

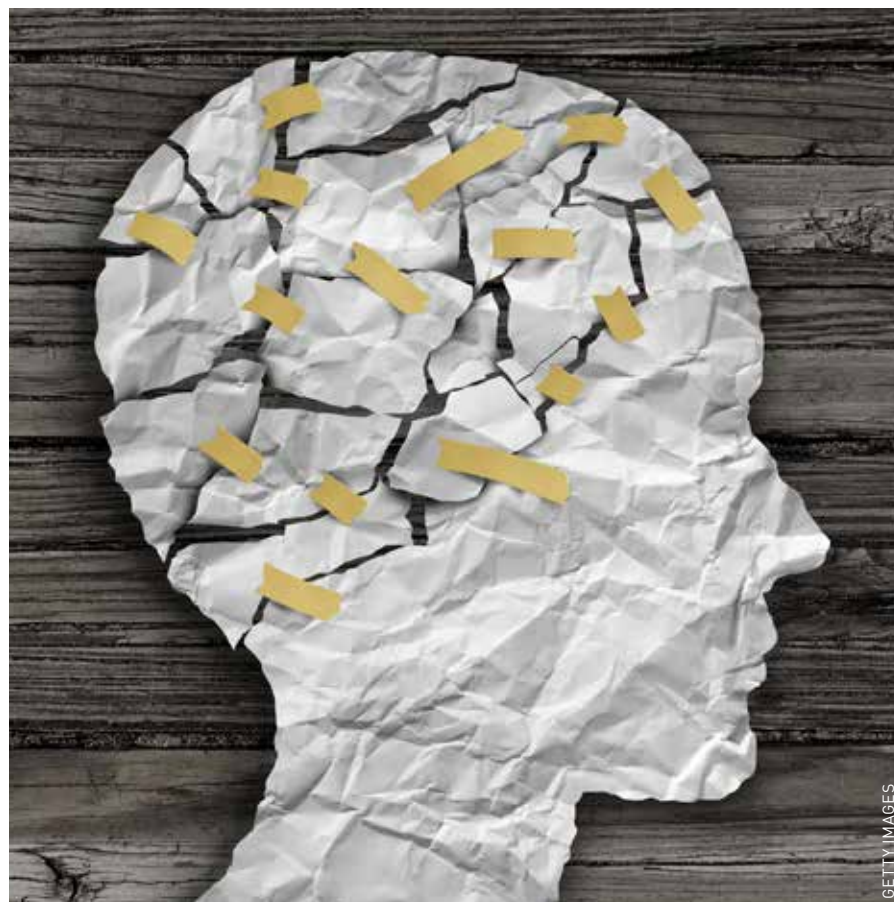
Ilse Kleijne

i.kleijne@medischcontact.nl

@medischcontact

Verdubbeling dwangopnames na eigen ggz-bijdrage

Na het invoeren van een eigen bijdrage voor geestelijke gezondheidszorg, daalde het aantal nieuwe behandelingen voor reguliere ggz fors. Tegelijk verdubbelde het aantal dwangopnames en steeg het aantal crisisbehandelingen. Dat zeggen Nederlandse onderzoekers in *JAMA Psychiatry*. Stof voor discussie over een slimmer eigen risico, vinden zij.



Bastian Ravesteijn is gezondheidseconoom en onderzoeker aan Harvard. En hij is geïnteresseerd in de vraag ‘hoe je zorgverzekeringen het beste kunt inrichten’. ‘Laat je mensen uit eigen zak betalen of niet?’, vat hij de terugkerende discussies over het eigen risico en eigen bijdrages samen.

Met Harvard-promovendus Eli Schachar en de hoogleraren Aartjan Beekman (VUmc), Richard Janssen (Erasmus Universiteit en Universiteit van Tilburg) en Patrick Jeurissen (Radboudumc) besloot hij te bekijken welk effect het invoeren van een extra ggz-bijdrage in Nederland heeft gehad: kozen mensen er minder vaak voor om zich te laten behandelen? En kwamen zij daardoor vaker terecht in onvrijwillige en acute ggz? De resultaten staan in *JAMA Psychiatry*.

Eigen bijdrage

Op 1 januari 2012 werd een extra eigen bijdrage ingevoerd voor mensen die gebruikmaakten van de ggz. Wie die een ambulante behandeling volgde, moest in ieder geval 100 euro zelf bijleggen, en nog eens 100 euro extra als de behandeling meer dan 100 minuten duurde. Intramurale patiënten moesten maandelijks 145 euro bijdragen aan hun behandeling. De nieuwe regel gold uitsluitend voor volwassenen van 18 jaar en ouder, en was aanvankelijk inkomensonafhankelijk. Overigens werd die eigen bijdrage na flinke kritiek per 2013 alweer geschrapt. ‘De achtergrond van de keuze om alleen voor ggz een eigen bijdrage te verlangen, was dat de ggz-kosten veel sneller stegen dan van andere typen zorg. Men was bang dat er zorg werd gebruikt die niet nodig was’, licht Ravesteijn de voor-geschiedenis toe.

Ravesteijn en co bekeken voor hun onderzoek het aantal dbc’s voor ggz die werden geopend in de periode 2010 tot en met 2012 – dus in de twee jaar voorafgaand aan de maatregel en in het jaar waarin de maatregel gold. Ze wilden namelijk vooral kijken of de invoering van de eigen bijdrage effect had op de beslissing om een behandeling te beginnen, niet zozeer op

de vraag of het effect had op het aantal behandelingen gedurende een traject. Daarvoor hadden ze de beschikking over geanonimiseerde dbc-data van alle 110 ggz-instellingen die bij GGZ Nederland zijn aangesloten. Deze instellingen behandelden in deze periode 87 procent van alle psychiatrische specialistische behandelingen; de overige 13 procent waren behandelingen bij vrijgevestigde praktijken.

2156 opnames in 2012). Die toename kwam vooral van patiënten met psychotische en bipolaire stoornissen. ‘Twee van de meest zware stoornissen’, aldus Ravesteijn. Het aantal opnames voor crisishulp steeg ruim een kwart, van 19.939 naar 25.054 opnames. Rond crisishulp en dwangopname bleef de controlegroep in 2012 ook stabiel. Er werd verder gekeken naar het effect op verschillende inkomensgroepen. In lagere inkomensgroepen, die in het algemeen

nodig was, pakte de zorg juist netto duurder uit: voor deze categorie overschreden de meerkosten de besparingen in totaal met 25,5 miljoen euro (19,5 miljoen euro bij psychotische en 5,9 miljoen bij bipolaire patiënten).

Doel gemist

De cijfers lijken erop te wijzen dat mensen door de bijdrage minder zorg opzoeken, en dat dit voor een deel van de patiënten leidt tot gebruik van gedwongen of acute behandeling. Ravesteijn: ‘En die zijn duurder voor de samenleving en onprettiger voor de patiënt.’ Het is volgens hem ‘een beetje speculeren als je de uitkomst vertaalt’. ‘We zien een gedragsrespons, maar er is nog verder onderzoek nodig naar de oorzaak. Mijden mensen zorg en gaat het later zo slecht dat ze in een moeilijke situatie terechtkomen? Zit er leed achter door onderbehandeling, of proberen mensen bewust kosten te omzeilen?’ De huidige data bieden wat Ravesteijn betreft voer voor discussies over hoe je ‘een slimmer eigen risico verzint dat niet geldt voor zorg met hoge waarde’. ‘De uitkomst wijst er toch op dat je geen eigen betalingen moet verlangen voor echt ernstig psychisch zieken. Want zelfs als je alleen op de kosten let, haal je bij die groep je besparingsdoel niet.’ ■

‘Voor ernstige psychisch zieken moet je geen eigen betalingen verlangen’

De stapel van ruim 1,4 miljoen toen geopende dbc's verdeelden ze over negen verschillende diagnosecategorieën: depressie, verslavingsstoornis, angststoornis, psychotische stoornis, persoonlijkheidsstoornis, bipolaire stoornis, stoornissen die al in de kindertijd zijn gesteld, gemengde diagnose en de categorie waar bij de diagnose ontbrak. Deze indeling werd gemaakt om te kijken of er nog een verschil waarneembaar was bij verschillende ziektebeelden.

Trendbreuk

In de jaren vóór 2012 groeide het aantal geopende dbc's jaarlijks met zo'n 4 tot 6 procent. In 2012 deed zich een trendbreuk voor. Er werden toen juist 13,4 procent minder dbc's geopend. De onderzoekers keken ook naar de cijfers bij jongeren van 15 tot 17 jaar (voor wie de extra bijdrage dus niet gold). Bij die controlegroep bleef het aantal geopende dbc's in 2012 stabiel. Vervolgens keken ze naar de cijfers rond verplichte opnames en crisishulp. Daar was het verschil nog opmerkelijker. Het aantal verplichte opnames verdubbelde in 2012 bijna (van 1092 opnames in 2011 naar

relatief vaker een beroep op de ggz doen, zakte het percentage behandelingen in 2012 tussen 13 en ruim 16 procent ten opzichte van 2011. Terwijl het percentage in de hogere inkomensgroepen met ‘slechts’ 10 tot 12 procent daalde.

Besparing

In totaal namen de kosten voor ggz-zorg in 2012 wel af: de invoering van de bijdrage leidde tot een besparing van 70,4 miljoen euro op basis van het lagere aantal dbc's dat werd geopend, becijferden de onderzoekers. Maar een deel van die besparing werd tenietgedaan omdat de kosten rond dwangopname en crisishulp juist toenamen met 57,1 miljoen euro, zo schatten zij in. Dat maakt dat onder de streep 13,4 miljoen euro aan besparing overbleef. Die besparing werd vooral bereikt bij de behandeling van depressie en angststoornis, zo bleek als per ziektebeeld werd gekeken naar de rekensom. Die categorieën leidden tot nettobesparingen van respectievelijk 15,3 en 9,8 miljoen euro. Maar voor psychotische en bipolaire patiënten, waarvoor in 2012 dus beduidend vaker crisishulp of dwangopname

web

Meer informatie over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen