

GGZ-gebruik daalt door invoering eigen bijdrage

In 2012 werd er een eigen bijdrage ingevoerd voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Wie gebruik wilde maken van deze zorg moest 200 euro betalen, bovenop het eigen risico. In 2013 werd deze eigen bijdrage weer afgeschaft. Welk effect heeft dit alles gehad op het GGZ-gebruik?

TIMO LAMBREGTS

Promovendus aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

RENÉ VAN VLIET

Universitair hoofd-docent aan de EUR

Bij een eigen betaling dragen verzekerden zelf een deel van de kosten voor de zorg die ze ontvangen. Er zijn drie hoofdvormen van eigen betalingen (zie kader 1). De achterliggende gedachte is dat verzekerden bewuster met hun zorggebruik omspringen als ze zelf moeten meebetalen. Op deze manier beogen eigen betalingen een daling te bewerkstelligen in het onnodige zorggebruik – en daarmee in de zorgkosten.

Eigen betalingen kunnen echter ook gepaard gaan met zorgmijding, wat een daling van het noodzakelijke zorggebruik inhoudt. Dit is onwenselijk, omdat zorgmijding op de lange termijn tot slechtere gezondheid en hogere zorgkosten kan leiden. Of en in hoeverre er zorgmijding bij eigen betalingen plaatsvindt, hangt af van de individuele *prijsgoedigheid* van verzekerden. Iemand met een geringe prijsgevoeligheid zal weinig aan zijn zorggebruik veranderen, en alleen afzien van echt overbodige zorg. Iemand die zeer prijsgevoelig is, zal daarentegen mogelijk overreageren en ook noodzakelijke zorg mijden. De algemene prijsgevoeligheid is bovendien tussen verschillend per soort zorg. De reactie op een eigen betaling voor fysiotherapie is bijvoorbeeld veel sterker dan op een eigen betaling voor ziekenhuiszorg (Van Vliet, 2004).

EIGEN BIJDRAGE VOOR GGZ

Vanaf 1 januari tot en met 31 december 2012 gold er een eigen bijdrage voor de tweedelijns GGZ. Deze bedroeg 100 euro voor elke aangevangen 100 behandelinuten en was gemaximeerd op 200 euro. Omdat bijna alle behandelingen langer duren dan 100 minuten, was de eigen bijdrage daarmee de facto 200 euro. Tegelijkertijd werd de eigen bijdrage voor eerstelijns psychologische zorg verhoogd van 10 naar 20 euro per consult.

Rondom de invoering van de eigen bijdrage voor GGZ was er veel discussie, zowel in de Tweede Kamer (2011) als daarbuiten (NOS, 2011). De vrees bestond dat deze

maatregel de GGZ minder toegankelijk zou maken en, met name voor mensen met een lage sociaal-economische status (SES), tot zorgmijding zou kunnen leiden. Bij invoering was de prijsgevoeligheid van GGZ-gebruik niet bekend, noch in hoeverre deze afhangt van de sociaal-economische status. Daarom onderzoeken we achteraf hoe het gebruik van de GGZ is veranderd in 2012, en of er bij die veranderingen ook verschillen zijn naargelang de sociaal-economische status.

GGZ-GEBRUIK NA INVOERING

Hiertoe analyseren we het aantal gestarte GGZ-behandelingen per 10.000 verzekerden op basis van de claimdata van één Nederlandse verzekeraar via een *difference-in-differences*-analyse. In 2012 daalde het aantal maandelijks gestarte GGZ-behandelingen voor volwassenen met 35 procent ten opzichte van 2011, terwijl dit voor minderjarigen stabiel bleef (figuur 1). Dit statistisch significante verschil lijkt toe te schrijven te zijn aan de invoering, per 1 januari 2012, van een eigen bijdrage voor volwassenen en niet voor minderjarigen. Deze daling concentreerde zich bij gevallen met een kortere behandelduur (tot 1.800 minuten) en bij de categorie ‘onbekende diagnoses’ (tabel 1). Dat de daling hier het sterkst was, wijst erop dat vooral verzekerden met een lichtere zorgvraag – een korte behandeling waarbij er geen diagnose gesteld kon worden – minder gebruik zijn gaan maken van de GGZ.

Vormen van eigen betalingen

KADER 1

Er zijn drie hoofdvormen van eigen betalingen: eigen risico's, procentuele bijbetalingen en eigen bijdragen. Bij een eigen risico betaalt de verzekerde eerst zelf een vastgesteld bedrag, voordat hij aanspraak kan maken op de verzekering. Het verplichte eigen risico geldt in Nederland voor bijna alle zorg in het basispakket, en men kan het vrijwillig verhogen. Bij procentuele bijbetalingen betaalt men zelf een percentage van de daadwerkelijke kosten tot een bepaald maximum. En bij eigen bijdragen wordt er per behandeling een vast bedrag – ongeacht de daadwerkelijke kostprijs – in rekening gebracht. Bij de basisverzekering worden eigen bijdragen en procentuele bijbetalingen betaald voor medische hulpmiddelen, bepaalde medicijnen en onderdelen van de kraamzorg. Minderjarigen zijn vrijgesteld van alle eigen betalingen in het basispakket.

Dit artikel is gebaseerd op Lambregts en Van Vliet (2017)

Verder zien we in tabel 1 dat het GGZ-gebruik verschilt tussen sociaal-economische kwantielen. Mensen met een lage sociaal-economische status krijgen meer GGZ-behandelingen dan anderen. Deze verhoudingen bleven dus gelijk na invoering van de eigen bijdrage. Verrassend genoeg lijken mensen met een lage sociaal-economische status niet sterker te reageren op deze financiële prikkel. In onze analyse is de sociaal-economische status echter indirect gemeten op basis van de viercijferige postcode van het woonadres. Het is daarom niet uit te sluiten dat er toch onderlinge verschillen zijn wat betreft sociaal-economische status in de reactie op de eigen bijdragen.

GGZ-GEBRUIK NA AFSCHAFFING

Zoals figuur 1 laat zien, ging het aantal aangevangen GGZ-behandelingen na de afschaffing van de eigen bijdrage in 2013 niet terug naar het oude niveau. Dit is opvallend, maar kan verklaard worden door de stijging van het verplichte eigen risico van 220 naar 350 euro per 1 januari 2013. Deze stijging deed de afschaffing van de eigen bijdrage in de GGZ grotendeels teniet. Tegelijkertijd zien we dat er wel significant meer van de kortste behandelingen (tot 250 minuten) werden begonnen. Dit wijst erop dat mensen met relatief lichte klachten na afschaffing van de eigen bijdrage weer meer gebruik gingen maken van de GGZ. Mogelijk hadden deze patiënten hun eigen risico al aan andere vormen van zorg uitgegeven, zodat voor hen de prijsprikkel ontbrak.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

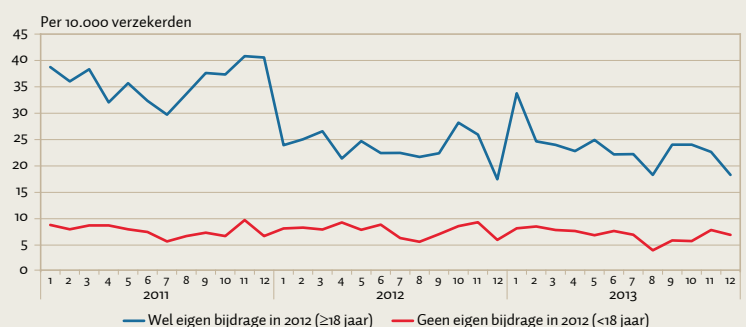
Het aantal nieuwe GGZ-behandelingen daalde sterk na invoering van een eigen bijdrage. Onderzoeken in andere landen vinden vergelijkbaar grote prijsgevoeligheden voor GGZ-gebruik (Frank en McGuire, 2000). Het is niet gek dat juist gebruikers van GGZ-zorg zo prijsgevoelig zijn. Bij de psychische zorg zijn de noodzaak en mogelijke baten voor patiënten minder duidelijk dan bij de somatische zorg; denk bijvoorbeeld aan het zetten van een gebroken been. Daarnaast is het niet ondenkbaar dat stigmatisering van GGZ-patiënten de prijsgevoeligheid vergroot.

Het is lastig vast te stellen of de extra prijsprikkel effectief was om onnodig zorggebruik te remmen en of de eigen bijdrage uiteindelijk heeft geleid tot een doelmatiger zorggebruik. Enerzijds laat ons onderzoek zien dat de terugval in behandelingen zich concentreert bij de kortdurende behandelingen, wat suggereert dat deze zorg wellicht niet echt nodig was. Anderzijds valt er niet uit te sluiten dat er vanwege zorgmijding later langere behandelingen noodzakelijk zijn. Zo zijn er aanwijzingen dat de invoering van de eigen bijdrage gepaard is gegaan met een stijging in gedwongen opnamen (Ravesteijn et al., 2017). Dit duidt erop dat sommige zorgmijdende patiënten daarna verslechterden en alsnog gedwongen zijn opgenomen, wat hoge kosten met zich meebrengt. Ook speelt strategisch gedrag van de GGZ-aanbieders mogelijk een rol (Douven et al., 2015). Zij kunnen proberen om de terugloop in patiënten te compenseren door patiënten die wel verschenen langer te behandelen.

Kortom, de effecten van eigen bijdragen in de GGZ zijn groot, omdat mensen hier in verhouding prijsgevoelig voor zijn. Dit vertelt ons echter weinig over de doeltreffendheid van de eigen bijdragen in deze sector. Hier-

voor is er meer informatie over – en dus onderzoek naar – de gezondheidseffecten bij de verschillende doelgroepen nodig. Op basis daarvan kan er geëvalueerd worden in hoeverre en voor wie eigen betalingen in de GGZ daadwerkelijk wenselijk zijn.

Aantal maandelijks gestarte GGZ-behandelingen FIGUUR 1



Aantal maandelijks gestarte GGZ-behandelingen TABEL 1

	2011	2012	2013
	aantal per 10.000 volwassenen	verandering t.o.v. 2011 in procenten	verandering t.o.v. 2012 in procenten
Behandelduur			
< 250 minuten	6,5	-62,5	+30,6
250 tot 1.800 minuten	28,4	-37,4	+4,1
≥ 1.800 minuten	6,1	+3,9	+14,8
Diagnose			
Gediagnosticeerd	24,9	-22,9	+7,7
Onbekend	16,1	-54,6	+4,5
SES-kwintiel			
1 ^e (laagste)	8,7	-33,9	+4,9
2 ^e tot en met 5 ^e	7,9	-36,1	+7,4

LITERATUUR

- Douven, R., M. Remmerswaal en I. Mosca (2015) Unintended effects of reimbursement schedules in mental health care. *Journal of Health Economics*, 42, 139–150.
- Frank, R. en T. McGuire (2000) Economics and mental health. In: A. Culyer en J. Newhouse (red.), *Handbook of health economics*. Amsterdam: North-Holland, 893–954.
- Lambregts, T. en R. van Vliet (2017) The impact of copayments on mental healthcare utilization: a natural experiment. *European Journal of Health Economics*.
- NOS (2011) *Psychische zorg wordt onbetaalbare luxe*. Nieuwsbericht op www.nos.nl, 26 juni.
- Ravesteijn, B., E. Schachar, A. Beekman et al. (2017) Association of cost sharing with mental health care use, involuntary commitment, and acute care. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 932–939.
- Tweede Kamer (2011) *Geestelijke Gezondheidszorg*, 25424(123).
- Vliet, R. van (2004) Deductibles and health care expenditures: empirical estimates of price sensitivity based on administrative data. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 4(4), 283–305.

In het kort

- ▶ Bij de invoering van een eigen bijdrage voor GGZ is het aantal gestarte behandelingen met 35 procent gedaald.
- ▶ De daling vond plaats bij de kortdurende behandelingen; bij zwaardere behandelingen valt zorgmijding door ernstig zieken niet uit te sluiten.