De betalingsbereidheid voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

F.R.M. PORTRAIT, B. VAN DEN BERG

ACHTERGROND Hoeveel geld willen Nederlanders uitgeven aan de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz)? Vrijwel jaarlijks verandert de inhoud van het basispakket van de zorgverzekering op basis van nieuwe adviezen en inzichten. De voorkeuren van de Nederlandse bevolking over de samenstelling van het basispakket worden hierbij onvoldoende door de overheid meegenomen.

DOEL Een methodiek beschrijven om te meten hoeveel de Nederlandse bevolking wil betalen voor het opnemen van de ggz in het basispakket en de eerste empirische bevindingen op basis van deze methodiek presenteren.

METHODE De data werden verzameld in 2013 via een schriftelijke vragenlijst. Hierin werd gevraagd hoeveel de respondent bereid is te betalen als ggz toegevoegd wordt aan het basispakket.

RESULTATEN Gemiddeld was men bereid om € 25,90 per maand te betalen voor de ggz

CONCLUSIE Gemiddeld wil de Nederlander meer betalen dan de werkelijke kosten voor de ggz per inwoner. Deze kosten waren in 2013 gemiddeld € 15,80 per maand.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)10, 759-765

TREFWOORDEN betalingsbereidheid, ggz

ARTIKEL

Welke zorg financieren we wel en welke niet uit collectieve middelen? Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is het belangrijk om te weten hoeveel geld Nederlanders aan gezondheidszorg willen besteden. De Nederlandse gezondheidszorg is sinds 2006 gereguleerd via de Zorgverzekeringswet (Enthoven & Van de Ven 2007). Deze wet verplicht iedereen die in Nederland woont en 18 jaar of ouder is een zorgverzekering af te sluiten. De betaalde zorgverzekeringspremie vormt een deel van de collectief gefinancierde Nederlandse gezondheidszorg. Deze directe financiering via verzekeringspremies wordt door de overheid aangevuld via belastingen.

Het basispakket van de zorgverzekering vergoedt een breed scala aan zorg zoals de meest gebruikte en noodzakelijke geneeskundige zorg, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Vrijwel jaarlijks verandert de inhoud van het basispakket van de zorgverzekering op basis van nieuwe adviezen en inzichten. Deze adviezen worden opgesteld door het Zorginstituut Nederland. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelt op basis van deze adviezen jaarlijks het basispakket samen voor het jaar erop.

DOEL

Wij beschrijven in dit artikel een methodiek om te meten hoeveel de Nederlandse bevolking bereid is te betalen voor het basispakket. Ook beschrijven we de eerste empirische bevindingen betreffende de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz). Vervolgens vergelijken we de betalingsbereidheid van de steekproef wat betreft de ggz met de werkelijke kosten van de verzekerde ggz in het basispakket per Nederlander.

Dit onderzoek focust op de voorkeuren van de bevolking. Deze worden in het huidige zorgverzekeringsstelsel alleen impliciet betrokken via de waardering van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Wij beschrijven de ontwikkeling van een methodiek om de voorkeuren van de Nederlandse bevolking voor de omvang van het gezondheidszorgbudget expliciet te betrekken zoals gesuggereerd door Van den Berg (2006) en we gebruiken daarvoor de contingente waarderingsmethode (O'Brien & Gafni 1996). Met deze methode meet men betalingsbereidheid voor hypothetische situaties. Het is echter een containerbegrip en is niet kant en klaar geschikt om de betalingsbereidheid voor het basispakket en de ggz te meten. Daarom beschrijven wij in dit artikel hoe de betalingsbereidheid van de Nederlandse bevolking voor de ggz te meten.

Victoor e.a. (2011) hebben empirisch onderzoek gedaan naar meetmethoden die het geschiktst zijn om de voorkeuren van de bevolking aangaande het basispakket te meten. Deze empirische resultaten waren veelbelovend. Wij vullen het bestaande onderzoek aan door onderscheid te maken tussen hoofdtypen van zorg en niet zozeer specifieke interventies.

AUTEURS

FRANCE PORTRAIT, gezondheidseconoom, afd. Gezondheidswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam.

BERNARD VAN DEN BERG, gezondheidseconoom, Faculteit Economie en Bedrijfskunde, Rijksuniversiteit Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. France Portrait, afd. Gezondheidswetenschappen, Vrije Universiteit, De Boelelaan 1085, 1081 HV Amsterdam.
E-mail: f.r.m.portrait@vu.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-7-2016.

METHODE

Vragenlijst

ZORGTYPES

Voorafgaande aan de beschrijving van de zorgtypes werd een opvallend kader geplaatst en respondenten werd gevraagd om dit kader te lezen. Hierin werd benadrukt dat respondenten zich moesten indenken dat er een nieuw samen te stellen basispakket kwam en dat het niet ging om extra kosten bovenop de huidige kosten van het basispakket die zij al betalen. Ook werd er een indicatie gegeven van het bedrag dat Nederlanders gemiddeld per maand betaalden in 2013, zowel via de zorgverzekeringspremie als via de belastingen.

In 2013 omvatte het basispakket 13 typen zorg: dyslexiezorg, farmaceutische zorg, geneeskundige ggz, geriatrische revalidatiezorg, huisartsenzorg, hulpmiddelenzorg, kraamzorg, verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, mondzorg, paramedische zorg, verblijf, en vervoer (Zorginstituut Nederland, Zvw-kompas 2013 https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas). Elk type zorg werd in een tabel beschreven, evenals de effectiviteit ervan en het aantal gebruikers per jaar. Informatie over de ggz wordt in **TABEL 1** weergegeven.

BETALINGSBEREIDHEID

Na elke zorgbeschrijving volgden drie vragen over betalingsbereidheid (**TABEL 2**). Eerst of de respondent wel of niet wilde betalen om het type zorg in het basispakket op te nemen. Vervolgens het bedrag dat de respondent hiervoor maximaal bereid was te betalen.

Er zijn verschillende manieren om de betalingsbereidheid te meten, bijvoorbeeld een open einde, dichotome keuze, *payment card* en *bidding game* (Ryan e.a. 2004). Wij gebruikten in dit onderzoek de payment card. Een payment card

TABEL 1 Beschrijving ggz*

Type zorg	Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz)
Toelichting	Deze zorg richt zich op de behandeling van een psychische stoornis, bijvoorbeeld: depressie, alcohol- of drugsverslaving, ADHD of paniekstoornis
Aantal gebruikers	Ongeveer 842.000 volwassenen en 157.000 kinderen per jaar
Effect van deze zorg	Bij een depressie is gemiddeld 76% genezen binnen een jaar. Het effect van de behandeling van alcohol- of drugsverslaving, ADHD of paniekstoornis is niet bekend

*Spijker e.a. 2002; GGZ Nederland 2010; Zorginstituut Nederland, Zvw-kompas 2013 (https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas).

TABEL 2 **Vragen betalingsbereidheid voor ggz**

1	Bent u bereid om voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg te betalen om deze in het nieuw samen te stellen basispakket op te nemen? ❑ Ja ❑ Nee							
2	Kunt u op de onderstaande schaal aankruisen hoeveel u maximaal in euro's per maand wilt betalen om geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in het nieuw samen te stellen basispakket op te nemen? Het gaat om een totaalbedrag per maand: basispremie én belasting.							
€ 0	€ 1-19	€ 20-39	€ 40-59	€ 60-79	€ 80-99	€ 100-119	€ 120-139	€ 140-159
€ 160-179	€ 180-199	€ 200-219	€ 220-239	€ 240-259	€ 260-279	€ 280-299	€ 300-319	€ 320-339
€ 340-359	€ 360-379	€ 380-399	€ 400-419	€ 420-439	€ 440-459	€ 460-479	€ 480-499	Boven € 500
3	Hoe zeker bent u over het bedrag dat u aangekruist hebt? ❑ Zeker ❑ Niet zeker							

houdt in dat de respondent een set aan hoeveelheden in euro's gepresenteerd krijgt en gevraagd wordt een van de bedragen uit deze set aan te kruisen. Het bepalen van de eindpunten van deze schaal is cruciaal omdat deze keuze de betalingsbereidheid kan beïnvloeden. We kozen voor een grote schaal van 0 tot 500 euro per maand om de respondenten de vrijheid te geven om zowel nul euro te willen betalen of een bedrag dat veel hoger is dan de totale zorgkosten per Nederlander per maand.

Ten slotte werd de derde vraag toegevoegd om hypothetische bias te voorkomen. Hypothetische bias houdt in dat de respondent een hogere betalingsbereidheid aankruist dan dat hij of zij in werkelijkheid bereid is te betalen. Blumenschein e.a. (1998) stellen dat de resultaten grotendeels vrij zijn van hypothetische bias wanneer alleen de respondenten die hebben aangegeven zeker te zijn over hun betalingsbereidheid worden meegenomen in de analyse. De vraag of men zeker is over het aangekruiste bedrag is in de internationale literatuur aanbevolen (Blumenschein e.a. 1998; 2008). Niet corrigeren voor zekerheid leidt tot een overschatting van de werkelijke betalingsbereidheid.

Twee versies van **TABEL 2** werden opgenomen in het onderzoek: een versie waarbij het ging om het toevoegen van zorg aan het basispakket (weergegeven in **TABEL 2**) en een versie waarbij het gaat om het verwijderen van zorginterventies uit het basispakket. Dit om te onderzoeken of er verschillen in voorkeuren waren tussen wanneer zorg wordt toegevoegd aan het basispakket en wanneer zorg dreigt te verdwijnen uit het basispakket. Er werden echter geen statistische verschillen gevonden tussen de resultaten van de twee versies. Daarom refereren we in het artikel steeds aan betalingsbereidheid voor opnemen ggz in het basispakket.

Variabelen

We verzamelden de volgende gegevens over de respondenten: geslacht, leeftijd, woonplaats, het hoogste niveau van het onderwijs, het netto maandelijkse inkomen van het huishouden, burgerlijke staat, aantal kinderen, lengte, gewicht en gezondheid. De ervaren gezondheid werd gemeten op een schaal met vijf categorieën: uitstekend; erg goed; goed; gemiddelde; slecht (Crossley & Kennedy 2002) en de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven werd gemeten met de EQ-5D (Dolan 1997; Lamers e.a. 2006).

Deelnemers

De data werden tussen maart en mei 2013 verzameld door studenten Gezondheidswetenschappen van de Vrije Universiteit in Amsterdam. Inclusiecriteria waren: ouder zijn dan 18 jaar, het hebben van een zorgverzekering, in Nederland wonen en Nederlands kunnen lezen en schrijven.

Respondenten werden benaderd via een tandartsenpraktijk in Amsterdam, het sociale netwerk van de studenten en de Vrije Universiteit Amsterdam. Voordat de respondenten de vragenlijst in handen kregen, werd eerst het belang van het onderzoek uitgelegd. Ook werd benadrukt dat de gegevens volledig anoniem zouden blijven. Na toestemming van de respondent voor deelname kregen zij de keuze de vragenlijst ter plekke in te vullen en deze vervolgens terug te geven of de vragenlijst terug te sturen in een gefrankeerde antwoordenveloppe.

Statistische analyses

Om te bekijken of de onderzoekspopulatie representatief was voor de algemene bevolking, vergeleken we de kenmerken van onze steekproef met informatie van het Centraal Bureau voor de Statistiek, met t-toetsen en met χ^2-toetsen. De gemiddelde betalingsbereidheid werd berekend voor alle respondenten, voor de respondenten die zeker waren van hun betalingsbereidheid en voor de respondenten die meer dan 0 euro voor de ggz wilden betalen.

RESULTATEN

Kenmerken steekproef

Er werden 400 vragenlijsten uitgedeeld, met een respons van 352 vragenlijsten (88%). **TABEL 3** geeft de karakteristieken van de respondenten weer, evenals de p-waarden voor de vergelijking met de karakteristieken van de Nederlandse populatie.

TABEL 3 laat zien dat de studiepopulatie significant jonger was (ongeveer 6 jaar) dan de Nederlandse volwassen bevolking. Er waren ook enkele (kleine) significante verschillen in opleidingsniveau, burgerlijke staat, inkomen en het aantal kinderen; mogelijk konden die ook worden verklaard door het verschil in leeftijd. De deelnemers waren gemiddeld iets hoger opgeleid, hadden een lager netto-huishoudinkomen, waren vaker getrouwd en hadden minder kinderen.

Van de respondenten gaf 90,9% aan dat ze een goede gezondheid ervoeren. In de Nederlandse volwassen bevolking was dit percentage 79%. Er waren ook een paar kleine

TABEL 3 **Kenmerken van de steekproef vergeleken met de Nederlandse bevolking**

Kenmerken	Alle respondenten[a]	Nederlandse populatie
Demografische en socio-economische kenmerken	53,1 (p = 0,206)	50,5[b]
Vrouw (%)	41,9 (17,7) (p = 0,000)	47,6[b]
Gem. leeftijd in j (SD)		
Hoogste behaald opleidingsniveau (%)	30,9 (p = 0,006)	30,01[b]
Laag	34,1	41,64
Midden	34,9	28,33
Hoog	€ 2110,3 (p =0,000)	€ 2766,6
Gem. netto-maandinkomen per huishouden (SD)		
Burgerlijke status (%)	33,5 (p = 0,013)	35,7[b]
Nooit getrouwd geweest	55,8	49,5
Getrouwd	2,7	6,3
Weduwe/naar	8,0	8,6
Gescheiden	1,15 (p = 0,000)	1,7
Gem. aantal kinderen	24,41 (p = 0,000)	25,40[c]
Gem. body mass index		
Gezondheidskenmerken	90,9 (p = 0,000)	79,0
% ervaren gezondheid goed, heel goed en uitstekend	86,8; 11,4; 1,7	89,6; 10,1; 0,4[d]
% EQ-5D (geen, enige, veel moeite)	96,8; 2,8; 0,3	96,7; 2,6; 0,8[d]
Mobiliteit	90,6; 8,8; 0,5	88,1; 10,5; 1,4[d]
Zelfzorg	72,0; 26,6; 1,4	68,1; 28,1; 3,8[d]
Dagelijkse activiteiten	91,4; 8,6; 0	96,6; 2,8; 3,8[d]
Pijn		
Angst/depressie		
Aantal respondenten	352	

a P-waarden van T-toetsen en χ^2-toetsen over de gelijkheid van de karakteristieken in steekproef en Nederlandse bevolking (alle, 15+, 18+ of 20+)

b CBS Statline.

c CBS Statline http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=81565ned&D1=a&D2=0&D3=a&D4=0&D5=0,10,20,30-32&VW=T; Population 20 years old and older in 2013

d König e.a. 2009.

TABEL 4 **Betalingsbereidheid voor de ggz**

	Gem. bereid te betalen(SD)	% zeker	Gem. bereid te betalen als zeker (SD)	% dat wil betalen	Gem. bereid te betalen wanneer men wil betalen (SD)
ggz	€ 29,90 (51,70)	73,8	€ 25,90 (40,00)	69,6	€ 42,90 (57,30)
Aantal respondenten	329	243	243	229	229

verschillen in de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven tussen de steekproef en de Nederlandse volwassen bevolking.

Betalingsbereidheid voor ggz

TABEL 4 geeft de resultaten voor de gemiddelde betalingsbereidheid (kolom 2). Gemiddeld wilden de deelnemers bijna 30 euro per maand betalen. De 3de kolom laat zien dat bijna driekwart van de respondenten zeker was van hun betalingsbereidheid en kolom 4 geeft de daarbijbehorende gemiddelde betalingsbereidheid. Deze 26 euro was iets lager dan de gemiddelde betalingsbereid van de hele steekproef, maar het verschil was niet statistisch significant.

In 2013 bedroegen de werkelijke kosten voor de ggz per inwoner per maand gemiddeld € 15,80. In onze steekproef was men gemiddeld bereid € 25,90 te betalen voor de ggz (**TABEL 4**, kolom 4). Dit laat zien dat de respondenten bereid waren om meer te betalen voor de ggz dan wat ze daadwerkelijk hiervoor betalen.

De tabel geeft ook het percentage mensen dat wil betalen voor ggz (kolom 5). Gemiddelde waren de mensen bereid € 42,90 te betalen.

DISCUSSIE

In dit onderzoek hebben wij een methodiek ontwikkeld om de voorkeuren van de Nederlandse bevolking voor de omvang van het collectief gefinancierde zorg te kwantificeren. Deze methodiek is toegepast op een relatief kleine (n = 352) gemakkelijk toegankelijke steekproef. Echter, de meerderheid van de kenmerken van de respondenten komen overeen met die van de algemene Nederlandse bevolking, hoeveel de steekproef iets jonger was en een beter ervaren gezondheid kende dan de Nederlandse bevolking.

De betalingsbereidheid is gemeten met een payment card. Een kleinere schaal had mogelijk preciezere resultaten gegeven. Om hypothetische bias te voorkomen, zijn alleen respondenten die zeker waren over de ingevulde betalingsbereidheid meegenomen in het berekenen van de gemiddelde betalingsbereidheid voor de ggz. Zo is de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Echter, hierdoor lag het aantal respondenten beduidend lager dan het totale aantal respondenten. Dit zou kunnen komen door het gebruik van een dichotome zekerheidsvraag. In toekomstig onderzoek zou men een vijfpuntsschaal bij de zekerheidsvraag kunnen toepassen en kijken of dit andere resultaten geeft op het percentage respondenten dat zeker is van hun betalingsbereidheid.

CONCLUSIE

De belangrijkste bevinding op basis van de ontwikkelde methodiek om te kwantificeren hoeveel de Nederlandse bevolking bereid is te betalen voor de collectief gefinancierde ggz is dat de betalingsbereidheid voor de ggz in 2013 mogelijk hoger, maar zeker niet lager is dan het ggz-budget in dat jaar. Vervolgonderzoek met een representatievere, bij voorkeur grotere groep om preciezere schattingen te krijgen, is nodig om de gemiddelde betalingsbereidheid van de Nederlandse bevolking precies te kunnen meten. Idealiter zou er een periodieke meting plaats moeten vinden omdat het basispakket ook jaarlijks wordt aangepast. De gemeten betalingsbereidheid zou als input kunnen dienen bij de pakketadviezen van het Kwaliteitsinstituut aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Lisette van den Brink, Marit van der Pijl, Timothy van de Wal en Kim Elsink assisteerden bij ons onderzoek, en prof. dr. Robert Schoevers deed constructieve suggesties.

LITERATUUR

- Berg B van den. Vaststellen maximumbedrag per QALY overbodig. Tijdschr voor Gezondheidswetenschappen 2006; 84: 497.
- Blumenschein, K, Blomquist, GC, Johannesson, M, Horn, N, Freeman, P. Eliciting willingness to pay without bias: evidence from a field experiment. Econ J 2008; 118: 114-37.
- Blumenschein K, Johannesson M, Blomquist GC, Liljas B, O'Conor RM. Experimental results on expressed certainty and hypothetical bias in contingent valuation, Southern Econ J 1998; 65: 69-177.
- Crossley TF, Kennedy S. The reliability of the self-assessed health status. J Health Econ 2002; 21: 643-58.
- Dolan P. Modelling valuations for EuroQol health status. Med Care 1997; 35: 1095-108.
- Enthoven AC, Van de Ven WPMM. Going Dutch: managed-competition health insurance in the Netherlands. New Engl J Med 2007; 357: 2421-3.
- GGZ Nederland. 2010. Sectorrapport GGZ 2010: Zorg op waarde geschat. Amersfoort: GGZ Nederland; 2010.
- König HH, Bernet S, Angermeyer MC, Matschinger H, Martinez M, Vilaqut G, e.a. Comparison of population health status in six European countries: results of a representative survey using the EQ-5D questionnaire. Med Care 2009; 47: 255-61.
- Lamers LM, McDonell J, Stalmeier PFM, Krabbe PFM, Van Busschbach JJV. The Dutch tariff: results and arguments for an effective design for national EQ-5D valuation studies. Health Econ 2006; 15: 1121-32.
- Ryan M, Scott DA, Donaldson C. Valuing health care using willingness to pay: a comparison of the payment card and dichotomous choice methods. J Health Econ 2004; 23: 237-58.
- O'Brien B, Gafni A. When do the 'dollars' make sense? Toward a conceptual framework for contingent valuation studies in health care. Med Decis Making 1996; 16: 288-99.
- Victoor A, van den Akker-van Marle ME, van den Berg B, Hansen J, van den Hout WB, de Jong JD. Preferentieonderzoek pakketadviezen. De geschiktheid van drie waarderingsmethoden om de preferenties van verzekerden voor de samenstelling van de basisverzekering te meten. Utrecht: NIVEL; 2011. http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-preferentie-pakketadviezen.pdf.
- Spijker J, de Graaf R, Bijl R, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Br J Psychiatry 2002; 181: 203-13.

SUMMARY

The willingness of the Dutch to pay for mental health care

F.R.M. PORTRAIT, B. VAN DEN BERG

BACKGROUND How much are the Dutch prepared to pay for mental health care? Nearly every year the content of the basic health insurance package alters as a results of new insights and scientific and medical progress. Up till now, the government of the Netherlands has largely ignored the wishes of its people regarding which services should be included in or dropped from the basis health care package.

AIM To describe a method for measuring the Dutch population's willingness to pay (WTP) for the inclusion of mental health care in the basic health insurance package and, at the same time, to present the first empirical findings obtained by this method.

METHOD Data were collected in 2013 via a printed questionnaire on which the respondent was asked to declare how much he or she would be prepared to pay for the inclusion of mental health care in the basic health care package.

RESULTS The average per capita amount that the Dutch were prepared to pay for the inclusion of mental health care was found be € 25.90 per month.

CONCLUSION The average amount that a Dutch national was prepared to pay for having mental health care included in the basic package was higher that the actual per capita amount paid for mental health care. In 2013 these costs were € 15.80 per capita per month.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)10, 759-765

KEY WORDS costs mental health care, willingness to pay