

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/321372600>

Eigen bijdragen: non nocere

Article · September 2017

CITATIONS

0

READS

13

5 authors, including:



[Bastian Ravesteijn](#)

Harvard Medical School

10 PUBLICATIONS 14 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Richard T.J.M Janssen](#)

Tilburg University

101 PUBLICATIONS 641 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Patrick Paulus Theodoor Jeurissen](#)

Radboud University Medical Centre (Radbou...)

84 PUBLICATIONS 104 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Aplication of bitcoin technology in Health Care Systems [View project](#)



Verspilling in de langdurige zorg [View project](#)

All content following this page was uploaded by [Richard T.J.M Janssen](#) on 29 November 2017.

The user has requested enhancement of the downloaded file.



Eigen bijdragen: *non nocere*

Op 1 januari 2012 werd een eigen bijdrage ingevoerd voor de geneeskundige ggz. Na veel protesten werd die na een jaar weer afgeschaft. Uit ons onderzoek naar de effecten van die eigen bijdrage, in juli jl. gepubliceerd in *JAMA Psychiatry*, blijkt dat de zorgen van weleer terecht waren. De stijging van het aantal behandelingen in de jaren vóór 2012 sloeg bij invoering van de eigen bijdrage om naar een daling, die het sterkst was bij de laagste inkomensgroep. Ook was er een duidelijke verschuiving van electieve, planbare zorg naar acute zorg. Wij pleiten dan ook voor een stevige bezinning op eigen betalingen.

In 2011 was de financiële crisis op haar dieptepunt. Het leek alsof de gezondheidszorg hard bezig was om als een soort koekoeksjong alle andere publieke taken uit het financiële nest te werken. Tussen 2000 en 2010 waren de kosten van de zorg verdubbeld, terwijl ons BNP veel minder was gegroeid. Eén van de (hardnekkige) mythes was dat de ggz veel harder groeide dan de rest van de gezondheidszorg. Alhoewel CBS-data dit niet ondersteunen (Heine et al 2013), was het wel aanleiding om de pijlen van rigoureuze ministeriële ingrepen op de ggz te richten.

Op 1 januari 2012 werd er een eigen bijdrage ingesteld, alleen voor de geneeskundige ggz. Deze betekende dat patiënten die ambulante werden behandeld 100 euro bij moesten betalen, met nog eens 100 euro bij een behandeling van meer dan 100 minuten. Voor klinisch opgenomen patiënten gold vanaf 1 januari 2012 een eigen →

bijdrage van 145 euro per maand. Er was veel protest tegen deze 'Nederland onwaardige' maatregel. Meer dan 10.000 mensen kwamen op 29 juni 2011 naar het Malieveld om te betogen en overhandigden 45.000 handtekeningen aan minister Schippers. Na één jaar werd de eigen bijdrage weer verlaten. Edoch, daarna werd het eigen risico voor iedereen veel hoger en bleven deze 'remgelden' dus intact. Wel zijn allerlei maatregelen getroffen om de gevolgen voor mensen met de laagste inkomens te verzachten. In dit artikel bespreken we de resultaten van ons onderzoek naar de gevolgen van de eigen bijdrage in de ggz (Ravesteijn et al. 2017).

Voorstanders

De voorstanders van eigen bijdragen zeggen dat het goed is dat patiënten zelf merken dat gebruik van gezondheidszorg wat kost. Als men zelf ergens voor betaalt, dan weegt men zelf de kosten en de baten af en kiest men scherper dan wanneer de bekostiging loopt via collectieve regelingen. Men stelt dat prijselasticiteit (de mate waarin de vraag naar zorg afhangt van de prijs) een goede graadmeter is voor de waarde die mensen toekennen aan gezondheidszorg. Het idee is dat je met een eigen bijdrage selectief het gebruik van die zorg afremt, waar patiënten kennelijk weinig waarde aan hechten. Er is met name in de Verenigde Staten aardig wat onderzoek gedaan naar prijselasticiteit en het effect van eigen betalingen. In de zeventiger jaren is er zelfs een gerandomiseerde trial gedaan (het RAND-experiment), waarin men meer dan 6.000 gezinnen heeft gerandomiseerd over verschillende verzekeringsregimes en daarna langjarig heeft gevolgd. Hier bleek dat de effecten van eigen betalingen groot zijn en dat de ggz een hogere prijselasticiteit kent dan de rest van de gezondheidszorg. Voor de voorstanders van eigen bijdragen is dit gegeven reden om juist in de ggz naar hoge eigen betalingen te streven of om de ggz zelfs helemaal uit te sluiten van verzekering.

Tegenstanders

Tegenstanders van eigen bijdragen vinden het niet eerlijk dat zieken meer moeten betalen dan gezonde mensen en lage inkomens relatief meer dan hoge inkomens.

Voorts wijzen ze erop dat de manier waarop mensen op prijsprikkels reageren niet altijd wenselijk is voor henzelf of hun omgeving. Zo kan het zijn dat mensen niet weten dat ze ziek zijn, of wat zorg op de lange termijn oplevert. Het kan gebeuren dat een patiënt zorg gaat mijden omdat hij of zij niet goed kan overzien wat daarvan op langere termijn de gevolgen zijn. Daarnaast kan of wil een patiënt niet altijd rekening houden met de gevolgen voor de rest van de samenleving. Die gevolgen kunnen direct zijn, zoals bij agressie tijdens een psychose, of indirect in de vorm van hogere zorgkosten in de toekomst, het verlies van werk en aanspraken op de sociale zekerheid (Einerhand en Ravesteijn, 2017). Daarnaast kan sprake zijn van zorgverschuiving naar de eerstehulp post of de huisartsenpraktijk, waar men mogelijk minder goed in staat is adequate en efficiënte zorg te bieden.

Natuurlijk experiment

De plotselinge invoering van de eigen bijdrage in 2012 is op te vatten als een natuurlijk experiment. We maakten ons zorgen over de gevolgen en wilden graag weten of die zorg terecht was. We hadden een aantal hypothesen: (i) de effecten op zorggebruik zijn substantieel, (ii) de effecten zijn groter bij patiënten met lagere inkomens (iii) de effecten zijn kleiner bij ernstiger psychische stoornissen en (iv) er treden verschuivingen op van electieve, planbare zorg, naar acute psychiatrische interventies. De eigen bijdrage werd niet opgelegd aan patiënten jonger dan 18. Met een zogenaamd *difference-in-differences* design konden we patiënten van 15 tot 17 jaar vergelijken met de volwassenen. Al met al hadden we gegevens van 87 procent van alle patiënten die tussen 2010 en 2012 behandeld werden. De effecten van deze eigen bijdrage waren groot. De monotone stijging van het aantal behandelingen in de voorgaande jaren sloeg in 2012 om in een plotselinge daling van 13,4 procent. Bij de jongeren was dit niet het geval en liep de stijgende trend door. De daling varieerde per stoornis, maar was voor alle groepen substantieel. Zo was er bij patiënten met psychotische stoornissen een daling van 10,6 procent. De daling was het grootst bij patiënten met de lagere inkomens. Dit was een stevig effect: de daling varieerde van 11 procent bij de hoogste tot 16 procent bij de laagste inkomens. Er was ook een duidelijke verschuiving van electieve, planbare zorg, naar acute zorg. Zo steeg het aantal crisisbehandelingen met 25 procent en gedwongen behandelingen binnen de eerste maand van de DBC

Het aantal crisisbehandelingen steeg met een kwart, het aantal gedwongen behandelingen met 97 procent

Prof. dr. Richard Janssen is hoogleraar Organisatie van de gezondheidszorg bij de Universiteit van Tilburg en hoogleraar Sturing en management van zorgorganisaties bij de Erasmus Universiteit in Rotterdam.

Prof. dr. Patrick Jeurissen is hoogleraar Betaalbaarheid van zorg, IQ Health Care Radboud Universitair Medisch Centrum Nijmegen.

Eli Schachar is promovendus aan het Department of Economics van Harvard University.

29

de psychiater
september 2017

met 97 procent. De besparing op de DBC's was, ook in euro's uitgedrukt, substantieel: 70,4 miljoen euro. Echter, de meerkosten van acute en gedwongen behandeling (57,1 miljoen) gingen daar vanaf, waardoor er een besparing van 13,4 miljoen euro overbleef.

Stevige bezinning

We hebben nog niet kunnen kijken naar andere effecten (zoals verschuiving naar somatische zorg of de kosten van uitval op het werk van patiënten) en we weten ook niet wat eigen bijdragen op de langere termijn doen. Er is daarnaast van alles aan te merken op een naturalistische studie, zoals deze. Edoch, betere data zullen we niet snel krijgen en de effecten zijn dusdanig dat een stevige bezinning op eigen betalingen nodig is. Het is evident dat eigen betalingen een sterk effect hebben. Het is ook evident dat een eigen bijdrage een 'bot' middel is, waarmee niet alleen het gebruik *low value care* wordt ontmoedigd, maar ook het gebruik van essentiële

gezondheidszorg. Individuele patiënten en ook de BV Nederland hebben veel baat bij een bevolking die mentaal gezond is. Als we eigen betalingen blijven hanteren als instrument om de toegang tot goede zorg te reguleren, dan pleiten de data voor een omgekeerd gebruik: beloon mensen die goed met hun gezondheid omgaan met lagere kosten. Als zoiets al te sterk tegen onze calvinistische moraal ingaat en onoverkomelijke ethische of praktische bezwaren oplevert, dan lijkt het zaak te stoppen met dit soort financiële prikkels. Dokters worden opgeleid met 'non nocere' als imperatief. Dat zou ook moeten gelden voor beleidsmakers. ←

De referenties vindt u bij de online versie van dit artikel op www.depsychiater.nl.

advertentie

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE TREVICTA



BESTAANDE VORMEN: Trevicta 175 mg, 263 mg, 350 mg, 525 mg suspensie voor injectie symptoombelasting noodzakelijk is. Voorzichtigheid is geboden wanneer paliperidon wordt met verlengde afgifte. **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:** Trevicta voorgeschreven aan patiënten met een bekende cardiovasculaire ziekte of een familiale overeenkomstig met respectievelijk 175 mg, 263 mg, 350 mg, 525 mg paliperidon. Het bestaat waarvan wordt verondersteld dat ze het QT-interval verlengen. Met paliperidon zijn gevallen uit een waterige suspensie met verlengde afgifte. De suspensie is wit tot gebroken wit en is van leukopenie, neutropenie en agranulocytose gemeld. Men dient rekening te houden met de pH-neutraal (ongeveer 7.0). **THERAPEUTISCHE INDICATIE:** Trevicta is een driemaandelijke langdurige werking van Trevicta. Blootstelling van de moeder aan Trevicta toegediend voor en injectie, geïndiceerd voor de onderhoudsbehandeling van schizofrenie bij volwassen patiënten tijdens de zwangerschap kan leiden tot bijwerkingen bij de pasgeboren baby. Trevicta dient niet die klinisch stabiel zijn op de éénmaandelijke paliperidonpalmitaatinjectie. **DOSERING EN** te worden gebruikt door vrouwen die borstvoeding geven. Voor een volledige opsomming, zie **WIJZE VAN TOEDIENING:** Patiënten die adequaat worden behandeld met de éénmaandelijke de uitgebreide productinformatie op www.janssen.com/nederland. **BIJWERKINGEN:** Voor een paliperidonpalmitaatinjectie, bij voorkeur gedurende vier maanden of langer en die geen volledige opsomming zie de uitgebreide productinformatie op www.janssen.com/nederland. dosisaanpassing nodig hebben, kunnen overgeschakeld worden op Trevicta. Trevicta dient De meest frequent waargenomen bijwerkingen, gemeld bij $\geq 5\%$ van de patiënten, in klinische worden gestart op het moment van de volgende geplande dosis van de éénmaandelijke studies met Trevicta waren verhoogd gewicht, bovenste luchtweginfectie, angst, hoofdpijn, paliperidonpalmitaatinjectie. De dosis van Trevicta dient te worden gebaseerd op de voorgaande insomnie en injectieplaatsreactie. Het is belangrijk om vermoedelijke bijwerkingen te blijven Na de initiële dosis van Trevicta, dient Trevicta te worden toegediend via een intramusculaire bijwerkingen te melden via: Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb, www.lareb.nl **SPECIALE injectie eenmaal per 3 maanden. De volledige dosis moet langzaam, diep in de delta- of de bilspier VOORZORGSMATREGELEN:** Er zijn geen speciale bewaarcondities. **AARD EN INHOUD VAN worden geïnjecteerd. Trevicta mag alleen worden toegediend met gebruik van de dunwandige DE VERPAKKING:** Vorgevulde spuit (cyclisch olefine copolymeer) met een zuigerstop, eindstop naalden die in de Trevicta-verpakking worden meegeleverd. Naalden uit de verpakking van en dop (broombutylrubber) met een dunwandige 22G 1½-inch veiligheidsnaald (0,72 mm x de éénmaandelijke paliperidonpalmitaatinjectie of andere commercieel verkrijgbare naalden 38,1 mm) en een dunwandige 22G 1-inch veiligheidsnaald (0,72 mm x 25,4 mm). **HOUDER van Trevicta in de deltapier wordt bepaald door het gewicht van de patiënt. Voor patiënten Turnhoutseweg 30, B 2340 Beerse, België. **NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE ≥ 90 kg dient de dunwandige 1½ inch, 22 gauge naald (0,72 mm x 38,1 mm) te worden HANDEL BRENGEN:** EU/1/14/971/007, EU/1/14/971/008, EU/1/14/971/009, EU/1/14/971/010 gebruikt. Voor patiënten < 90 kg dient de dunwandige 1 inch, 22 gauge naald (0,72 mm x AFLEVERINGSWIJZE:** Geneesmiddel op voorschrift. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE 25,4 mm) te worden gebruikt. De naald die moet worden gebruikt voor toediening van Trevicta TEKST:** september 2016. **Voor uitgebreide productinformatie:** zie de samenvatting van de in de bilspier is ongeacht het lichaamsgewicht en is de dunwandige 1½ inch, 22 gauge naald productkenmerken op www.janssen.com/nederland. - Meer informatie is verder beschikbaar op www.janssen.com/nederland. **VERZOEK.**

geschud worden om een homogene suspensie te verkrijgen. Trevicta dient binnen 5 minuten na het schudden te worden toegediend. Als met Trevicta wordt gestopt, moet rekening worden Deze informatie is bestemd voor artsen en andere voorschrijvers en bedoeld om informatie te gehouden met de verlengde afgifte. Voor uitgebreide informatie over overschakelen van verstrekken over Trevicta. Trevicta, gemiste dosis en speciale populaties zie de volledige SPC tekst. **CONTRA-INDICATIES:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof, voor risperidon of voor één van de vermelde hulpstoffen. **Telefoon:** 0800-242 42 42, **E-mail:** janssen@jacnl.jnj.com **Internet:** www.janssen.com/nederland **BIJZONDERE WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGSMATREGELEN:** Trevicta mag niet worden gebruikt om een acuut geagiteerde of ernstig psychotische staat te reguleren als onmiddellijke