissen. De cliënten hebben veelal geen ernstige symptomen en zijn geen gevaar voor zichzelf of anderen. Is dit wel het geval dan verwijst de eerstelijnspsycholoog in overleg met de huisarts door naar de gespecialiseerde GGZ. (Werkgroep eerstelijns GGZ, 2000) Uit een onderzoek onder 369 eerstelijnspsychologen en 2953 van hun cliënten uitgevoerd door het Trimbos Instituut bleek dat er meer vrouwen dan mannen als eerstelijnspsycholoog werken en dat zij gemiddeld 43 jaar oud zijn (Wentink et al., in druk). Verder bleek dat vrijwel alle respondenten zijn aangesloten bij een Regionaal Orgaan Eerstelijnspsychologen (ROEP) en dat 84% staat geregistreerd als eerstelijnspsycholoog. Ongeveer twee derde van de eerstelijnspsycholoog is alleen werkzaam in die functie en de overige een derde is ook werkzaam als psychotherapeut, GGZ-psycholoog, of vrijgevestigd psycholoog. De beroepsgroep is sinds 1997 verenigd in de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE).

1.2 Toegankelijkheid en verwijzing

In dit onderzoek zal nagegaan worden wat de consequenties zijn van een volledige toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog in verzekeringstechnische zin.

Met betrekking tot de vergoeding door verzekeringen is bekend dat de voorziening niet is opgenomen in het basispakket van het ziekenfonds en veelal is opgenomen in aanvullende verzekeringspolissen waarbij tot een maximum aantal zittingen een vaste vergoeding per zitting wordt verstrekt. Ook is bekend dat de kosten voor de patiënt van de eerstelijnspsycholoog door huisartsen een belangrijke zwakke kant van deze voorziening wordt gevonden (Verhaak et al., 1997). Precies inzicht in de mate waarin deze voorziening in de aangeboden verzekeringspolissen is opgenomen, ontbreekt. Ook is onduidelijk in welke mate Nederlanders aanvullend zijn verzekerd zijn voor de eerstelijnspsycholoog, of er verschillen zijn tussen mensen die daar wel of niet voor verzekerd zijn en in hoeverre het niet verzekerd zijn daarvoor voor de huisarts een belemmering vormt bij het verwijzen naar die voorziening.

In zijn meest simpele vorm zou dit onderzoek zich kunnen richten op een inventarisatie van het aantal personen dat thans niet verzekerd is: dit is de mate waarin de eerstelijnspsycholoog in verzekeringstechnische zin niet toegankelijk is. Met diezelfde mate zouden dan de kosten toenemen wanneer deze groep door opname van de eerstelijnspsycholoog in het basis-ziekenfondspakket wel verzekerd zou zijn. Hoewel we in de

inleiding reeds benadrukten dat we de genoemde consequenties slechts in een “statische” context kunnen presenteren, is het toch van belang om in beschrijvende zin melding te maken van factoren die deze consequenties kunnen beïnvloeden.

Een van die factoren is de geografische spreiding van het aanbod aan eerstelijnspsychologen.

Een tweede factor betreft mogelijke selectieve verwijzingsmechanismen als gevolg van interactie tussen verzekeringsvorm en demografische kenmerken (zoals leeftijd, inkomen en opleiding) van de cliënt.

Wat de geografische spreiding betreft: het is mogelijk dat ongelijke toegankelijkheid in verzekeringstechnische zin tot een ongelijke geografische verdeling van het aanbod heeft geleid. Zorgverzekeraars zijn immers van oorsprong regionaal georiënteerd. Wanneer toegankelijkheid in verzekeringstechnische zin landelijk gelijk wordt, kan dit leiden tot een onevenredige groei van het aanbod in achtergebleven regio's. Dit zal als resultaat een plaatselijk grotere toename van het aanbod van en de vraag om hulp van eerstelijnspsychologen hebben dan te verwachten op basis van de toename van het aantal verzekerden alleen. Wat betreft de geografische toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog werd in eerder onderzoek gevonden dat 64% van de huisartsen de eerstelijnspsycholoog geografisch een makkelijk bereikbare voorziening vindt, tegenover 62% met betrekking tot het RIAGG en 93% met betrekking tot het AMW (Verhaak et al., 1997). Uit het eerder genoemde Trimbos-onderzoek (Wentink et al., in druk) bleek dat in Nederland op de 100.000 inwoners gemiddeld 5 eerstelijnspsychologen zijn. De regio Utrecht heeft relatief het hoogste aantal eerstelijnspsychologen (7 per 100.000), terwijl de regio Randstad Midden naar verhouding het laagste aantal inwoners heeft (3 per 100.000). In hoeverre dergelijke regionale verschillen in aantallen eerstelijnspsychologen gerelateerd zijn aan het verwijzingsgedrag van huisartsen is niet bekend.

Selectieve verwijzingen kunnen het gevolg zijn van demografisch kenmerken van de patiënt, op basis waarvan de huisarts de patiënt in kwestie niet geschikt acht voor verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog (bijvoorbeeld onvoldoende verbale ontwikkeling). Selectieve verwijzingen kunnen ook het gevolg zijn van de manier waarop de patiënt verzekerd is en dan met name van de vraag of in die verzekering een vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog is opgenomen. En deze beide factoren kunnen samenhangen: mensen met bepaalde achtergrondkenmerken zijn niet voor de eerstelijnspsycholoog verzekerd en worden niet naar die voorziening doorverwezen. Analyse van achtergrondkenmerken van verzekerden en onverzekerden, in combinatie met bij deze mensen aangetroffen klachtenpatronen is daarom aangewezen.

1.3 Doelstelling en onderzoeksvragen

Naar aanleiding van de hiaten in kennis over de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog en het beleidsmatige belang dat hieraan wordt gehecht, is het doel van dit onderzoek tweeledig: (1) het vast stellen van de invloed van geografische, demografische en verzekeringstechnische factoren op de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog; (2) het formuleren van mogelijke oplossingen voor eventuele ontoereikende toegankelijkheid en de kosten die daaraan zijn verbonden. Om te kunnen voldoen aan deze doelstellingen zijn 4 onderzoeksvragen geformuleerd. Deze zijn als volgt:

1. In hoeverre is de eerstelijnspsycholoog geografisch gezien een toegankelijke voorziening?

dergelijke. Vanaf de tachtiger jaren gingen psychologen zich zelfstandig vestigen in de eerstelijns en werden ze geleidelijk aan als verstrekking opgenomen in verschillende ziektekostenverzekeringen. Vanaf dat moment komt ook de term eerstelijnspsycholoog in zwang. Sinds 1992 wordt door het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) een register voor eerstelijnspsychologen bijgehouden. In 1988 waren er ongeveer 155 eersteelijnspsychologen in Nederland (De Rooij & Verhaak, 1989). Dit aantal was in 1994 verdubbeld (Brunenberg et al., 1995) en blijkt op basis van het NIP zijn begin 1999 760 psychologen gekwalificeerd als eerstelijnspsycholoog (Jaarverslag NIP, 1998). De eerstelijnspsycholoog kenmerkt zich door een generalistische werkwijze, de doelstelling om cliënten in een beperkt aantal zittingen te behandelen (gemiddeld 8 en maximaal 15) en de reguliere samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg, met name de huisarts van wie ruim 85% van de aanmeldingen afkomstig is (Hutschemaekers & van de Camp, 1999). Het werkveld van de eerstelijnspsycholoog betreft met name de behandeling van mensen met stemmingsstoornissen, angststoornissen en aanpassingsstoornissen. De cliënten hebben veelal geen ernstige symptomen en zijn geen gevaar voor zichzelf of anderen. Is dit wel het geval dan verwijst de eerstelijnspsycholoog in overleg met de huisarts door naar de gespecialiseerde GGZ. (Werkgroep eerstelijns GGZ, 2000) Uit een onderzoek onder 369 eerstelijnspsychologen en 2953 van hun cliënten uitgevoerd door het Trimbos Instituut bleek dat er meer vrouwen dan mannen als eerstelijnspsycholoog werken en dat zij gemiddeld 43 jaar oud zijn (Wentink et al., in druk). Verder bleek dat vrijwel alle respondenten zijn aangesloten bij een Regionaal Orgaan Eerstelijnspsychologen (ROEP) en dat 84% staat geregistreerd als eerstelijnspsycholoog. Ongeveer twee derde van de eerstelijnspsycholoog is alleen werkzaam in die functie en de overige een derde is ook werkzaam als psychotherapeut, GGZ-psycholoog, of vrijgevestigd psycholoog. De beroepsgroep is sinds 1997 verenigd in de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE).

1.2 Toegankelijkheid en verwijzing

In dit onderzoek zal nagegaan worden wat de consequenties zijn van een volledige toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog in verzekeringstechnische zin.

Met betrekking tot de vergoeding door verzekeringen is bekend dat de voorziening niet is opgenomen in het basispakket van het ziekenfonds en veelal is opgenomen in aanvullende verzekeringspolissen waarbij tot een maximum aantal zittingen een vaste vergoeding per zitting wordt verstrekt. Ook is bekend dat de kosten voor de patiënt van de eerstelijnspsycholoog door huisartsen een belangrijke zwakke kant van deze voorziening wordt gevonden (Verhaak et al., 1997). Precies inzicht in de mate waarin deze voorziening in de aangeboden verzekeringspolissen is opgenomen, ontbreekt. Ook is onduidelijk in welke mate Nederlanders aanvullend zijn verzekerd zijn voor de eerstelijnspsycholoog, of er verschillen zijn tussen mensen die daar wel of niet voor verzekerd zijn en in hoeverre het niet verzekerd zijn daarvoor voor de huisarts een belemmering vormt bij het verwijzen naar die voorziening.

In zijn meest simpele vorm zou dit onderzoek zich kunnen richten op een inventarisatie van het aantal personen dat thans niet verzekerd is: dit is de mate waarin de eerstelijnspsycholoog in verzekeringstechnische zin niet toegankelijk is. Met diezelfde mate zouden dan de kosten toenemen wanneer deze groep door opname van de eerstelijnspsycholoog in het basis-ziekenfondspakket wel verzekerd zou zijn. Hoewel we in de

inleiding reeds benadrukten dat we de genoemde consequenties slechts in een "statische" context kunnen presenteren, is het toch van belang om in beschrijvende zin melding te maken van factoren die deze consequenties kunnen beïnvloeden.

Een van die factoren is de geografische spreiding van het aanbod aan eerstelijnspsychologen.

Een tweede factor betreft mogelijke selectieve verwijsmechanismen als gevolg van interactie tussen verzekeringsvorm en demografische kenmerken (zoals leeftijd, inkomen en opleiding) van de cliënt.

Wat de geografische spreiding betreft: het is mogelijk dat ongelijke toegankelijkheid in verzekeringstechnische zin tot een ongelijke geografische verdeling van het aanbod heeft geleid. Zorgverzekeraars zijn immers van oorsprong regionaal georiënteerd. Wanneer toegankelijkheid in verzekeringstechnische zin landelijk gelijk wordt, kan dit leiden tot een onevenredige groei van het aanbod in achtergebleven regio's. Dit zal als resultaat een plaatselijk grotere toename van het aanbod van en de vraag om hulp van eerstelijnspsychologen hebben dan te verwachten op basis van de toename van het aantal verzekerden alleen. Wat betreft de geografische toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog werd in eerder onderzoek gevonden dat 64% van de huisartsen de eerstelijnspsycholoog geografisch een makkelijk bereikbare voorziening vindt, tegenover 62% met betrekking tot het RIAGG en 93% met betrekking tot het AMW (Verhaak et al., 1997). Uit het eerder genoemde Trimbos-onderzoek (Wentink et al., in druk) bleek dat in Nederland op de 100.000 inwoners gemiddeld 5 eerstelijnspsychologen zijn. De regio Utrecht heeft relatief het hoogste aantal eerstelijnspsychologen (7 per 100.000), terwijl de regio Randstad Midden naar verhouding het laagste aantal inwoners heeft (3 per 100.000). In hoeverre dergelijke regionale verschillen in aantallen eerstelijnspsychologen gerelateerd zijn aan het verwijsgedrag van huisartsen is niet bekend.

Selectieve verwijzingen kunnen het gevolg zijn van demografisch kenmerken van de patiënt, op basis waarvan de huisarts de patiënt in kwestie niet geschikt acht voor verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog (bijvoorbeeld onvoldoende verbale ontwikkeling). Selectieve verwijzingen kunnen ook het gevolg zijn van de manier waarop de patiënt verzekerd is en dan met name van de vraag of in die verzekering een vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog is opgenomen. En deze beide factoren kunnen samenhangen: mensen met bepaalde achtergrondkenmerken zijn niet voor de eerstelijnspsycholoog verzekerd en worden niet naar die voorziening doorverwezen. Analyse van achtergrondkenmerken van verzekerden en onverzekerden, in combinatie met bij deze mensen aangetroffen klachtenpatronen is daarom aangewezen.

1.3 Doelstelling en onderzoeksvragen

Naar aanleiding van de hiaten in kennis over de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog en het beleidsmatige belang dat hieraan wordt gehecht, is het doel van dit onderzoek tweeledig: (1) het vast stellen van de invloed van geografische, demografische en verzekeringstechnische factoren op de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog; (2) het formuleren van mogelijke oplossingen voor eventuele ontoereikende toegankelijkheid en de kosten die daaraan zijn verbonden. Om te kunnen voldoen aan deze doelstellingen zijn 4 onderzoeksvragen geformuleerd. Deze zijn als volgt:

1. In hoeverre is de eerstelijnspsycholoog geografisch gezien een toegankelijke voorziening?

2. Is de eerstelijnspsycholoog voor verschillende lagen van de bevolking even toegankelijk?
3. In hoeverre is de eerstelijnspsycholoog verzekeringstechnisch gezien een toegankelijke voorziening?
4. Welke oplossingen zijn mogelijk om de eventuele ontoereikende toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog op te heffen en welke kosten zijn daaraan verbonden?

Teneinde de eerste drie hoofdvragen met betrekking tot de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog te beantwoorden zijn een aantal deelvragen geformuleerd. De eerste vraag is uitgewerkt aan de hand van 2 deelvragen. De geografische toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog kan op twee manieren worden bekeken. Ten eerste is het van belang na te gaan of de mate van aanwezigheid van eerstelijnspsychologen in een regio het verwijsgedrag van huisartsen beïnvloedt. Ten tweede kan de mening van de huisartsen over de geografische toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog een rol spelen bij de mate van verwijzing naar deze voorziening. Dit is van speciaal belang omdat huisartsen bij uitstek diegenen zijn die bepalen of cliënten wel of niet bij de eerstelijnspsycholoog terecht komen. De deelvragen met betrekking tot de eerste onderzoeksvraag zijn daarom als volgt:

1. *In hoeverre is de eerstelijnspsycholoog geografisch gezien een toegankelijke voorziening?*
 - a. Hoe gelijkmatig zijn eerstelijnspsychologen over Nederland gespreid
 - b. Is er samenhang tussen het aantal eerstelijnspsychologen in een bepaalde regio en het aantal verwijzingen door huisartsen?
 - c. In hoeverre is een eventueel tekort aan eerstelijnspsychologen in de regio een belemmering voor huisartsen om naar die voorziening te verwijzen?

De tweede deelvraag is ook uitgewerkt in 2 deelvragen. Wanneer de toegankelijkheid van een bepaalde voorziening wordt bekeken, is het van belang te weten of er sprake is van selectiviteit in deze populatie op basis van demografische kenmerken. Daartoe wordt eerst gekeken naar de kenmerken van de huidige cliëntenpopulatie van eerstelijnspsychologen wat betreft problematiek en demografische samenstelling. Daarna wordt gekeken naar de kenmerken van de potentiële cliëntenpopulatie van deze voorziening, namelijk van personen met problematiek die typisch behandeld worden door eerstelijnspsychologen. Vervolgens wordt nagegaan of er verschillen zijn in demografische kenmerken tussen beide populaties om eventuele selectiviteit in de huidige cliëntengroep op te sporen. De deelvragen behorende bij de tweede onderzoeksvraag luiden daarom:

2. *Is de eerstelijnspsycholoog voor verschillende lagen van de bevolking even toegankelijk?*
 - a. Wat is de demografische samenstelling van de huidige cliëntenpopulatie?
 - b. Wat is de demografische samenstelling van de potentiële cliënten?
 - c. Zijn er discrepanties tussen de achtergrondkenmerken van feitelijke cliënten en de hele populatie met vergelijkbare problematiek?

Met betrekking tot de verzekeringstechnische toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog zijn 5 deelvragen geformuleerd. Eerst dient te worden bekeken wat de aard en hoogte van de vergoedingen zoals die nu zijn

opgenomen in verschillende verzekeringspolissen. Voorts dient inzicht te worden verkregen in welk deel van de algemene bevolking voor de vergoedingen van deze voorziening in aanmerking komt en de mate waarin de huidige cliëntenpopulatie van eerstelijnspsychologen verzekerd is voor deze voorziening. Vervolgens is het de vraag of mensen die wel voor de eerstelijnspsycholoog zijn verzekerd verschillen van mensen die hier niet voor zijn verzekerd wat betreft demografische kenmerken, problematiek en houding ten opzichte van (het verzekerd zijn voor) de eerstelijnspsycholoog. Dergelijke verschillen zouden selectieve toegankelijkheid tot de voorziening kunnen betekenen. Ten slotte kan de mate waarin de huisarts het niet-verzekerd zijn van patiënten zien als belemmering voor het verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog van invloed zijn op de samenstelling van de cliëntenpopulatie van deze voorziening. Daarom is ook de mening van de huisarts over de verzekeringstechnische toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog van belang en met name in relatie met het werkelijke verwijsgedrag van de huisarts. De deelvragen behorende bij vraag 3 luiden dan ook:

3. *In hoeverre is de eerstelijnspsycholoog verzekeringstechnisch gezien een toegankelijke voorziening?*
 - a. Wat is de aard en hoogte van de vergoeding voor de hulp door eerstelijnspsychologen in verschillende verzekeringspolissen?
 - b. Welk deel van de Nederlandse bevolking is verzekerd voor hulp door een eerstelijnspsycholoog en in welke mate?
 - c. Hoe is de cliëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog samengesteld wat betreft het wel of niet vergoed krijgen van de hulp die door deze voorziening wordt geboden?
 - d. Zijn er verschillen tussen de groep die wel en de groep die niet verzekerd is voor de eerstelijnspsycholoog wat betreft demografische kenmerken, problematiek en houding ten opzichte van (het verzekerd zijn voor) de eerstelijnspsycholoog?
 - e. In hoeverre is het niet-verzekerd zijn voor de eerstelijnspsycholoog een belemmering voor de huisarts om patiënten naar die voorziening te verwijzen?

1.4 Opbouw van dit rapport

In hoofdstuk 2 worden de methoden van dit onderzoek beschreven en in hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de geografische toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog (vraag 1). Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten met betrekking tot de demografische toegankelijkheid (vraag 2). In hoofdstuk 5 wordt aandacht besteed aan de verzekeringstechnische toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog (vraag 3) en hoofdstuk 6 beschrijft mogelijke oplossingen voor de ongelijke toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog en de daaraan verbonden kosten (vraag 4). Ten slotte worden in hoofdstuk 7 de resultaten geïntegreerd en besproken in termen van conclusies en aanbevelingen.

2. Methoden

2.1 Gebruikte databestanden

Gegeven de korte looptijd van het onderzoek (6 maanden) was het niet mogelijk binnen die tijd alle benodigde data zelf te verzamelen. Er is dan ook gekozen voor een opzet waarin vooral gebruik wordt gemaakt van bestaande relevante data-bestanden van verschillende voorgaande onderzoeken. De volgende onderzoeksbestanden zijn gebruikt.

NIVEL-onderzoek huisartsen.

Dit betrof een schriftelijke enquête onder een gestratificeerde steekproef huisartsen, namelijk huisartsen uit de werkgebieden van 37 AMW-instellingen. In deze enquête kwamen de meningen van huisartsen aan de orde over contacten met en bereikbaarheid van het AMW, de RIAGG, eerstelijnspsychologen en psychiaters. Van deze huisartsen is ook bekend in welke regio zij zijn gevestigd, de reden waarom zij niet naar deze voorzieningen verwijzen en hun oordeel over de zwakke kanten van deze voorzieningen. Deze enquête werd beantwoord door 507 huisartsen (respons 53%), die naar leeftijd, geslacht, praktijkvorm en urbanisatiegraad van de praktijk niet afwijken van de landelijke populatie. Deze gegevens zijn in 1996 verzameld (Verhaak et al., 1997). Omdat de steekproef gestratificeerd is naar AMW-werkgebied ontbreken gegevens van huisartsen uit 7 van de 23 door ons onderscheiden regio's.

NIVEL-onderzoek verwezen patiënten.

In het kader van het zogenaamde 'poortwachtersonderzoek' registreerden 54 huisartsen gedurende een jaar gegevens over alle patiënten die vanwege psychische problemen werden verwezen. Gegevens zijn beschikbaar over 704 patiënten die door de huisarts naar de eerstelijnspsycholoog (217), RIAGG (160) en AMW (262) zijn verwezen. Van de patiënten die naar de eerstelijnspsychologen zijn verwezen zijn voor 115 respondenten gegevens bekend over leeftijd, geslacht, opleiding, burgerlijke staat, werksituatie en diagnose bekend zijn. Deze gegevens zijn in 1997-1999 verzameld (Heiligers en Verhaak, 2000).

Trimbos-onderzoek eerstelijnspsychologen.

Het Trimbos heeft in 1998 een enquête uitgezet onder alle leden van de toenmalige sectie eerstelijnspsychologen van het NIP. Na zuivering van het oorspronkelijke bestand was de respons 49%. In dit onderzoek werden gegevens verzameld over eerstelijnspsychologen (persoonskenmerken, kenmerken van beroepsuitoefening) en hun cliënten (sociaal-demografische kenmerken, hulpvragen, geleverde zorg). De verzamelde gegevens hebben betrekking op 369 eerstelijnspsychologen en 2953 van hun cliënten. Het biedt inzicht in de regionale spreiding van eerstelijnspsychologen, het aantal uren dat zij werken en achtergrondkenmerken van hun cliënten anno 1998. (Wentink et al., 2001)

Trimbos-onderzoek NEMESIS.

Gegevens over het voorkomen van psychopathologie in de bevolking en onder mensen die verwezen zijn naar vrijgevestigde psychologen en psychiaters zijn beschikbaar in het zogenaamde NEMESIS-onderzoek. In dit onderzoek zijn landelijk representatieve gegevens verzameld over het voorkomen van en hulp zoeken bij psychiatrische stoornissen in 1997-1999. Een en ander kan gerelateerd worden aan socio-demografische kenmerken van de respondenten. De stoornissen zijn geassocieerd in de DSM, het internationaal classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen. De gegevens zijn gebaseerd op de antwoorden van een steekproef van 7092 personen uit de algemene bevolking. Zie voor een uitgebreide verantwoording van de NEMESIS-dataverzameling: Bijl et al., 1997

NIVEL-Eerste Nationale Studie.

In deze studie registreerden huisartsen gedurende drie maanden alle contacten met hun patiënten. De registratie omvatte onder andere de hulpvraag, de diagnose, de behandeling door de huisarts en eventuele verwijzing. Dit onderzoek is uitgevoerd in 1987 en 1988 en bevat gegevens over de patiënten van 161 huisartsen in Nederland en ongeveer 335.000 van hun patiënten met betrekking tot ICPC-diagnose en demografische kenmerken. Wat betreft psychopathologie onder diverse demografische categorieën zijn de NEMESIS-gegevens in alle opzichten te prefereren (recenter, betere classificatie) maar deze huisartsgegevens bieden als enige inzicht in de verspreiding van psychosociale problematiek (b.v. relatieproblemen) onder diverse bevolkingsgroepen. Alleen daartoe zullen ze worden gebruikt. Bron en verantwoording: Verhaak, 1995.

LVE-gegevens werkadressen ROEP-leden.

De Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen (LVE) heeft beschikking over de werkadressen van alle ROEP-leden (leden van een Regionaal Orgaan Eerstelijns Psychologen). Het gaat om 1197 werkadressen van 751 ROEP-leden.

Jaarverslagen ROEP-en 1998 1999.

De LVE heeft de jaarverslagen van 18 van de 26 ROEP-en verstrekt. Zes jaarverslagen zijn van 1999, maar in 12 gevallen was dat verslag nog niet klaar en is gebruik gemaakt van de verslagen van 1998. In alle verslagen zijn gegevens opgenomen over aanmeldingsproblematiek, geslacht, burgerlijke staat en leeftijd van de cliënten. In 1 verslag waren gegevens opgenomen over het opleidingsniveau van de cliënten.

Telefonisch onderzoek zorgverzekeraars.

Op basis van gegevens van de LVE en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn in september en oktober 2000 alle 54 verzekeringsmaatschappijen telefonisch gevraagd om gegevens met betrekking tot de aard en hoogte van de vergoeding van de hulp door eerstelijnspsychologen. Alle pakketten van ziekenfonds en particuliere verzekeringen waar de eerstelijnspsycholoog in principe in vergoed zou kunnen worden (dus alle behalve het ziekenfonds basispakket) zijn opgenomen in een bestand.

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg.

Dit panel is door het NIVEL samen met de Consumentenbond opgezet, omvat ongeveer 1500 huishoudens en is naar leeftijd, geslacht, en ziektekostenverzekeraar representatief voor de Nederlandse bevolking. Binnen dit panel zijn gedetailleerde gegevens beschikbaar omtrent de demografische kenmerken van de deelnemers. Het panel wordt regelmatig telefonisch en schriftelijk benaderd, hetgeen de mogelijkheid verschaft op korte termijn enige specifieke aanvullende vragen te stellen. In juni 2000 is aan de deelnemers van het panel gevraagd of zij denken wel of niet verzekerd te zijn voor de eerstelijnspsycholoog. Vervolgens is een steekproef van 450 deelnemers geselecteerd voor een vervolgvragenlijst, aangevuld met alle respondenten die in juni hadden aangegeven niet voor de eerstelijnspsycholoog verzekerd te zijn. Deze vervolglst is in oktober 2000 uitgezet en bevat vragen over de keuze van specifieke verzekeringspolissen en het belang dat men hecht aan het specifieke onderdeel 'hulp door eerstelijnspsycholoog' (zie bijlage A).

Op basis van deze (grotendeels secundaire) databestanden zijn de analyses in de komende hoofdstukken uitgevoerd. Het secundaire karakter van deze gegevens brengt met zich mee dat ze in een aantal opzichten als sub-optimaal moeten worden bestempeld. Sommige gegevens zijn gedateerd, in sommige gevallen zijn de verzamelde categorieën ruimer dan wenselijk geweest zou zijn. Deze beperkingen zullen bij het gebruik in acht worden genomen. Voorts hopen we door combinatie van sub-optimale gegevens een bewijsvoering op basis van elkaar versterkende bronnen te kunnen plegen.

In onderstaande tabel staat weergegeven, welke databronnen bij de beantwoording van de verschillende onderzoeksvragen zullen worden gebruikt.

Tabel 2.1 Gegevensbronnen per onderzoeksvraag

Onderzoeksvragen	Gegevensbronnen
Vraag 1: Geografische toegankelijkheid	Nivel-onderzoek huisartsen Trimbos-onderzoek eerstelijnspsychologen LVE-gegevens werkadressen ROEP-leden
Vraag 2: Demografische toegankelijkheid	Jaarverslagen ROEP-en Trimbos-onderzoek eerstelijnspsychologen Trimbos-onderzoek NEMESIS Eerste Nationale Studie, Nivel
Vraag 3: Verzekeringstechnische toegankelijkheid	Consumentenpanel Jaarverslagen ROEP-en Telefonisch onderzoek zorgverzekeraars
Vraag 4: Oplossingen en kosten	Resultaten vraag 1 t/m 3

2.2 Geografische toegankelijkheid

Om de relatie tussen het aantal eerstelijnspsychologen in een regio en de mate waarin huisartsen in die regio naar die voorziening verwijzen te onderzoeken (vraag 1a), is gebruik gemaakt van 3 gegevensbronnen, namelijk het *Nivel-onderzoek huisartsen*, het *Trimbos-onderzoek eerstelijnspsychologen* en de *LVE-gegevens werkadressen ROEP-leden*. Het Nivel-onderzoek onder huisartsen bevat gegevens over de werkadressen van de betreffende huisartsen en het aantal patiënten dat zij in het voorafgaande jaar naar de eerstelijnspsycholoog hebben verwezen. De LVE-gegevens bevat gegevens over de werkadressen van de 751 ROEP-leden (leden van een regionaal orgaan eerstelijnspsychologen) en het Trimbos-onderzoek bevat gegevens van een steekproef van 369 eerstelijnspsychologen uit het bestand van het Nederlands Instituut Psychologen (NIP) met betrekking tot hun werkadressen en het aantal uren dat per week wordt gewerkt. Het LVE-bestand geeft een oververtegenwoordiging van het aantal eerstelijnspsychologen in een regio omdat een relatief groot aantal van hen meerdere werkadressen heeft (totaal 1197 adressen) en omdat hier waarschijnlijk ook personen in zijn vermeld die niet meer werkzaam zijn als eerstelijnspsycholoog. Het Trimbos-bestand geeft uiteraard een ondervertegenwoordiging omdat er sprake is van een steekproef.

In hoeverre huisartsen de geografische (on)toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog als een belemmering ervaren bij het verwijzen naar die voorziening (vraag 1b) is onderzocht aan de hand van het *Nivel-onderzoek huisartsen*. In dit onderzoek is aan 507 huisartsen gevraagd wat de reden was om in het afgelopen jaar niet naar het AMW, de RIAGG of de eerstelijnspsycholoog te verwijzen. Deze vraag gold alleen voor die 60 huisartsen die in het voorafgaande jaar niet naar het AMW, de RIAGG, of de eerstelijnspsycholoog hadden verwezen. Een van de voor gecodeerde redenen voor het niet verwijzen was 'de voorziening bevindt zich niet in (de buurt van) mijn praktijkgebied'. Aan de hand van het aantal huisartsen dat deze uitspraak had aangekruist als reden voor het niet verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog kon worden bekeken of de geografische beschikbaarheid van eerstelijnspsychologen als belemmering wordt ervaren voor het verwijzen naar deze voorziening.

2.3 Demografische toegankelijkheid

De huidige cliëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog (vraag 2a) is in termen van problematiek en demografische kenmerken in kaart gebracht op basis van 4 gegevensbronnen. De *jaarverslagen van 18 ROEP-en* bevatten gegevens met betrekking tot de aanmeldingsklacht, geslacht, leeftijd en burgerlijke staat van de cliënten in het jaar 1998 of 1999. Het *Trimbos-onderzoek onder eerstelijnspsychologen*, bevat gegevens over de DSM-diagnoses onder cliënten van een steekproef van 369 eerstelijnspsychologen en het geslacht, leeftijd, opleiding en burgerlijke staat van de cliënten. Uit het *Nivel-onderzoek onder verwezen patiënten* is gebruik gemaakt van gegevens met betrekking tot de door de huisarts opgegeven reden voor verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog van 115 patiënten (gecodeerd in de huisartsen-classificatie ICPC), alsmede geslacht, leeftijd, opleiding en burgerlijke staat. Ten slotte geven de data uit het *Trimbos-onderzoek*

Nemesis richt op het aantal mensen in de algemene bevolking met verschillende psychiatrische stoornissen (gecodeerd in de DSM) dat bij de vrijevestigde psycholoog, psychiater, of psychotherapeut terecht komt en over geslacht, leeftijd, opleiding en burgerlijke staat van deze mensen.

De potentiële cliëntenpopulatie (vraag 2b) bestaat in principe uit alle mensen met de problematiek die eerstelijnspsychologen plegen te behandelen. Welke problematiek dit is, moet blijken uit de gegevens met betrekking tot de huidige cliëntenpopulatie. Het zou echter zo kunnen zijn dat slechts een selectief gedeelte van de mensen met deze klachten bij de eerstelijnspsycholoog terechtkomen. Om daarachter te komen wordt gekeken naar de demografische kenmerken van mensen met dergelijke problemen in de algemene bevolking. Deze worden verkregen uit het *Trimbos-onderzoek Nemesis* (1997-1999) en de *Eerste Nationale Studie van het Nivel* (1987-1988). Het eerste bestand bevat gegevens over de relatie tussen DSM-diagnoses en demografische kenmerken van 7092 personen uit de algemene bevolking. Het tweede bestand bevat gegevens over de relatie tussen andere psychische problematiek (zoals relatieproblemen, werkproblemen) en demografische kenmerken in een populatie van 335.000 patiënten van 161 huisartsen. Het tweede bestand is inmiddels 12 jaar oud, maar is hier gebruikt omdat er geen andere, meer recente gepubliceerde studies bekend zijn naar het voorkomen van dergelijke problemen in de algemene bevolking. De gegevens uit de twee bestanden worden vervolgens vergeleken met de demografische kenmerken van de werkelijke cliëntenpopulatie. Verschillen in achtergrondkenmerken tussen de potentiële en werkelijke cliëntenpopulatie kunnen duiden op selectieve doorverwijzing en de aard van de verschillen kan inzicht geven in de reden van deze mogelijke selectie.

2.4 Verzekeringstechnische toegankelijkheid

Wat betreft de verzekeringstechnische toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog (vraag 3 en 4) zijn 2 korte data-verzamelingen uitgevoerd. Met betrekking tot de aard en hoogte van de vergoedingen voor hulp door eerstelijnspsychologen (vraag 3a) heeft een *telefonische data-verzameling* plaatsgevonden onder 50 zorgverzekeraars. Aan elke verzekeraar werd gevraagd welke polissen zij hebben en in welke de hulp door eerstelijnspsychologen op de een of andere manier vergoed wordt en op welke manier.

Het *Consumentenpanel gezondheidszorg* is geraadpleegd om erachter te komen welk deel van de Nederlandse bevolking verzekerd is voor de hulp door eerstelijnspsychologen en in welke mate (vraag 3b).

Om de vraag te beantwoorden hoe de cliëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog is samengesteld wat betreft het wel of niet vergoed krijgen van de hulp die door deze voorziening wordt geboden (vraag 3c) is gebruik gemaakt van de *jaarverslagen van de ROEP-en*. In deze verslagen is veelal informatie opgenomen over de aard en hoogte van de vergoeding die cliënten eventueel krijgen opgenomen.

De vergelijking tussen de groep die wel en de groep die niet verzekerd is voor de eerstelijnspsycholoog (vraag 3d) kon gemaakt worden op basis van gegevens afkomstig van het Consumentenpanel. Ten eerste kon gekeken worden naar de demografische kenmerken die standaard bekend zijn van de deelnemers. Voorts is

in de vervolgvragenlijst van oktober 2000 gevraagd naar hun motieven om een bepaalde polis te kiezen, het belang dat zij hechten aan het verzekerd zijn voor de eerstelijnspsycholoog en het bestaan van psychische problematiek in het afgelopen jaar.

Om te onderzoeken of het niet verzekerd zijn van patiënten voor de hulp door een eerstelijnspsycholoog een belemmering is voor huisartsen om naar die beroepsgroep te verwijzen (vraag 3e) is weer gebruik gemaakt van het eerder genoemde *Nivel-onderzoek huisartsen*. Bij de vraag waarom huisartsen niet naar het AMW, de RIAGG, of de eerstelijnspsycholoog hadden verwezen in het afgelopen jaar was het gebrek aan een vergoeding door verzekeraars niet opgenomen als antwoordcategorie. Wel was gevraagd wat de huisartsen als zwakke punten van het AMW, de RIAGG en de eerstelijnspsycholoog zien. Aan de hand van deze vraag kon worden gekeken of huisartsen die hierbij als zwak punt van de eerstelijnspsycholoog de kosten aangaven ook minder naar deze voorziening verwijzen.

2.5 Oplossingen en kosten

Oplossingen voor eventuele selectieve of ontoereikende toegankelijkheid tot de eerstelijnspsycholoog zullen worden aangedragen op basis van de resultaten van de eerste 3 onderzoeksvragen. De kosten van deze oplossingen zijn berekend door de vakgroep Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg van de Universiteit van Maastricht.

3. Geografische toegankelijkheid

Om inzicht te krijgen in de geografische toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen zijn de bestanden 'Trimbos-onderzoek onder eerstelijnspsychologen' en 'LVE-gegevens werkadressen' gebruikt ter vaststelling van de spreiding van eerstelijnspsychologen en is de 'Nivel-onderzoek onder huisartsen' gebruikt voor gegevens met betrekking tot verwijzing door huisartsen in verschillende regio's.

3.1 Spreiding en verwijzing

Om zicht te krijgen op de spreiding per regio zijn de postcodegebieden in elk van de drie bestanden ondergebracht in de 23 DHV-regio's (Districts Huisartsen Vereniging). Vervolgens zijn de gegevens uit deze drie databestanden aan elkaar gekoppeld. Dit resulteerde in een bestand met 23 regio's waarvan bekend is hoeveel werkadressen van eerstelijnspsychologen er in die regio zijn volgens de LVE-gegevens (per 100.000 inwoners), hoeveel full-time equivalenten (fte-en gebaseerd op een werkweek van 40 uur) eerstelijnspsychologen er in die regio zijn volgens de Trimbos-gegevens (ook per 100.000 inwoners) en (althans voor 16 regio's) hoeveel patiënten door huisartsen in die regio per jaar naar eerstelijnspsychologen worden verwezen. Deze gegevens staan beschreven in Tabel 3.1.

De gegevens in tabel 3.1 laten zien dat er nogal wat regionale verschillen zijn wat betreft het aantal eerstelijnspsychologen en de mate waarin naar die voorziening wordt verwezen. In sommige regio's is per 100.000 minder dan 1 full-time eerstelijnspsycholoog werkzaam (Zuid-Holland Zuid, Stedendriehoek, Zwolle-Flevoland, Groningen), terwijl in andere regio's meer dan 2 full-time eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners werkzaam zijn (Utrecht, Twente, Midden-Brabant, Noord-Brabant Zuid Oost). Ook wat betreft de mate waarin door huisartsen naar eerstelijnspsychologen wordt verwezen verschilt per regio en varieert van gemiddeld 3 patiënten per jaar (Groningen) tot ruim 12 per patiënten per jaar (Kennemerland).

Helaas is alleen van 16 van de 23 regio's bekend hoe vaak huisartsen naar eerstelijnspsychologen verwijzen. Uit nadere bestudering van de 7 regio's waarover verwijsgegevens niet bekend waren bleek dat deze niet significant verschilden van de 16 regio's waarover wel dergelijke gegevens bekend zijn wat betreft aantal inwoners, aantal werkadressen van eerstelijnspsychologen of fte-en eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners.

De correlatie tussen het aantal werkadressen van eerstelijnspsychologen (LVE-gegevens) en het aantal fte-en eerstelijnspsychologen (Trimbos-gegevens) per 100.000 inwoners in een regio is .65 ($p = .011$) en verwijst naar een goede convergentie tussen de twee databestanden. Dat de correlatie niet 1.00 is komt doordat het Trimbos bestand slechts een steekproef van eerstelijnspsychologen bevat en dus niet compleet is, of door eventuele regionale verschillen in de mate waarin eerstelijnspsychologen full-time of part-time werken of de mate waarin zij op meerdere werkadressen actief zijn.

Tabel 3.1: Per DHV-regio het aantal eerstelijnspsychologen (werkadressen en fte-en) per 100.000 inwoners en het gemiddeld aantal patiënten door huisarts naar eerstelijnspsycholoog verwezen in 1 jaar

DHV-Regio's	Werkadressen	Fte-en	Verwezen
1. Amsterdam	7,99	1,07	7,10
2. Kennemerland/Haarlemmermeer	8,33	1,89	12,27
3. Holland Noord	9,51	1,36	7,95
4. Den Haag	6,13	1,00	6,04
5. Rijnland en Midden-Holland	8,41	1,12	7,86
6. Rotterdam e.o.	3,20	1,28	onbekend
7. Zuid-Holland Zuid	3,46	0,94	9,42
8. Zeeland	5,19	1,44	onbekend
9. West-Brabant	5,63	1,09	onbekend
10. Noord-Brabant Noord Oost	9,81	2,24	onbekend
11. Limburg	6,08	0,97	4,67
12. Utrecht	8,83	3,03	10,00
13. Amersfoort	11,65	1,70	onbekend
14. Groot Gelre	8,93	1,59	8,90
15. Stedendriehoek	4,18	0,95	4,16
16. Zwolle-Flevoland	6,63	0,85	7,57
17. Twente	14,82	2,28	3,76
18. Drenthe	7,85	1,57	4,52
19. Friesland	7,57	1,29	10,31
20. Groningen	2,86	0,36	3,00
21. Westland/Schieland/Delfland	5,71	1,19	onbekend
22. Midden-Brabant	14,51	2,33	onbekend
23. Noord-Brabant Zuid Oost	8,25	2,25	6,33

Uit de resultaten met betrekking tot de relatie tussen het aantal eerstelijnspsychologen (werkadressen en fte-en) en het gemiddeld aantal verwijzingen naar die voorziening in verschillende regio's bleek dat er sprake was van een niet-significante trend waarbij in regio's met meer eerstelijnspsychologen ook meer door huisartsen naar die voorziening wordt verwezen. Omdat het om een klein aantal regio's gaat, zijn de gegevens erg gevoelig voor uitbijters, oftewel regio's die zich wat betreft de relatie tussen spreiding en verwijzing heel anders 'gedragen' dan de andere regio's. Dat betekent dat één regio of een paar regio's de resultaten onevenredig sterk beïnvloeden. Dit bleek het geval te zijn voor de regio's Twente en Drenthe. Deze lieten beide een relatief hoog aantal eerstelijnspsychologen (werkadressen en fte-en) zien en een relatief laag aantal verwijzingen door de huisarts, terwijl de andere regio's een meer logisch verband lieten zien waarbij relatief veel eerstelijnspsychologen samen gaan met relatief veel verwijzingen. De regio's Twente en Drenthe zijn

daarom in de volgende berekeningen buiten beschouwing gelaten. Voor de 14 overgebleven regio's waarover complete informatie beschikbaar is, was de correlatie tussen het aantal eerstelijnspsychologen en het aantal verwijzingen naar deze voorziening .56 ($p = .036$) voor het aantal werkadressen en .55 ($p = .040$) voor het aantal fte-en. Verder bleek dat in regio's waarin minder dan 6,5 werkadressen van eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners zijn, significant minder naar deze voorziening wordt verwezen dan in regio's waar 6,5 of meer werkadressen per 100.000 inwoners zijn ($t = -2.63$; $df = 12$; $p = .022$). Ten slotte bleek dat regio's met minder dan 1 full-time equivalent eerstelijnspsycholoog per 100.000 inwoners huisartsen minder naar deze voorziening verwezen dan in regio's met 1 of meer fte eerstelijnspsychologen per 100.000 inwoners ($t = -2.79$; $df = 12$; $p = .016$).

In het algemeen kan men dus zeggen dat de aanwezigheid van meer eerstelijnspsychologen tot meer verwijzingen daarheen leidt, wanneer men twee regio's die klaarblijkelijk een uitzondering op die regel vormen buiten beschouwing laat.

3.2 Mening huisartsen

In het *Nivel-onderzoek huisartsen* is aan de huisartsen gevraagd wat de reden was om in het afgelopen jaar niet naar het AMW, de RIAGG of de eerstelijnspsycholoog te verwijzen. Uit de gegevens bleek dat 13 huisartsen (2,6%) in het afgelopen jaar niet naar het AMW hadden verwezen, 12 (2,4%) niet naar de RIAGG en 38 (7,8%) niet naar de eerstelijnspsycholoog. Alleen van deze huisartsen werd naar de reden(en) gevraagd voor het niet verwijzen. De voor gecodeerde uitspraak 'de voorziening bevindt zich niet in (de buurt van) mijn praktijkgebied' als reden voor het niet verwijzen werd opgegeven door 2 huisartsen voor het AMW (van de 13), door geen huisartsen voor het RIAGG (van de 12) en door 17 huisartsen voor de eerstelijnspsycholoog (van de 35). Uit een chi-kwadraat toets bleek dat huisartsen die niet naar eerstelijnspsychologen hadden verwezen hiervoor significant vaker de reden 'niet in de buurt' opgaven dan huisartsen die niet naar AMW of RIAGG hadden verwezen ($\text{chi-kwadraat} = 5.69$; $df = 1$; $p = .017$).

3.3 Samenvatting en conclusies

De gegevens in tabel 3.1 laten zien dat er sprake is van regionale verschillen wat betreft het aantal eerstelijnspsychologen dat werkzaam is en de mate waarin huisartsen naar deze voorziening verwijzen. Uit de resultaten met betrekking tot de relatie tussen spreiding en verwijzing blijkt dat in regio's met weinig eerstelijnspsychologen ook minder door de huisarts naar deze voorziening wordt verwezen dan in regio's met veel eerstelijnspsychologen. Daarnaast geven huisartsen aan dat het niet in de buurt zijn van een eerstelijnspsycholoog een belangrijke reden is om niet naar deze voorziening te verwijzen. De mate van aanwezigheid van eerstelijnspsychologen in een regio is dus een factor bij de mate waarin gebruik wordt gemaakt van deze voorziening. Omdat zorgverzekeraars traditioneel op regionaal niveau werkten, is het mogelijke dat regionale verschillen in vestiging van eerstelijnspsychologen een gevolg is van verschillen in de mate waarin zorgverzekeraars een vergoeding voor deze voorziening hebben opgenomen. De relatie tussen

verzekering en vestiging wordt hier niet onderzocht, maar in hoofdstuk 5 wordt wel gekeken naar de mate van verzekeringstechnische toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog.

4. Demografische toegankelijkheid

Om te onderzoeken of de eerstelijnspsycholoog voor verschillende lagen van de bevolking even toegankelijk is, zijn een aantal bronnen gebruikt die gegevens bevatten over de huidige cliëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog in termen van problematiek en demografische kenmerken. Dit zijn de *jaarverslagen van 18 ROEP-en* (uit 1998 of 1999), het *Nivel-onderzoek-verwezen patiënten* onder 217 patiënten die verwezen zijn naar de eerstelijnspsycholoog (waarvan over 115 patiënten gegevens bekend over demografische kenmerken), de gegevens afkomstig uit het *Trimbos-onderzoek-eerstelijnspsychologen* onder 369 eerstelijnspsychologen en het *Trimbos-onderzoek Nemesis* onder 7092 mensen uit de algemene bevolking. De potentiële cliëntenpopulatie wordt vastgesteld op basis van de demografische kenmerken van mensen uit de algemene bevolking met klachten die in de huidige situatie typisch door de eerstelijnspsycholoog behandeld worden. Deze worden bekeken aan de hand van gegevens uit het *Trimbos-onderzoek Nemesis* en de *Eerste Nationale Studie van het Nivel*. De verschillen tussen de huidige en potentiële populatie wat betreft demografische kenmerken worden bekeken om eventuele selectiviteit in kaart te brengen.

4.1 Kenmerken cliëntenpopulatie

De huidige cliëntenpopulatie zal eerst worden beschreven in termen van problematiek en demografische kenmerken. Beide staan beschreven in Tabel 4.1.

4.1.1 Problematiek

Uit de jaarverslagen van de ROEP-en blijkt dat de 5 meest voorkomende redenen voor aanmelding in de meeste regio's dezelfde zijn, hoewel soms in andere volgorde. In 14 van de 18 regio's zijn relatieproblemen en depressie de twee meest voorkomende aanmeldingsklachten. De derde plaats wordt meestal ingenomen door spanningsklachten, de vierde plaats door werk/studieproblemen en de vijfde plaats door identiteitsproblemen. Andere aanmeldingsklachten die genoemd worden zijn angst, rouwverwerking en gezinsproblemen. De gegevens uit het Trimbos-onderzoek onder eerstelijnspsychologen laten verder zien dat stemmingsstoornissen (24,3%), angststoornissen (17,9%) en aanpassingsstoornissen (12,8%) de meest voorkomende DSM diagnoses zijn onder cliënten van eerstelijnspsychologen, maar ook dat 40,2% geen DSM diagnose heeft. Uit het Nivel-onderzoek onder verwezen patiënten bleek dat angst en spanningsklachten de meest voorkomende redenen voor verwijzing naar de eerstelijnspsychologen zijn (31,0%), op de voet gevolgd door depressieve gevoelens (30,2%), relatieproblemen (28,4%) en werkproblemen (15,5%). Een relatief groot aantal aanmeldingsklachten viel in dit onderzoek onder de categorie 'anders' (24,1%). De gegevens van het Trimbos-onderzoek Nemesis geven ten slotte een beeld van het percentage mensen met een bepaalde psychiatrische diagnose dat naar een vrijgevestigde psycholoog, psychiater of psychotherapeut wordt verwezen. Hieruit bleek ook dat vooral mensen met stemmingsstoornissen en angststoornissen naar

een vrijgevestigde GGZ-hulpverlener zijn doorverwezen. De klachten die vaak voorkomen onder cliënten van de eerstelijnspsycholoog zijn volgens het Nivel-onderzoek verwezen patiënten ook de meest voorkomende bij patiënten die naar de RIAGG worden verwezen.

4.1.2 Demografische kenmerken

Uit de jaarverslagen van de ROEP-en blijkt dat gemiddeld 65,2% van de cliënten vrouwen zijn en uit 13 verslagen die burgerlijke staat registreerden bleek dat 60,8% gehuwd of samenwonend is. Uit 12 verslagen die dezelfde leeftijdsverdelingen hanteerden bleek dat de grootste categorie die van 31-40 jaar is (30,7%). Slechts één jaarverslag vermeldde ook het opleidingsniveau (ROEP Rijnmond). In die regio had 27,5% een lage opleiding, 30,1% een hoge.

Uit het Nivel-onderzoek bleek dat van de 121 patiënten die naar de eerstelijnspsycholoog waren verwezen 67,8% vrouw was, 52,2% gehuwd en dat de gemiddelde leeftijd 38 jaar was (Heiligers en Verhaak, 2000). Verder was de verdeling naar opleidingsniveau als volgt: 37,5% laag en 23,3% hoog.

Het Trimbos-onderzoek onder eerstelijnspsychologen rapporteerde geen gegevens over de burgerlijke staat van cliënten, maar wel wat betreft geslacht (64,5% vrouw), leeftijd (gemiddeld 43 jaar) en opleiding (34,7% laag, 29,9% hoog).

Ten slotte lieten de resultaten van het Trimbos-onderzoek Nemesis zien dat van de mensen met een psychiatrische diagnose die zijn doorverwezen naar een vrijgevestigde GGZ-hulpverlener, 57,5% vrouw is en 45,2% gehuwd. De meest voorkomende leeftijdsgroep is die van 35 tot 44 jaar is en de verdeling naar opleidingsniveau is 31,4% laag, 43,7% hoog.

Tabel 4.1: Kenmerken huidige cliëntenpopulatie eerstelijnspsychologen volgens 4 bronnen.

Kenmerken	Jaarverslagen	Nivel-verwezen pat.	Trimbos-elp	Trimbos-Nemesis
Problematiek	Relatieproblemen Depressie klachten Spanningsklachten	Angst/spanning Depressie klachten Relatieproblemen	Stemmingsstoorn. Angststoornissen Aanpassingsstoorn.	Stemmingsstoorn. Angststoornissen
Geslacht (% vrouw)	65,2	67,8	64,5	57,5
Leeftijd (modus)	31-40	-	-	35-44
(gemiddeld)	-	38	43	-
Burg st (% gehuwd)	60,8	52,2	-	45,2
Opleiding (% laag)	27,5	37,5	34,7	31,4
(% midden)	42,2	39,2	34,0	24,9
(%hoog)	30,1	23,3	29,9	43,7

Uit de gegevens in Tabel 4.1 kan worden afgeleid dat de huidige cliëntenpopulatie van eerstelijnspsychologen uit meer vrouwen dan mannen bestaat, dat cliënten vaker wel dan niet gehuwd of samenwonend zijn en gemiddeld ongeveer rond de 40 jaar oud zijn. De gegevens over opleidingsniveau zijn wat minder eensluidend. Vergeleken met de landelijke cijfers van 1998 (38,9% laag; 39,5% midden; 21,5% hoog; CBS, 2000) lijkt er sprake te zijn van een kleine overrepresentatie van middelhoog en hoog opgeleiden onder cliënten van eerstelijnspsychologen. Ook in vergelijking met de demografische samenstelling van patiënten die verwezen worden naar de RIAGG en het AMW (Nivel-onderzoek verwezen patiënten) blijken cliënten van eerstelijnspsychologen hoger opgeleid te zijn en gemiddeld iets ouder.

4.2 Potentiele cliëntenpopulatie

Uit het voorgaande bleek dat stemmingsstoornissen, angststoornissen/spanningsklachten en relatieproblemen de meest voorkomende aanmeldingsproblemen zijn van cliënten van de eerstelijnspsycholoog. De potentiele cliëntenpopulatie bestaan in principe uit alle mensen met dergelijke problematiek. In Tabel 4.2 worden de demografische kenmerken van mensen met stemmings- en angststoornissen (Nemesis) en van mensen met relatieproblemen gepresenteerd (Eerst Nationale Studie-Nivel).

Tabel 4.2 Demografische kenmerken van de potentiele cliëntenpopulatie eerstelijnspsychologen.

Kenmerken	Stemmingsstoornissen (Nemesis)	Angststoornissen (Nemesis)	Relatieproblemen (Nationale Studie I)
Geslacht (% vrouw)	62,5	66,1	68,3
Leeftijd (modus)	35 - 44	35 - 44	25 - 44
Burg.st. (% gehuwd)	44,5	53,2	70,9
Opleiding: (%laag)	52,5	56,5	30,9
(% midden)	23,8	25,7	60,3
(% hoog)	23,8	17,8	8,8

Uit Tabel 4.2 blijkt dat de potentiele patiëntenpopulatie wat betreft geslacht en leeftijd goed overeenkomt met de werkelijke populatie van de eerstelijnspsycholoog zoals die in Tabel 4.1 staat beschreven. Wat betreft burgerlijke staat is de feitelijke populatie vaker gehuwd dan de potentiele populatie. Het meest opvallende verschil betreft de hoogte van de opleiding. Mensen met stemmings- of angststoornissen hebben in ruim de helft van de gevallen een lage opleiding, terwijl dat in de feitelijke populatie naar de eerstelijnspsycholoog

verwezen personen volgens ieder van de onderzochte bronnen rond een derde ligt. De proportie personen met een hoge opleiding ligt in de feitelijke populatie beduidend hoger dan in de potentiële populatie personen met relatieproblemen. Er lijkt dus sprake te zijn van een zekere mate van selectie als het gaat om mensen die uiteindelijk bij de eerstelijnspsycholoog terechtkomen.

4.3 Samenvatting en conclusies

Uit het voorgaande kan geconcludeerd worden dat de feitelijke cliëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog voornamelijk bestaat uit mensen met relatieproblemen, depressieve klachten en angst-en spanningsklachten. Deze klachten zijn volgens het Nivel-onderzoek verwezen patiënten ook de meest voorkomende bij patiënten die naar de RIAGG worden verwezen. Het onderscheid tussen de eerstelijnspsycholoog en de gespecialiseerde GGZ ligt niet zozeer in de aard als wel in de ernst van de problematiek (werkgroep eerstelijns GGZ, 2000). Personen die naar een eerstelijnspsycholoog worden verwezen, functioneren in het algemeen beter (hebben hogere GAF-scores) dan zij die naar gespecialiseerde psychotherapeuten en psychiaters worden verwezen (Wentink et al., in druk). De eerstelijnspsycholoog is als voorziening bij uitstek geschikt voor de behandeling van cliënten met minder ernstige symptomen die geen gevaar voor zichzelf of voor anderen zijn. Cliënten bij wie dat wel het geval is horen eerder in de tweedelijns GGZ thuis. Wat betreft demografische kenmerken bleek uit de resultaten dat de cliënten van de eerstelijnspsycholoog vaker vrouw zijn dan man, gemiddeld ongeveer 40 jaar oud zijn en relatief hoog opgeleid zijn vergeleken met de algemene bevolking en vergeleken met patiënten van de RIAGG en het AMW.

De potentiële cliëntenpopulatie in termen van personen met psychische problemen die vaak bij de eerstelijnspsycholoog terechtkomen, komt wat betreft geslacht, burgerlijke staat en leeftijd goed overeen met de actuele cliëntenpopulatie. De potentiële cliëntengroep is alleen wel lager opgeleid dan de werkelijke cliëntenpopulatie. Deze bevinding hangt waarschijnlijk samen met het gegeven dat cliënten van de RIAGG en het AMW lager opgeleid zijn dan de cliënten van eerstelijnspsychologen. Laag-opgeleiden worden blijkbaar eerder naar eerstgenoemde instellingen dan naar de eerstelijnspsycholoog verwezen, wellicht omdat de huisarts hen niet geschikt acht voor dergelijke hulp. 46% van de 507 ondervraagde huisartsen waren het eens met de uitspraak dat ELP-hulpverlening niet geschikt was voor verbaal minder begaafde patiënten; met betrekking tot AMW en RIAGG beaamde 6% respectievelijk 26% deze uitspraak (Verhaak et al., 1997). Het is ook mogelijk dat laag-opgeleiden de goedkopere verzekeringspolissen hebben waarin geen vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog wordt verstrekt en daarom niet naar de eerstelijnspsycholoog gaan. Op de laatste mogelijkheid wordt in hoofdstuk 5 verder ingegaan.

5. Verzekeringstechnische toegankelijkheid

De beantwoording van de vraag met betrekking tot de verzekeringstechnische toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog, geschiedt aan de hand van vijf deelonderwerpen. Eerst wordt gekeken naar de vergoedingen waarop de huidige cliëntenpopulatie van eerstelijnspsychologen aanspraak kunnen maken. Daarna wordt gekeken naar de vergoedingen zoals die zijn opgenomen in de verschillende polispakketten en naar de verspreiding van de pakketten onder de algemene bevolking. Daarna worden personen die wel zijn verzekerd voor de eerstelijnspsycholoog vergeleken met personen die niet voor deze voorziening zijn verzekerd met betrekking tot demografische kenmerken en psychische problematiek. Ten slotte wordt bekeken of het onverzekerde zijn van patiënten voor huisartsen een belemmering is om te verwijzen naar een eerstelijnspsycholoog.

5.1 Inhoud polispakketten

Om zicht te krijgen op de aard en hoogte van de vergoedingen die door verschillende zorgverzekeraars worden geboden, is gebruik gemaakt van de gegevens afkomstig uit het telefonisch onderzoek onder de 54 zorgverzekeraars. Vijf zorgverzekeraars werden niet bereikt en uiteindelijk zijn van 49 zorgverzekeraars de benodigde gegevens verzameld. Het resulterende bestand bevat informatie over 213 polissen met betrekking tot de aard en hoogte van de vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog. Ambtenarenverzekeringen zijn daarbij meegerekend. De volledigheid van het bestand hangt af van de kwaliteit van de telefonische informatie die is verkregen. Namen en inhoud van polissen blijken bijvoorbeeld nogal eens gewijzigd te worden, waardoor het niet altijd eenvoudig is om goed zicht te krijgen op het aanbod van een verzekeraar. Er was dan ook weleens sprake van tegenstrijdige informatie die later opnieuw opgevraagd moest worden om duidelijkheid te krijgen. Desalniettemin geeft dit bestand een zeer uitgebreid overzicht van de bestaande verzekeringspolissen en de manier waarop de eerstelijnspsycholoog in die polissen vergoed wordt.

Uit de gegevens bleek dat in 124 van de verzekeringspolissen (58,2%) de hulp door een eerstelijnspsycholoog op een of andere manier in ieder geval voor een deel wordt vergoed, waarvan 74 particulier en 50 ziekenfonds. De meeste van deze 124 polissen rekenen per kalenderjaar of per 2 kalenderjaren², en maken gebruik van een of meerdere criteria op basis waarvan de hoogte van de vergoeding wordt berekend. De 4 criteria die de basis vormen voor alle vergoedingen staan beschreven in tabel 5.1. Uit deze tabel blijkt dat het gemiddeld maximum aantal zittingen dat vergoed wordt sterk varieert en gemiddeld hoger is dan het gemiddelde van 8 zittingen in de praktijk. Het gemiddeld bedrag per zitting dat vergoed wordt is echter veel lager dan het bedrag dat standaard door het NIP wordt aangehouden

² In onze berekeningen wordt alles berekend op jaarbasis

(f127,50³). Uit de range blijkt dat geen enkele polis het NIP-bedrag vergoedt. Het gemiddeld maximum totaalbedrag per jaar dat wordt vergoed komt aardig overeen met het bedrag dat 8 zittingen à f127,50 zouden kosten (1020,00).

Tabel 5.1: Gemiddelde en range van vergoedingen op basis van verschillende criteria

Vergoedingscriteria	Aantal polissen	Range	Gemiddelde
Aantal zittingen	51	4-24	10,86
Bedrag per zitting in guldens	64	50-120	72,93
Totaalbedrag in guldens	46	200-2500	1039,84
Percentage van de kosten	33	50-100	79,70

In totaal werden 9 verschillende combinaties van de beschreven criteria aangetroffen. De constructie met alleen een maximum totaalbedrag (n = 34) en de constructie met een maximaal aantal zittingen en een maximum bedrag per zitting (n = 37) kwamen het meest voor. Ook een maximum totaalbedrag in combinatie met een maximum percentage (n = 22) was een relatief veel voorkomende constructie. Hoewel hier niet specifiek naar gevraagd is kwam tijdens de telefonische data-verzameling ook naar voren dat bij veel polissen de voorwaarde wordt gesteld dat de eerstelijnspsycholoog is gekwalificeerd bij het NIP en/of bij een ROEP. Ook wordt in nogal wat gevallen toestemming van de verzekeraar vereist. Verder wordt meestal een verwijzing door de huisarts verplicht gesteld.

5.2 Bereik vergoedingen

Nu duidelijk is in hoeveel polissen een vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog is opgenomen dient te worden vastgesteld welk bereik de verschillende polissen hebben. Met andere woorden: hoeveel mensen komen in aanmerking voor de verschillende soorten vergoedingen die in de polissen worden geboden? Dit wordt voor de algemene bevolking vastgesteld op basis van de gegevens van het Consumentenpanel. Om deze vraag voor de feitelijke cliëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog te beantwoorden gaan we te rade bij de jaarverslagen van de ROEP-en.

5.2.1 Vergoedingen algemene bevolking

Om erachter te komen welk deel van de bevolking in aanmerking komt voor de verschillende soorten vergoedingen, is het Consumentenpanel ingeschakeld. Bij een steekproef van 450 deelnemers van dit panel is nagevraagd welke specifieke verzekeringspolis zij hebben afgesloten. Van deze steekproef werd de vragenlijst door 383 personen ingevuld en teruggestuurd (85,1%). De vraag met betrekking tot naam van de polis bleek niet voor iedereen makkelijk in te vullen. Voor 86 respondenten was het antwoord op deze vraag niet bruikbaar: 44 personen vulden niets in en de andere 42 vulden te algemene beschrijvingen in

³ Per 1-1-2001 zal dit f132,50 bedragen

('ziekenfonds polis' of 'collectief', etc.). Uiteindelijk kon dus voor 297 respondenten de polis worden vastgesteld (66% van de steekproef). De polis-informatie van deze respondenten kon worden gecombineerd met de gegevens uit het telefonische onderzoek met betrekking tot de aard en hoogte van de vergoeding in verschillende polissen. In tabel 5.2 staat de specifieke aard van de vergoedingen beschreven voor die polissen die door 1% of meer van de respondenten genoemd zijn.

Tabel 5.2: Frequentie en inhoud meest voorkomende polissen.

Verzekeraar (polisnaam)	zf/p	Aard en hoogte vergoeding		Totaalbedrag	Percent
		% van conspanel	Aantal zittingen		
CZ-Groep (Aanvullend plus)	zf	6,7	10	75	-
Zilveren Kruis (Zilver aanvullend)	zf	6,4	12	-	-
VGZ (Plus integraal)	zf	6,4	-	-	1000
IZA (IZA)	p	4,4	10	70	-
OHRA (Standaardpakketpolis)	p	3,4	-	-	-
NUTS (Aanvullend plus)	zf	2,7	-	-	-
AMICON (Ideaal)	zf	2,7	-	-	700
ANOZ (Aanvullend comfort)	zf	2,7	-	-	650
ANOVA (Aanvullend all-in)	zf	2,4	12	60	-
Groene Land (Aanvullend)	zf	2,4	9	105	-
PWZ (Extra)	zf	2,4	-	60	750
Unive (Standaard)	zf	2,4	-	-	-
RZG (Aanvullend)	zf	2,4	-	-	-
DSW (Aanvullend top)	zf	2,0	12	70	-
OZ (Top)	zf	2,0	10	75	-
Zorg & Zekerheid (Aanvul.Top)	zf	2,0	-	-	600
OZ (Plus)	zf	1,7	10	75	-
Nuts (Standaardpakketpolis)	p	1,7	-	-	-
CZ-groep (Standaardpakketpolis)	p	1,7	-	-	-
Zilveren Kruis (Zilver extra AV)	p	1,3	12	-	-
Zilveren Kruis (Standaardpakketpolis)	p	1,3	-	-	-
Trias (Aanvullend)	zf	1,3	9	100	-
IZZ (Regeling extra vergoeding)	p	1,3	-	-	-
De Friesland (Aanvullend plus)	zf	1,3	10	90	-
ZAO (Extra plus pakket)	zf	1,0	-	-	500
ZAO (Extra pakket)	zf	1,0	-	-	-
VGZ (Plus)	p	1,0	-	-	1000
VGZ (Plus)	zf	1,0	-	-	1000
OZB (Aanvullend top)	zf	1,0	24	-	-
De Friesland (Standaardpakketpolis)	p	1,0	-	-	-
Azivo (Aanvullend)	zf	1,0	-	-	-
Anova (Trend)	zf	1,0	-	-	-
Overigen (minder dan 1%)	-	26,9			
Totaal	-	100,0			

Uit Tabel 5.2 blijkt dat de meest voorkomende polis het Aanvullend Plus pakket van de CZ-Groep is (6,8%), gevolgd door het Zilverpakket van het Zilveren Kruis ziekenfonds (6,4%), en de Plus Integraal polis van VGZ (6,4%). In deze lijst staan 23 ziekenfondspakketten en 9 particuliere polissen. In de laatste groep is slechts in 2 polissen een vergoeding voor de hulp door een eerstelijnspsycholoog opgenomen. De ziekenfondspolissen in de tabel variëren sterk wat betreft de aard en hoogte van de vergoedingen voor de hulp door een eerstelijnspsycholoog (van maximaal 6 zittingen per jaar tot maximaal 1000 gulden per jaar). Uit de analyses van de pakketten van de leden van het Consumentenpanel bleek dat meer dan een derde van de respondenten geen vergoeding krijgt voor de hulp van de eerstelijnspsycholoog. Ook bleek dat relatief meer ziekenfondsverzekerden in aanmerking kunnen komen voor een vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog dan particulier verzekerden (73,2% versus 46,6%). Dit laatste wordt veroorzaakt door het eerder genoemde gegeven dat in het algemeen in relatief meer aanvullende polissen van ziekenfondsverzekeringen een vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog is opgenomen dan in particuliere polissen.

In Tabel 5.3 staan de totaalcijfers met betrekking tot het wel of niet vergoed krijgen van de eerstelijnspsycholoog per verzekeringsvorm.

Tabel 5.3: Percentage respondenten dat wel en niet in aanmerking komt voor een vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog.

	Ziekenfonds (n = 209)	Particulier (n = 88)	Totaal (n = 297)
Wel vergoed	73,2	45,5	65,0
Niet vergoed	26,8	54,5	35,0
Totaal	100,0	100,0	100,0

In tabel 5.4 wordt beschreven welk deel van de algemene bevolking op welke manier verzekerd is. Op basis van deze gegevens en die in tabel 5.3, wordt in tabel 5.5 berekend hoeveel mensen in de algemene bevolking wel of niet verzekerd zijn voor de eerstelijnspsycholoog.

Uit tabel 5.4 blijkt dat 62,8% van de Nederlanders ziekenfonds verzekerd is, tegenover 30,3% particulier verzekerden en 6,8% "overigen" (waaronder onverzekerden). Als de getallen uit tabel 5.3 worden toegepast op de cijfers uit tabel 5.4, dan kan berekend worden welk gedeelte van de algemene bevolking verzekerd is voor de eerstelijnspsycholoog.

Tabel 5.4: Algemene bevolking naar verzekeringsvorm in 1999 (CBS)

	N	%
Ziekenfonds-verzekerden	9.938.000	62,8
Particulier-verzekerden	4.798.000	30,3
Overig	1.077.000	6,8
Totaal Nederlandse bevolking	15.813.000	100,0

Hiertoe worden de percentages respondenten die per verzekeringsvorm wel of geen vergoeding krijgen voor de eerstelijnspsycholoog (tabel 5.3) vermenigvuldigd met de bevolkingscijfers per verzekeringsvorm uit tabel 5.4. De resultaten staan in tabel 5.5 waaruit is af te lezen dat 59,8% (plus nog een onbekend deel van de 6,8% "overigen") van de Nederlanders verzekerd is voor de eerstelijnspsycholoog.

Tabel 5.5: Algemene bevolking naar verzekeringsvorm en vergoeding eerstelijnspsycholoog (Tabel 5.3 x tabel 5.4)

	N	%
Ziekenfonds-verzekerden met elp-vergoeding (73,2% van 9.938.000)	7.274.616	46,0
Particulier-verzekerden met elp-vergoeding (45,5% van 4.798.000)	2.183.090	13,8
Ziekenfonds-verzekerden zonder elp-vergoeding (26,8% van 9.938.000)	2.663.384	16,8
Particulier-verzekerden zonder elp-vergoeding (54,5% van 4.798.000)	2.614.910	16,5
Overig (elp vergoeding: ???)	1.077.000	6,8
Totaal	15.813.000	100,0
Totaal verzekerden met elp-vergoeding	9.876.760	59,8
Totaal verzekerden zonder elp-vergoeding	5.936.240	33,3
Onbekend		6,8

Om zicht te krijgen op de hoogte van de vergoeding voor mensen met verschillende polissen bij behandelingen van verschillende duur, wordt voor het ziekenfonds en de particuliere verzekeringen in respectievelijk tabel 5.6a en 5.6b beschreven hoeveel mensen van het Consumentenpanel welk percentage van de kosten vergoed krijgen als zij 8 zittingen à 127,50 gulden bij een eerstelijnspsycholoog hebben gehad

in een kalenderjaar. Bijvoorbeeld: iemand is verzekerd bij het Groene Land met het Aanvullende pakket (zie tabel 5.2) en heeft 8 zittingen à 127,50 gulden bij de eerstelijnspsycholoog gehad. De totale kosten van deze behandeling bedraagt dan f1020,00. Op basis van zijn of haar verzekering (maximaal 9 zittingen à 105,00 gulden vergoed, zie tabel 5.2) zal deze persoon 8 maal 105,00 gulden = 840,00 gulden vergoed krijgen. Dit komt neer op $840/1020 = 82,4\%$ van de gemaakte kosten. Op deze manier is voor alle respondenten van het Consumentenpanel berekend welk percentage van de gemaakte kosten zij door hun specifieke verzekeraar vergoed krijgen indien zij 8 zittingen hebben gehad. Het bedrag per zitting is het standaardtarief dat de LVE hanteert.

Tabel 5.6: Aantal en percentage respondenten met een ziekenfondsverzekering/particuliere verzekering dat verschillende percentages van de kosten van 8 zittingen vergoed zou krijgen.

% vergoed	Ziekenfonds		Particulier	
	N	%	N	%
0%	56	26,8	48	54,5
1-49%	17	8,1	4	4,5
50-74%	71	34,0	17	19,3
75-99%	41	19,6	10	11,4
100%	24	11,5	9	10,2
Totaal	209	100,0	88	100,0
Gemiddeld % vergoed		54,8		33,7

Uit tabel 5.6 blijkt dat bij 8 zittingen á f127,50 bij de eerstelijnspsycholoog, bijna 70% van de ziekenfonds-verzekerden meer dan de helft van de totale kosten vergoed zou krijgen en ruim 30% meer dan driekwart. Meer dan 10% krijgt alle kosten vergoed. Gemiddeld krijgt de ziekenfondspatiënt bijna 55% van de kosten vergoed. Voor particulier verzekerden ligt het gemiddeld percentage van de kosten dat wordt vergoed een stuk lager (34%). 20% van de particulier verzekerden krijgt meer dan 75% van de kosten vergoed en 60% van de personen krijgt minder dan 50% van de kosten vergoed.

Over de gehele bevolking genomen krijgt 38% geen vergoeding via de verzekering voor de behandeling door een eerstelijnspsycholoog.

5.2.2 Vergoedingen cliëntenpopulatie

Als niet iedereen een gedeelte of alle kosten van de hulp door een eerstelijnspsycholoog vergoed krijgt is het de vraag of dit wordt weerspiegeld in de cliëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog. Dus: wat is het aandeel van wel- en niet-verzekerden in deze populatie? In de jaarverslagen van 9 ROEP-en was bruikbare informatie over de vergoeding van de kosten voor de cliënten opgenomen. Deze gegevens staan in tabel 5.7.

Tabel 5.7: Vergoeding kosten eerstelijnspsycholoog in huidige cliëntenpopulatie, uitgesplitst naar cliënten met een ziekenfondsverzekering of particuliere verzekering.

Type vergoeding	Gemiddeld % cliënten
Geheel of gedeeltelijk vergoed door ziekenfonds	58,3
Geheel of gedeeltelijk vergoed door particuliere verzekering	23,9
Geheel zelf betaald (ziekenfonds verzekerd)	5,4
Geheel zelf betaald (particulier verzekerd)	8,5
Andere bronnen	3,9
Totaal	100,0

Hieruit bleek dat gemiddeld meer dan de helft van de cliënten de kosten geheel of gedeeltelijk vergoed krijgen door hun ziekenfondsverzekering en minder dan een kwart door hun particuliere verzekering. Minder dan 15% van de cliënten betaalt de kosten geheel uit eigen zak en een klein gedeelte krijgt de kosten vergoed uit andere bronnen zoals een pensioenfonds of de sociale dienst. In het onderzoek van Wentink e.a. (in druk) hebben eerstelijnspsychologen ook een schatting gemaakt van de bekostiging van de behandeling van hun patiënten. Het in tabel 5.8 gemaakte onderscheid tussen ziekenfonds en particulier verzekerden is daarin niet mogelijk. Over-all schatten de respondenten in dit onderzoek dat 74% van hun patiënten een (gedeeltelijke) vergoeding van hun verzekering krijgen en dat 22% zelf de volledige kosten voor hun rekening nemen

Uit de gegevens uit beide bronnen blijkt dat de cliëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog voornamelijk bestaat uit personen die de kosten op de een of andere manier vergoed krijgen. Een groter deel van de cliënten van de eerstelijnspsycholoog is hiervoor verzekerd dan we in de vorige paragraaf in de algemene bevolking vonden. Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor deze bevinding. Het is mogelijk dat niet-verzekerden als groep verschillen van wel-verzekerden met betrekking tot kenmerken die samenhangen met de mate van gebruik van deze voorziening, bijvoorbeeld een verschil in demografische achtergrond, het voorkomen van psychische problemen, of het belang dat gehecht wordt aan (verzekerd zijn voor) dergelijke hulp. Ten tweede is het mogelijk dat een grote groep mensen die misschien wel in aanmerking komen voor hulp door een eerstelijnspsycholoog niet naar deze voorziening worden doorverwezen omdat zij hier niet voor verzekerd zijn en dus zelf voor de kosten moeten opdraaien. Deze twee mogelijke verklaringen worden in de volgende paragrafen nader onderzocht.

5.3 Verschillen tussen wel- en niet-verzekerden

Op basis van de gegevens van het Consumentenpanel kan gekeken worden naar verschillen tussen wel- en niet-verzekerden met betrekking tot demografische kenmerken, psychische problematiek en houding ten opzichte van (het verzekerd zijn voor) de eerstelijnspsycholoog.

5.3.1 Demografische kenmerken en problematiek

Over de leden van het Consumentenpanel zijn standaard een aantal demografische kenmerken bekend, zoals geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en opleiding. De groep van respondenten die wel verzekerd waren voor de hulp door een eerstelijnspsycholoog werd op deze variabelen vergeleken met de groep die hiervoor niet verzekerd was. Deze gegevens staan in tabel 5.8.

Tabel 5.8: Demografische kenmerken van personen die wel en personen die niet voor de eerstelijnspsycholoog zijn verzekerd*

Kenmerken	Elp niet vergoed	Elp wel vergoed	Verschildtoetsen
Geslacht (% vrouw)	47,0	53,1	n.s.
Burg.st. (% gehuwd)	56,9	64,2	n.s.
Leeftijd (gemiddeld)	52,5	50,3	n.s.
Opleiding (% laag)	37,9	51,1	chi ² = 7,12; p = .028
(% midden)	35,9	34,2	
(% hoog)	26,2	14,7	

* De analyses zijn ook apart uitgevoerd voor ziekenfonds en particulier verzekerden. Daar werden geen significante verschillen tussen groepen met of zonder vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog gevonden.

Uit deze vergelijking blijkt dat wel-verzekerden een lagere opleiding hebben dan niet-verzekerden. Deze bevinding kan verklaard worden door het feit dat relatief meer ziekenfondspolissen de eerstelijnspsycholoog vergoeden dan de particuliere verzekeringspolissen. Mensen met een lage opleiding, hebben vaker een laag inkomen, en zijn daardoor vaker ziekenfonds-verzekerd, en dus vaker verzekerd zijn voor de eerstelijns psycholoog dan mensen met een hoge opleiding die vaker particulier verzekerd zijn waar minder polissen de eerstelijnspsycholoog vergoeden. Als de vergelijking apart per verzekeringsvorm wordt herhaald valt het verschil weg. Verzekerden en niet-verzekerden verschillen niet van elkaar wat betreft geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en opleiding, ook niet wanneer apart naar ziekenfonds en particulier verzekerden wordt gekeken.

Verder is gevraagd of de respondenten uit het Consumentenpanel in het afgelopen jaar te maken hebben gehad met een aantal psychische klachten. Het ging om relatieproblemen, spanningsklachten, depressieve klachten, werkproblemen, opvoedingsproblemen, seksuele problemen, chronische moeheid, hyperventilatie en verslaving. In totaal gaven 95 mensen (32,0%) aan 1 of meer klachten te hebben (gehad). Het aantal klachten dat werd aangekruist varieerde van 0 tot 6. Spanningsklachten werden het vaakst gerapporteerd (16,5%), gevolgd door depressieve klachten (10,4%). Verslavingsproblematiek en opvoedingsproblemen werden het minst vaak genoemd (0,7% en 3,0%). Uit chi² toetsen bleek dat er geen verschillen waren tussen wel- en niet-verzekerden wat betreft het voorkomen van de psychische problemen. Een t-toets wees uit dat er ook geen groepsverschillen waren met betrekking tot het gemiddeld aantal klachten dat werd gerapporteerd. Bij aparte analyses voor ziekenfonds en particulier verzekerden werden ook geen verschillen gevonden tussen de groepen met en zonder vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog.

5.3.2 Houding ten opzichte van de eerstelijnspsycholoog

Om een idee te krijgen van het beeld dat de wel en niet verzekerden hebben van (het belang van) de eerstelijnspsycholoog is gekeken naar (a) de motivatie voor de keuze van de polis; (b) de ingeschatte waarschijnlijkheid van de eerstelijnspsycholoog gebruik te zullen willen maken en het belang dat men hecht aan het verzekerd zijn voor deze voorziening in vergelijking met andere voorzieningen.

In Tabel 5.9 staan de motieven voor de keuze van de polis weergegeven zoals die zijn aangegeven door de respondenten van het Consumentenpanel, uitgesplitst naar mensen die wel en niet verzekerd zijn voor de eerstelijnspsycholoog. Uit de tabel blijkt dat meer dan een kwart van de niet-verzekerden niet bewust heeft gekozen voor de polis. Een even zo grote groep had een andere motivatie dan die waren voor gecodeerd. De meest voorkomende was dat de polis via de werkgever was afgesloten. Verder meende 21,8% van de niet-verzekerden dat hun pakket het meest volledige was. Voor wel-verzekerden was de verdeling van motieven significant anders dan voor niet-verzekerden ($\chi^2 = 27.18$; $df = 4$; $p = .000$). Meer dan de helft van de wel-verzekerden noemden de volledigheid van het pakket als reden voor de keuze, terwijl maar 11,5% aangaf geen bewuste keuze te hebben gemaakt en 4,4% de lage prijs als reden opgaf. In beide groepen werd de specifieke inhoud van het pakket niet zo vaak genoemd als reden en wanneer deze wel werd genoemd ging het in de meerderheid van de gevallen om de vergoeding voor de tandarts. De eerstelijnspsycholoog werd niet genoemd als specifiek onderdeel dat als motivatie voor de polis keuze had gediend.

Tabel 5.9: Motieven om bepaalde polis te kiezen voor mensen die wel en niet voor de eerstelijnspsycholoog zijn verzekerd.

Motivatie	Niet elp-verzekerd		Wel elp-verzekerd		Chi-test
	N	%	N	%	
Niet bewust gekozen	27	26,7	21	11,5	$X = 9.73; p = .002$
Goedkoopste pakket	13	12,9	8	4,4	$X = 5.68; p = .017$
Meest volledige pakket	22	21,8	94	51,4	$X = 22.37; p = .000$
Bepaald product wordt vergoed	11	10,9	23	12,6	n.s.
Anders	28	27,7	37	20,2	n.s.
Totaal	101	100,0	183	100,0	

Om meer zicht te krijgen op het belang dat mensen hechten aan het onderdeel 'eerstelijnspsycholoog', is gevraagd hoe belangrijk zij het vinden om verzekerd te zijn voor deze voorziening (range 1-3, niet belangrijk, een beetje belangrijk, belangrijk). De resultaten van deze vragen staan in tabel 5.10. Zoals wel te verwachten was hecht men het grootste belang aan verzekerd zijn voor de huisarts, de tandarts en de fysiotherapeut. Dit zijn ook de enige voorzieningen die een gemiddelde boven 'een beetje belangrijk' (score 2) hadden. Met betrekking tot alle andere voorzieningen, dus ook de psycholoog, werd het voornamelijk niet of een beetje belangrijk gevonden om daarvoor verzekerd te zijn. De psycholoog en de RIAGG staan op de achtste en negende plaats. Het is overigens een bekend fenomeen dat GGZ-problematiek door de meeste verzekeringsnemers niet als een waarschijnlijk risico wordt geschat waarmee men in de toekomst te maken zal kunnen krijgen. Dit is een van de redenen dat verstrekkingen als RIAGG-hulp en psychiatrische opnamen onder de AWBZ vallen.

Tabel 5.10: Het belang dat mensen die wel en mensen die niet voor de eerstelijnspsycholoog zijn verzekerd hechten aan het verzekerd zijn voor verschillende voorzieningen (range 1-3)*

Voorziening	Niet elp-verzekerd		Wel elp-verzekerd		T-test
	M	SD	M	SD	
Huisarts	2,95	0,26	2,97	0,23	n.s.
Fysiotherapeut	2,71	0,57	2,72	0,54	n.s.
Tandarts	2,56	0,78	2,81	0,54	t = 3.16; p = .002
Homeopaat	1,78	0,83	1,77	0,79	n.s.
Orthodontist	1,76	0,77	1,94	0,82	n.s.
Maatschappelijk werk	1,74	0,76	1,87	0,79	n.s.
Kraamzorg	1,71	0,93	1,75	0,82	n.s.
Psycholoog	1,66	0,74	1,72	0,75	n.s.
Riagg	1,65	0,75	1,73	0,78	n.s.
Logopedist	1,47	0,67	1,64	0,77	n.s.

* gemiddelde naar categorieën: 1 = niet belangrijk; 2 = een beetje belangrijk; 3 = belangrijk.

Voor de tandarts verzekerd zijn is voor respondenten die wel verzekerd zijn voor de eerstelijnspsycholoog belangrijker dan voor mensen die niet voor de eerstelijnspsycholoog verzekerd zijn ($t = 3.16$; $p = .002$). Dit zal met name komen doordat mensen die voor de eerstelijnspsycholoog verzekerd zijn, omdat zij hebben gekozen voor een aanvullend pakket waar ook de tandarts inzet. Andere verschillen tussen de groepen werden niet gevonden.

5.4 Mening huisartsen

Om te onderzoeken of het niet verzekerd zijn van patiënten voor de hulp door een eerstelijnspsycholoog een belemmering is voor huisartsen om naar die beroepsgroep te verwijzen is gebruik gemaakt van de vraag 'wat zijn zwakke punten van de eerstelijnspsycholoog, het AMW, de RIAGG?' uit het *Nivel-onderzoek huisartsen*. Uit deze resultaten bleek dat "niet standaard vergoed door het ziekenfonds" door maar liefst 45,2% van de huisartsen als zwak punt van de eerstelijnspsychologen werd genoemd. Dit is vooral opvallend hoog aangezien het hier om een open vraag ging en dus bijna de helft van de huisartsen zelf met dit punt is gekomen, zonder daar specifiek toe te zijn aangespoord. Het zwakke punt "niet standaard vergoed door het ziekenfonds" werd uiteraard niet genoemd met betrekking tot het AMW en de RIAGG, aangezien die via gemeentefonds respectievelijk AWBZ wel vergoed worden. Vervolgens werd onderzocht of de huisartsen die de kosten als zwak punt van de eerstelijnspsycholoog noemen ook minder vaak naar deze voorziening verwijzen dan andere huisartsen. Daartoe werd het gemiddeld aantal verwijzingen naar de eerstelijnspsycholoog voor beide groepen huisartsen met elkaar vergeleken. Uit de resultaten bleek dat

huisartsen die het “niet in het basispakket ziekenfonds” zijn van de eerstelijnspsycholoog als belangrijkste zwakke punt van die voorziening opgaven, gemiddeld significant minder vaak naar de eerstelijnspsycholoog verwijzen dan huisartsen die dat punt niet noemden. De huisartsen die dit zwakke punt noemden verwezen in het afgelopen jaar gemiddeld 2,78 keer naar de eerstelijnspsycholoog, terwijl huisartsen die dit punt niet noemden dat gemiddeld 3,07 keer deden ($t = 2,24$; $df = 360$; $p = .026$).

5.5 Samenvatting en conclusies

Uit dit hoofdstuk bleek dat de huidige cliëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog voornamelijk bestaat uit personen die deze zorg vergoed krijgen door hun zorgverzekeraar. Algemeen kan worden gesteld dat er grote variaties zijn in de mate waarin verzekeraars de vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog opnemen in de verschillende polissen en dat in totaal eenderde van de bevolking niet in aanmerking komt voor een vergoeding voor deze voorziening. Ziektefonds-verzekerden krijgen bij 8 zittingen gemiddeld 54,8% van de kosten vergoed, tegenover 33,7% van de kosten voor particulier verzekerden. Er waren geen verschillen tussen de groep personen die wel verzekerd zijn voor de eerstelijnspsycholoog en de groep die dat niet is wat betreft demografische kenmerken en het voorkomen van psychische problematiek. Ook bleek dat het onderdeel vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog geen rol speelt bij de keuze voor een bepaalde verzekeringspolis. Er waren geen verschillen tussen mensen die wel en niet verzekerd zijn voor de eerstelijnspsycholoog wat betreft hun inschatting van de waarschijnlijkheid dat ze van deze voorziening gebruik zouden willen maken of het belang dat zij hechten aan het verzekerd zijn voor deze voorziening. Verder gaven huisartsen aan dat het door de patiënt zelf moeten betalen van de behandeling door een eerstelijnspsycholoog een belangrijk zwak punt voor deze voorziening is. De huisartsen die dit zwakke punt meldden verwezen ook minder naar de eerstelijnspsycholoog dan andere huisartsen. Het is dan ook aannemelijk dat het al dan niet verzekerd zijn van de patiënt voor de eerstelijnspsycholoog een belangrijke belemmering is bij verwijzing naar deze voorziening. Op basis van deze resultaten kan geconcludeerd worden dat het wel of niet verzekerd zijn voor de eerstelijnspsycholoog een belangrijke factor is in het al dan niet naar de eerstelijnspsycholoog verwezen worden en dat deze factor nauwelijks wordt beïnvloed door kenmerken van de verzekerden zelf.

6. Kosten van opname eerstelijnspsycholoog in de basisverzekering van het ziekenfonds

In de vorige hoofdstukken zijn een aantal factoren aan de orde gekomen die een rol spelen bij selectieve toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen. Een belangrijke, zo niet de belangrijkste factor lijkt gelegen in het al dan niet verzekerd zijn voor deze verstrekking. Mensen die deze kosten (gedeeltelijk) door de ziektekostenverzekeraar vergoed krijgen, maken in grotere getale gebruik van deze verstrekking. In dit hoofdstuk berekenen we het gebruik en de kosten wanneer de eerstelijnspsycholoog opgenomen zou zijn in de basisverzekering van het ziekenfonds en deze factor voor ziekenfondsverzekerden geen rol zou spelen.

We gaan daarbij uit van de volgende assumpties:

- 34,7% van de respondenten uit ons onderzoek is niet verzekerd voor de eerstelijnspsycholoog. Dit gaat om 26,8% van de ziekenfondsverzekerden en 54,5% van de particulier verzekerden (zie tabel 5.3)
- Alle ziekenfonds verzekerden zullen in de toekomst door insluiting in de basisverzekering worden verzekerd voor de eerstelijnspsycholoog; dit betekent dat 26,8% van de ziekenfonds verzekerden extra verzekerd wordt.
- De maatregel is niet van invloed op het aantal particulier verzekerden voor de eerstelijnspsycholoog omdat het basispakket bij hun gelijk blijft
- Er zal een stijging in consumptie plaatsvinden in die zin dat degenen die nu extra verzekerd worden het consumptiepatroon bij de eerstelijnspsycholoog overnemen van degenen die nu al verzekerd zijn.
- Er zal geen verschuiving plaatsvinden tussen de consumptie van eerstelijnspsychologen, AMW en RIAGG.
- Het opnemen van de eerstelijnspsycholoog in het basispakket is alleen van invloed op de consumptie van de eerstelijnspsycholoog en niet op de overige GGZ-consumptie
- Er is geen sprake van verschuiving in inkomsten uit verzekeringsgelden vanwege opname van de eerstelijnspsycholoog in het basispakket. Het aandeel aanvullend verzekerden blijft gelijk en ook de hoogte van premies voor het basis- en aanvullend pakket veranderen niet.
- De maximale kosten voor de zorgverzekeraars zijn maximaal gelijk aan de maximale vergoeding die verzekerden kunnen krijgen voor de eerstelijnspsycholoog.
- Alleen de extra kosten voor de zorgverzekeraars worden berekend en niet de kosten voor de overige sleutelpersonen (bij voorbeeld eigen bijdrage patiënt)

6.1 Berekening kosteneffect

In paragraaf 5.2.1 werd besproken hoe momenteel Nederlanders verzekerd zijn. Samengevat betreft het 46% ziekenfondsverzekerden die kosten voor de eerstelijnspsycholoog (gedeeltelijk) vergoed krijgen, 17% ziekenfondsverzekerden die deze kosten niet vergoed krijgen, 14% particulieren met vergoeding en 16%

particulieren zonder verzekering. Van 7% die wat verzekering betreft in de categorie "overigen" vallen is niet bekend of ze al dan niet een vergoeding ontvangen.

In paragraaf 5.2.1 werd op basis van ROEP-jaarverslagen geschat dat 82,2% (58,3% ziekenfonds en 23,9% particulier) van de cliënten van eerstelijnspsychologen (gedeeltelijk) deze kosten vergoed krijgt. Overigens levert een andere bron (Wentink e.a., in druk) een conservatievere schatting van 74% cliënten met een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten door de verzekering op.

We berekenen in de volgende tabel eerst de kosten die een eerstelijnspsycholoog genereert, bij acht vergoede zittingen, gegeven de huidige consumptie.

Uit het Trimbos-onderzoek onder eerstelijnspsychologen bleek dat per jaar 66.839 personen gebruik maken van de hulp die geboden wordt door eerstelijnspsychologen.

Tabel 6.1: Kosten per jaar eerstelijnspsycholoog bij opname in basispakket bij gelijk blijven van consumptie

Aantal cliënten eerstelijnspsychologen per jaar (Wentink et al., 2001)	66.839 ⁴
Aantal sessies per cliënt	8
Kosten per sessie (NIP)	132,50
Totale kosten eerstelijnspsycholoog per jaar	70.849.000 ⁵

Uitgaande van een gemiddelde van 8 sessies per cliënt en 132,50 gulden per sessie (het nieuwe tarief per 1-1-2001; LVE), komen de totale kosten van deze hulp per jaar op 70.849.000 gulden.

Om te berekenen welk deel van deze kosten onder de huidige omstandigheden voor rekening van de ziekenfondsverzekering komen, en welk deel door de cliënt zelf wordt bijgedragen, thans en onder omstandigheden waaronder de eerstelijnspsycholoog in het basispakket zou vallen, is in tabel 6.2 eerst berekend hoe de huidige cliëntèle verzekerd is en welke kosten deze cliëntèle voor wiens rekening genereert.

⁴ De nu volgende berekeningen zijn gebaseerd op de kosten gegenereerd door de 66.839 cliënten van 750 eerstelijnspsychologen. De LVE hanteert een streefgetal van 1 eerstelijnspsycholoog per 18200 inwoners. Indien dat streefgetal gerealiseerd zou worden is er sprake van 870 eerstelijnspsychologen. Bij gelijk blijvende aantallen cliënten/psycholoog zullen alle hierna te noemen kosten met een factor 1,16 toenemen.

⁵ Alle bedragen worden afgerond op 1000 gulden

Tabel 6.2: Berekening kosten bij opnemen vergoeding voor eerstelijnspsycholoog in basispakket ziekenfonds, bij gelijk blijvend gebruik

Stap 1: Huidige situatie cliënten eerstelijnspsychologen	Aantal	Kosten	Deel Verzekering	Deel Cliënt
Totaal aantal cliënten naar elp per jaar	66.839	70.849.000		
Waarvan: 58,3% ziekenfonds-verzekerden met elp- vergoeding (tabel 5.7)	38.967	41.305.000	22.718.000	18.587.000
5,4% ziekenfonds-verzekerden zonder elp- vergoeding (tabel 5.7)	3.609	3.826.000		3.826.000

We zagen in hoofdstuk 5 dat er twee schattingen circuleren omtrent het percentage voor elp verzekerden. Op basis van een deel van de jaarverslagen van de ROEP-en komen we tot een hoge variant, waarbij 83% verzekerd is. Deze bron levert tevens een nadere opsplitsing in particulier en ziekenfonds-verzekerden. Hierbij genereren ziekenfondsverzekerden die niet voor de ELP verzekerd zijn 3.8 miljoen gulden aan kosten. De ziekenfondspatiënte die wel verzekerd zijn voor de ELP genereren 41.3 miljoen gulden aan kosten, waarvan 22.7 miljoen door het ziekenfonds wordt vergoed en 18,6 miljoen eigen bijdrage is. Wanneer bij dit hulpvraagvolume in deze variant de eerstelijnspsychologen in het basispakket van het ziekenfonds zou vallen, zou de zorgverzekeraar $18,6 + 3,8 = 22,4$ miljoen meer moeten uitbetalen.⁶ In dit geval blijft het totaal aan maatschappelijke kosten gelijk (immers het gebruik blijft gelijk) maar er is een verschuiving van consument naar zorgverzekeraar.

Het ligt echter in de rede om te veronderstellen dat het zorggebruik van degenen die thans niet bij verzekerd zijn, toe zal nemen tot het niveau van de ziekenfondspatiënten die wel bij verzekerd zijn.

In tabel 6.3 zien we de proportie ziekenfondsverzekerden met en zonder dekking voor de eerstelijnspsycholoog die de psycholoog bezoeken.

⁶ Wanneer de schatting op basis van het onderzoek van het Trimbos-instituut (Wentink et al., in druk) gevolgd wordt, is 74% van de 62,8% ziekenfondsverzekerden voor de eerstelijnspsycholoog bij verzekerd en 26% niet. In dat geval zou onder het huidige gebruik de kosten voor de zorgverzekeraar met 26,3 miljoen gulden toenemen.

Tabel 6.3: proportie ziekenfondsverzekerden die eerstelijnspsycholoog bezoekt in twee varianten

	elp-bezoekers (tabel 6.2)	in bevolking (tabel 5.5)	ratio
Ziekenfondsverzekerden met elp-vergoeding	38.967	7.274.616	0,54%
Ziekenfondsverzekerden zonder elp-vergoeding	3.609	2.663.384	0,14%
			ratio: 3,86:1

Ziekenfondsverzekerden die niet voor de eerstelijnspsycholoog zijn bij verzekerd maken bijna 4 keer zo weinig gebruik van de diensten van de eerstelijnspsycholoog. Wanneer we aannemen dat het gebruik van deze groep zal toenemen tot het niveau van de wel verzekerden, dan is het verwachte gebruik na opname in het ziekenfonds als volgt.

Tabel 6.4: Berekening kosten bij opnemen vergoeding voor eerstelijnspsycholoog in basispakket ziekenfonds, bij toenemend gebruik van de genen die elp niet vergoed kregen

	Aantal	Kosten	Deel Verzekering	Deel Cliënt
Waarvan: 58,3% ziekenfonds-verzekerden met elp-vergoeding. Handhaven oorspronkelijk gebruik	38.967	41.305.000	22.718.000	18.587.000
5,4% ziekenfonds-verzekerden zonder elp-vergoeding. Zullen bij opname in verzekeringspakket 3.86 keer zo vaak gaan	13.930 (3.86 x 3609)	14.767.000		14.767.000

Wanneer we als scenario nemen dat alle tot nu toe niet verzekerden zich in hun gebruik van eerstelijnspsychologen gaan gedragen als degenen die reeds aanvullend verzekerd waren, dan zullen de kosten die voor rekening van de verzekeraar komen met 33,4 miljoen gulden per jaar toenemen. Behalve een verschuiving van consument naar verzekeraar is er nu ook een toename van het totaal aan maatschappelijke kosten van ongeveer 10 miljoen gulden. Ceteris paribus is dit een bovengrens.

6.2 Discussie

Bij de berekening van de kosten is uitgegaan van het maatschappelijk perspectief, zoals dit is voorgesteld in

de richtlijnen voor kostenonderzoek (CVZ). Bij gelijkblijvende consumptie van de diensten van de eerstelijnspsycholoog zal het bedrag dat voor opname van de eerstelijnspsycholoog in het basispakket moet worden betaald variëren tussen 22,4 en 26,3 miljoen gulden. Bij een toename in de consumptie, waarbij het consumptiepatroon van de thans niet aanvullend verzekerden toeneemt tot het niveau van ziekenfondsverzekerden met aanvullend pakket kunnen deze kosten 33,4 miljoen gulden worden.

De hierboven gepresenteerde berekening is uitgegaan van een aantal assumpties.

De enige eventuele verschuiving in consumptie die in acht is genomen is een toenemende consumptie onder de tot nu toe niet voor ELP verzekerde ziekenfondsverzekerden tot het niveau dat de wel verzekerden laten zien. Omdat we in hoofdstuk 4 geen verschillen in achtergrondkenmerken tussen wel en niet voor ELP-verzekerden constateerden, zal voor een deel van hen het achterblijvend consumptiepatroon toegeschreven kunnen worden aan het niet vergoed worden van de verstrekking. Zoals gezegd zal dit maximaal een stijging van 10 miljoen gulden in kosten met zich meebrengen. De mogelijkheid bestaat uiteraard dat de niet verzekerde groep ook verschilt op niet gemeten kenmerken, die van invloed zijn op hun toekomstig gebruik van de eerstelijnspsycholoog.

Een tweede assumptie die gemaakt moest worden vanwege het ontbreken van aanvullende gegevens betreft het gelijk blijven van consumptiepatronen in de rest van de eerstelijns en GGZ. Het zou niet stroken met het voorgenomen GGZ-beleid wanneer een verbeterde toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog zich **niet** zou vertalen in veranderende patiëntenstromen in de eerstelijns en GGZ. Om dit vast te stellen en het effect ervan mee te calculeren is echter nader experimenteel onderzoek nodig. Onderzoek dat men overigens ook voornemens is om uit te gaan voeren. Zolang dergelijk (bewerkelijk) onderzoek niet is uitgevoerd moeten we uitgaan van genoemde "ceteris paribus" aanname.

Ten slotte moet opgemerkt worden dat het vaak zo is dat basispakketten van ziekenfonds en particulier verzekerden op elkaar worden afgestemd. Is dit het geval dan zal de wijziging externe effecten voor de particulier verzekerden hebben.

7. Conclusies en aanbevelingen

Op basis van de resultaten die in voorgaande hoofdstukken zijn gepresenteerd kan een aantal conclusies worden getrokken met betrekking tot de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog. Algemeen kan geconcludeerd worden dat er sprake is van een zekere geografische, demografische en verzekeringstechnische ongelijkheid in de toegankelijkheid tot de eerstelijnspsycholoog. De specifieke aard van deze ongelijkheden zal in dit hoofdstuk verder uitgewerkt worden.

7.1 Conclusies

De geografische ontoegankelijkheid uit zich in regionale verschillen in het aantal eerstelijnspsychologen en de relatie met het aantal verwijzingen naar die voorziening door huisartsen (minder eerstelijnspsychologen gaat samen met minder verwijzingen). Deze bevinding hangt mogelijk samen met de verzekeringstechnische ontoegankelijkheid: regio's waarin met name verzekeraars actief zijn die een vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog hebben opgenomen in de aanvullende polissen zullen mogelijk ook meer eerstelijnspsychologen aantrekken. In regio's waar meer eerstelijnspsychologen zijn gevestigd zijn vervolgens meer mogelijkheden voor samenwerking tussen huisarts en deze voorziening, waardoor ook meer naar deze voorziening zal worden verwezen.

De demografische ontoegankelijkheid beperkt zich tot de factor opleidingsniveau van de (potentiele) cliënt. De cliëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog is relatief hoog opgeleid vergeleken met de algemene bevolking, maar ook vergeleken met patiënten die door de huisarts naar de RIAGG of het AMW zijn verwezen. Uit de bevindingen met betrekking tot demografische kenmerken van mensen die wel en niet verzekerd zijn voor de eerstelijnspsycholoog bleek dat deze selectie op opleidingsniveau niet kon worden verklaard door verschillen in verzekeringsvorm tussen laag en hoog opgeleiden. Het is aannemelijk dat er sprake is van een selectief verwijzingsmechanisme waarbij huisartsen patiënten met een laag opleidingsniveau minder geschikt achten voor de hulp die geboden wordt door eerstelijnspsychologen en deze mensen eerder doorverwijzen naar het AMW of de RIAGG.

De verzekeringstechnische ontoegankelijkheid was het meest opvallend: de cliëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog bestaat voor driekwart of meer uit mensen die deze hulp vergoed krijgen van hun verzekeraar, terwijl in de algemene bevolking eenderde van de personen geen vergoeding krijgt voor deze voorziening. Het wel of niet voor de eerstelijnspsycholoog verzekerd zijn hing niet samen met demografische kenmerken, problematiek of mening over de voorziening van de patiënt.

Ook huisartsen zien het niet vergoed worden van de eerstelijnspsycholoog als een belangrijk zwak punt van deze voorziening en lijken deze factor ook als belangrijke leidraad te gebruiken bij de beslissing al dan niet naar de eerstelijnspsycholoog te verwijzen.

De aangetroffen demografische ontoegankelijkheid is een punt dat voortdurende aandacht vraagt. Het hangt waarschijnlijk samen met de aard van de geboden hulp. Goede afstemming binnen de eerstelijns, met name tussen AMW en eerstelijnspsycholoog is in deze geboden. Voor de verzekeringstechnische ontoegankelijkheid is echter een voor de hand liggende oplossing: namelijk het opnemen van een vergoeding voor de eerstelijnspsycholoog in het basispakket van het ziekenfonds. Een dergelijke maatregel zou mogelijk ook de aangetroffen geografische ontoegankelijkheid kunnen opheffen. Immers, regio's waar nu door de verzekeraar nog weinig wordt vergoed, worden dan voor eerstelijnspsychologen aantrekkelijker om zich te vestigen. Berekningen ten aanzien van de kosten die deze maatregel met zich zou meebrengen laten zien dat 22,4 - 26,3 miljoen gulden per jaar die nu door de ziekenfondspatiënt zelf worden opgebracht dan door de verzekeraar bekostigd zullen moeten worden, als wordt uitgegaan van een gemiddelde van 8 zittingen per cliënt en een gelijkblijvend consumptieniveau. Als er een stijging in het aantal cliënten als gevolg van het algemeen toegankelijk zijn van de voorziening plaats zou vinden bedragen de extra kosten maximaal 10 miljoen gulden.

Het is overigens onbekend in hoeverre opname van de psycholoog in de basisverzekering invloed zal hebben op de consumptie van degenen die reeds via de aanvullende verzekering hiervoor verzekerd waren. We wijzen op het feit dat gemiddeld bijna de helft van de kosten die deze mensen maken door henzelf moeten worden opgebracht. Tevens is het mogelijk dat huisartsen zich in hun verwijsbeleid zullen laten sturen door de wetenschap "dat het nu voor iedereen verzekerd is". Dergelijke effecten zijn alleen door middel van experimenteel onderzoek na te gaan.

Ten slotte kan men zich afvragen of er alternatieven zijn voor opname in het basispakket. Regelingen via de gemeente (zoals bij het AMW) zou waarschijnlijk meer nieuwe bureaucratie met zich meebrengen dan wenselijk gezien de relatief kleine omvang van de cliëntenpopulatie van de eerstelijnspsycholoog. Regelingen voor vergoeding via de werkgever sluiten een grote groep verzekerden uit die geen betaalde baan heeft (in het Consumentenpanel bijvoorbeeld 47,7%).

7.2 Methodologische kanttekeningen

Zoals in de inleiding vermeld, betreft het hier weergegeven onderzoek een beschrijving van de huidige situatie op basis van veel secundair materiaal dat oorspronkelijk niet met deze doeleinden verzameld was.

Opgemerkt werd dat het sub-optimale karakter van de gebruikte bronnen gecompenseerd zou kunnen worden doordat ze elkaar onderling zouden kunnen versterken. We hebben hiervan zo goed mogelijk gebruik gemaakt. Zo bleken de jaarverslagen van ROEP-en, epidemiologische bevolkingsonderzoeken en registraties in de huisarts praktijk alle tot dezelfde conclusies te leiden aangaande kenmerken van patiënten met psychische problemen en patiënten die naar eerstelijnspsychologen worden verwezen. Waar verschillende bronnen gradueel verschillende tendenties lieten zien (b.v. het percentage verzekerden onder eerstelijnspsychologen) hebben we de verschillende resultaten ieder doorberekend.

Op diverse plaatsen is reeds aangegeven dat een beschrijvend onderzoek, als hier gepresenteerd, noodgedwongen tot een simplificatie van de werkelijkheid leiden. Het dynamisch karakter van verwijsstromen in de GGZ, waarbij een maatregel aangaande eerstelijnspsychologen effect zal hebben op het verwijzen binnen de eerstelijns en naar specialisten in de GGZ, is buiten beschouwing gelaten. Om hierop zicht te

krijgen, zullen veldexperimenten moeten worden uitgevoerd. Hierin kunnen de diverse actoren in de eerstelijns GGZ in hun onderlinge samenhang in beschouwing worden genomen.

Wat de kostenberekening betreft moet nogmaals benadrukt worden, dat we de totale maatschappelijke kosten hebben gepresenteerd. Hoe deze toegerekend moet worden naar verzekeraars en patiënten is buiten beschouwing gebleven en moest ook buiten beschouwing blijven omdat dat afhankelijk zal zijn van de wijze waarop een opname van de verstrekking "eerstelijnspsycholoog" in het ziekenfondspakket concreet gestalte zal krijgen.

7.3 Aanbevelingen

Op grond van dit onderzoek verdienen de volgende aspecten aandacht teneinde de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog te verbeteren.

- Opname van de eerstelijnspsycholoog in het basispakket van het ziekenfonds zal deze voorziening binnen het bereik brengen van die 26.8% van ziekenfondsverzekerden, die tot nu toe niet aanvullend verzekerd waren en die als gevolg daarvan relatief weinig gebruik van diens diensten maken. Vanuit deze optiek verdient deze opname aanbeveling
- De ondervraging van leden van het consumentenpanel bevestigt de algemeen aanvaarde opvatting dat de burger niet geneigd is psychische problematiek als een reëel risico in te schatten en zich uit eigen beweging voor zorg op dat gebied voldoende te verzekeren. Dit ondersteunt de aanbeveling om deze zorg in een basispakket onder te brengen.
- Aandacht dient besteed te worden aan effecten van een dergelijke maatregel op het verwijsbeleid van huisartsen en op verschuivingen die op zullen treden in verwijsstromen binnen de eerstelijns (huisarts naar AMW) en naar de GGZ (afname oneigenlijke verwijzingen naar vrijgevestigde specialisten en GGZ-instellingen, namelijk verwijzingen die eigenlijk geen specialist behoeven, maar tot op heden wel onder de paraplu van de AWBZ werden gedaan)
- Aangaande het verwijsbeleid van huisartsen zal ook aandacht besteed moeten worden aan de ontwikkeling van richtlijnen en aanzien van de verwijzing naar de eerstelijnspsycholoog en naar AMW en gespecialiseerde GGZ .
- Aandacht dient besteed te worden aan voldoende aanbod aan eerstelijnspsychologen op landelijke niveau, met name in die gebieden waar thans een relatief laag aanbod geconstateerd wordt
- Aandacht dient besteed te worden aan het GGZ-aanbod voor lager opgeleiden, verbaal minder begaafden en anderen die tot nu toe ondervertegenwoordigd waren in de clientèle van de eerstelijnspsycholoog.

LITERATUUR

Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A, Rijk C de, Langendoen Y. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. I. Doelstellingen, opzet en methoden. Ned Tijdschr Geneeskd 1997;141:2448-52. Bijl et al., 1997

Brunenberg W, Neijmeijer L, Hutschemaekers G., Beroep: psycholoog/pedagoog, NcGv Utrecht, 1995

Ten Have en Bijl, Veranderingen in GGZ bereik. De cliënten/cliënten populaties in de periode 1986-1996. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1998, 53, 227-239

Heiligers PhJM, Verhaak PFM, De GGZ-poortwachterspositie van de huisarts. NIVEL, Utrecht 2000

Hutschemaekers G, Camp K van de. Psychotherapie in getallen. Trimbos-instituut, Utrecht, 1999

Ministerie van VWS, Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg 1999. Ministerie van VWS, Den Haag, 1998.

Nederlands Instituut voor Psychologen. Jaarverslag NIP, 1998

Rooij J van, Verhaak P. Psychologen in de eerstelijns. NIVEL, Utrecht, 1989

Schut H, Bensing J. Samenwerking Huisarts-Psycholoog. Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1977

Verhaak PFM, Mental disorder in the community and in general practice. Avebury, Aldershot, 1995

Verhaak P, Bruin A de, Bakker R, Marée J. Het Algemeen Maatschappelijk Werk in de 1e-lijns GGZ. Een onderzoek naar de bijdrage van het AMW aan de GGZ-poortwachtersfunctie sinds de decentralisatie. NIVEL, Utrecht, 1997

Wentink M, Hattum MJC van, Hutschemaekers G. Inventarisatie eerstelijnspsychologen. Trimbos-instituut Utrecht., in druk

Werkgroep eerstelijns GGZ. De eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief. LHV/VOG/LVE, Utrecht/Amsterdam, 2000

BIJLAGEN



BIJLAGE A: Vragenlijst pakketkeuze

Wij verzoeken u dit voorblad en de sticker a.u.b. niet te verwijderen!

VRAGENLIJST PAKKETKEUZE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING
september 2000

BELANGRIJK:

Om deze vragen goed te kunnen beantwoorden is het belangrijk dat deze vragenlijst wordt ingevuld door de persoon in uw huishouden die verantwoordelijk is voor de keuze van het verzekeringspakket. Dit kunt u uiteraard zelf zijn, maar ook uw partner of een andere huisgenoot.

Vraag 1 tot en met 5 zijn bedoeld om te weten te komen welk verzekeringspakket u heeft en waarom u dat pakket heeft gekozen.

Vraag 6 en 7 gaan over een aantal verschillende hulpverleners en instellingen in de gezondheidszorg en uw visie op de zorg die zij kunnen bieden.

Vraag 8 en 9 gaan over een bepaald onderdeel van de gezondheidszorg, namelijk over psychische klachten en de hulpverleners en instellingen die daarmee te maken hebben.

De meeste vragen kunt u beantwoorden door het antwoord van uw keuze te omcirkelen. Uw gegevens worden vanzelfsprekend zorgvuldig en

anoniem verwerkt. Heeft u vragen of opmerkingen, dan kunt u bellen met Dorien van Nobelen (070 - 445 45 19).

Wij verzoeken u de gehele vragenlijst (met nummersticker) uiterlijk 15 oktober a.s. aan ons terug te sturen in de antwoordenvelop (Antwoordnummer 9, 2502 XA Den Haag).

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw tijd en medewerking.

Pakketkeuze verzekering

De vragen over hoe u precies bent verzekerd kunt u het gemakkelijkst beantwoorden als u uw verzekeringspolis er bij neemt.

1. Wat is de geboortedatum van degene die de vragenlijst invult?

Geboortedatum: _____ - _____ - 19 _____

2. Bij welke maatschappij bent u voor ziektekosten verzekerd?

1	Amicon	10	IZZ	19	Salland
2	Anova	11	Nuts	20	SR
3	ANOZ	12	OHRA	21	Trias
4	AZIVO	13	ONVZ	22	Univé
5	AZVZ	14	OZ	23	VGZ
6	CZ	15	OZB	24	ZAO
7	DSW	16	Pro-Life	25	Zilveren Kruis
8	De Friesland	17	PWZ	26	Zorg en Zekerheid
9	Groene Land	18	RZG	27	Anders, te weten

3. Bent u ziekenfonds of particulier verzekerd?

1 Ziekenfonds
2 Particulier
3 Anders

Iedere verzekeringsmaatschappij heeft meerdere polispakketten waaruit men kan kiezen. De namen van deze pakketten verschillen per maatschappij. Verzekeringsmaatschappij VGZ heeft bijvoorbeeld onder andere het Basispakket, de Uitgebreide Aanvullende Verzekering, de Plus Integraalverzekering en de Optimaalverzekering. De CZ-groep

heeft onder andere de Aanvullende Verzekering Plus en het Zorg Keuze Polis Pakket. De naam van het pakket staat op uw polis vermeld.

4. Wat is de naam van uw polispakket?

5. Waarom heeft u voor dit pakket gekozen?

- 1 Ik heb niet echt bewust gekozen voor dit pakket
- 2 Omdat dit het goedkoopste pakket was
- 3 Omdat dit het meest volledige pakket was
- 4 Omdat een bepaald zorgproduct in dit pakket wordt vergoed,

namelijk _____

- 5 Anders, _____ namelijk _____

6. Hoe waarschijnlijk acht u de kans dat u in het komende jaar gebruik zal willen maken van de zorg die door de volgende hulpverleners en hulpverleningsinstanties wordt verstrekt? Wilt u dit voor iedere hulpverlener/ instelling afzonderlijk aangeven.

	Helemaal niet waarschij nlijk	Niet waarschij nlijk	Neutraal	Wel waarschij nlijk	Heel erg waarschij nlijk
Fysiotherape ut	1	2	3	4	5
Tandarts	1	2	3	4	5
Orthodontist	1	2	3	4	5
Logopedist	1	2	3	4	5
Homeopaat	1	2	3	4	5
Kraamzorg	1	2	3	4	5
Huisarts	1	2	3	4	5
Psycholoog	1	2	3	4	5
Riagg	1	2	3	4	5
Maatschappel ijk werk	1	2	3	4	5

7. Wilt u voor onderstaande hulpverleners/ hulpverleningsinstanties aangeven hoe belangrijk u het vindt om voor deze hulp verzekerd te zijn en of u denkt hiervoor verzekerd te zijn.

	Belangrijk?			Verzekerd?		
	Niet belangrij k	Een beetje belangrij k	Belangrij k	Nee	Ja	Weet niet
Fysiotherape ut	1	2	3	1	2	3
Tandarts	1	2	3	1	2	3
Orthodontist	1	2	3	1	2	3
Logopedist	1	2	3	1	2	3
Homeopaat	1	2	3	1	2	3
Kraamzorg	1	2	3	1	2	3
Huisarts	1	2	3	1	2	3
Psycholoog	1	2	3	1	2	3
Riagg	1	2	3	1	2	3
Maatschappel ijk werk	1	2	3	1	2	3

8. Heeft u of een gezinslid het afgelopen jaar te maken gehad met één of meer van de volgende problemen?

Meerdere antwoorden mogelijk

- 1 Opvoedingsmoeilijkheden
- 2 Relatieproblemen
- 3 Problemen op het werk
- 4 Spanningsklachten
- 5 Hyperventilatie
- 6 Seksuele moeilijkheden
- 7 Verslavingsproblemen
- 8 Chronische moeheid
- 9 Depressieve klachten
- 10 Geen van deze
- 11 Ik geef hier geen informatie over

9. Bij welke hulpverlener/ instelling denkt u dat deze klachten het best behandeld zouden kunnen worden als het uzelf of een gezinslid zou betreffen?

	Huisarts	Riagg	Maatschappelijk werk	Psycholoog	Geen	Weet niet
Opvoedingsmoeilijkheden	1	2	3	4	5	6
Relatieproblemen	1	2	3	4	5	6
Problemen op het werk	1	2	3	4	5	6
Spanningsklachten	1	2	3	4	5	6
Hyperventilatie	1	2	3	4	5	6
Seksuele moeilijkheden	1	2	3	4	5	6
Verslavingsproblemen	1	2	3	4	5	6
Chronische moeheid	1	2	3	4	5	6
Depressieve klachten	1	2	3	4	5	6

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING !