

## Kosteneffectiviteitsanalyses binnen de GGZ

**Dennis Stant**

Afdeling Epidemiologie  
UMCG / Rijksuniversiteit Groningen  
a.d.stant@umcg.nl

## Achtergrond

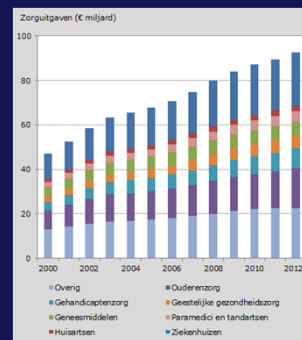
### Health Technology Assessment (HTA)

- Gericht op interventies en behandelingen binnen de gezondheidszorg
- Medische, economische, maatschappelijke en ethische aspecten
- Multidisciplinair werkveld
- Brug tussen onderzoek en beleid (nationaal en lokaal)

## Achtergrond

- Eerste HTA studies in Verenigde Staten jaren '70
- Nederland afgelopen decennia toenemende belangstelling voor HTA
- Stijgende kosten gezondheidszorg en beperkte middelen beschikbaar

## Achtergrond



## Achtergrond

- Betaalbaarheid zorg staat onder druk
- Beheersen van zorguitgaven vanuit politiek

*Maar er is meer dan enkel kostenbeheersing:*

### Doelmatigheidsoverwegingen (HTA)

- Aandacht kosten *en* effectiviteit (en relatie tussen beide)
- Wegen kosten op tegen te behalen gezondheidswinst?

## Achtergrond

### Rol van HTA bij samenstelling zorgpakket (Zorginstituut)

- Zorgpakket betreft wettelijk verzekerde zorg (vergoed vanuit basisverzekering)
- Beoordeling CVZ op basis van noodzakelijkheid, effectiviteit, uitvoerbaarheid en kosteneffectiviteit
- Maatschappelijke toetsing voor definitief advies richting politiek
- Invloed van kosteneffectiviteit bij beslissingen zorgpakket in praktijk afgelopen jaren beperkt

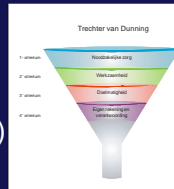
## Achtergrond

### Funnel van Dunning

Necessity (Noodzakelijkheid)  
Effectiveness  
Cost-effectiveness  
Own responsibility

CVZ

Feasibility (financial, applicability)



## Achtergrond

### HTA en de politieke context



- Nadruk belang doelmatigheid vanuit politiek
- Politici in praktijk terughoudend met HTA bevindingen
- Maatschappelijke discussie (bv ziekte van Pompe)
- Situatie andere landen (bv NICE in Engeland)?

## Achtergrond

### GGZ en HTA:

- Aanzienlijke ziektelast psychische aandoeningen (WHO)
- 6 miljard aan zorguitgaven binnen GGz, toegenomen aandeel GGz in voorgaande jaren
- Aanzienlijke kosten buiten de gezondheidszorg (informele zorg, werk)

## Achtergrond

- 15 jaar geleden weinig tot niets bekend over kosteneffectiviteit van interventies op het gebied van de GGz in de Nederlandse situatie
- Kosteneffectiviteitsstudies binnen de GGz gestimuleerd (subsidiegelden en prioritering)
- Groot aantal van de onderzochte GGz interventies voor vergoeding in aanmerking gekomen

## Basisbegrippen kosteneffectiviteitsanalyse

### Inleiding

- Balans tussen gezondheidseffecten en kosten van (alternatieve) interventies
- Kosteneffectiviteits- en kostenutiliteitsanalyse
- Gekoppeld aan klinische studie
- Ondersteuning bij beleidsbeslissingen
  - Nationaal (onderbouwing en aanpassing zorgpakket)
  - Lokaal (implementatie, de-implementatie)

## Basisbegrippen kosteneffectiviteitsanalyse

### Doelmatigheid

#### Doelmatige interventies

- Betere gezondheidssuitkomsten tegen lagere kosten
- Betere gezondheidssuitkomsten tegen gelijke of hogere kosten
- Vergelijkbare gezondheidssuitkomsten tegen lagere kosten

## Basisbegrippen kosteneffectiviteitsanalyse

### Perspectief en kostensoorten

- Maatschappij, verzekeraar, ziekenhuis, patient
- Kosten binnen de gezondheidszorg  
o.a. opname, polikliniekbezoeken, contacten diverse (GGZ-)hulpverleners, huisartsbezoek, medicatie
- Kosten buiten de gezondheidszorg  
Reiskosten, informele zorgkosten, out-of-pocket kosten, productiviteitsverliezen (betaald en onbetaald werk)

## Basisbegrippen kosteneffectiviteitsanalyse

### Registratie zorgconsumptie

- Registratie zorgconsumptie
  - Vragenlijsten
    - Terugvraagperiode van maximaal 6 maanden aanhouden
    - Geheugensteuntjes voor respondenten (agenda, medicatieverpakking, etc)
  - Dagboeken
    - Gedurende korte periode ivm belasting
  - Interviews
    - Minder ontbrekende gegevens
    - Tijdsintensief

## Basisbegrippen kosteneffectiviteitsanalyse

### Voorbeeld zorgconsumptievragen

Heeft u de afgelopen drie maanden in verband met uw gezondheidsprobleem ambulante hulpverlening gehad van de volgende hulpverleners?

Informeer bij de patiënt naar contacten met de onderstaande hulpverleners (betreft individuele contacten, groepstherapie apart vermelden bij 5<sup>e</sup> antwoordmogelijkheid) en zet per hulpverlener een kruisje in de kolom met ja of nee. Bij positieve antwoorden dient gevraagd te worden naar het totale aantal contacten, de gemiddelde duur per contact en de instelling waar de contacten plaatsvonden.

Ambulante hulpverlening	Ja	Nee	Aantal contacten	Duur per contact (in minuten)	Naam instelling
Psychiater					
Psycholoog					
SPV <sup>2</sup>					
Maatschappelijk werk					
Groepstherapie, namelijk:					
Andere ambulante hulp, namelijk:					

<sup>1</sup> Het is het beste aantal contacten invullen, niet de frequentie.  
<sup>2</sup> SPV = sociaal psychiatisch verpleegkundige, psychiatrische thuiszorg niet moeten invullen (wordt in vraag 5 naar gevraagd).

## Basisbegrippen kosteneffectiviteitsanalyse

### Kostprijzen

- Kostprijzen
  - Standaardprijzen (Handleiding voor kostenonderzoek: Hakkaart-Van Roijen, 2010)
  - Werkelijke kosten (loonkosten, huisvesting, overhead)
  - Tarieven (DBC's)
  - Detail van registratie en kostprijsbepaling (onderscheid interventie en zorggebruik)



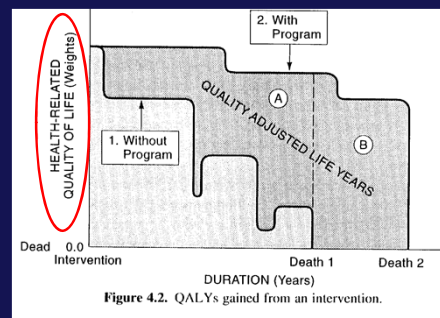
## Basisbegrippen kosteneffectiviteitsanalyse

### Uitkomstmaten

- Uitkomstmaten toegepast in KEA's:
  - Ziekte-specifieke vragenlijsten, bv:
    - Beck Depression Inventory (BDI)
    - Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)
  - Generieke (kwaliteit van leven) vragenlijsten, bv:
    - Short Form 36 (SF-36)
    - World Health Organization Quality of Life (WHOQoL)
  - Quality Adjusted Life-Years (QALYs)

## Basisbegrippen kosteneffectiviteitsanalyse

### Uitkomstmaten (QALYs)



University Medical Center Groningen

## Basisbegrippen kosteneffectiviteitsanalyse

### Uitkomstmaten (HRQoL)

World Health Organization

English | Español | Français

Home | Location: WHO | About WHO

Countries | printable version

Health topics | WHO definition of Health

Publications | Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

Research tools

WHO sites | The correct bibliographic citation for the definition is:

Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

The Definition has not been amended since 1948.

RELATED DOCUMENTS

- Constitution of WHO
- "WHO - from small beginnings" (pdf, 900k)

University Medical Center Groningen

## Basisbegrippen kosteneffectiviteitsanalyse

### Uitkomstmaten (HRQoL)

Health-Related Quality of Life (HRQoL)/health status

The diagram shows a central circle labeled 'Degree to which a person enjoys important possibilities of his or her life'. This circle is surrounded by several smaller circles representing different domains: spiritual, personal growth, leisure, practical, belonging, ecological, community, social, physical, and psychological. A red circle highlights the 'belonging' and 'social' domains.

University Medical Center Groningen

## Basisbegrippen kosteneffectiviteitsanalyse

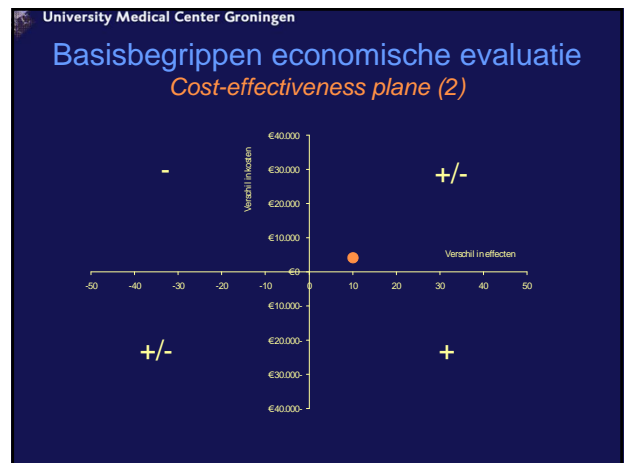
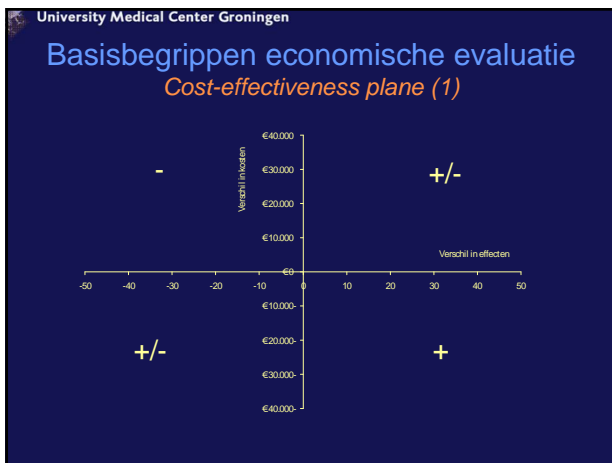
### Uitkomstmaten (EQ-5D-5L)

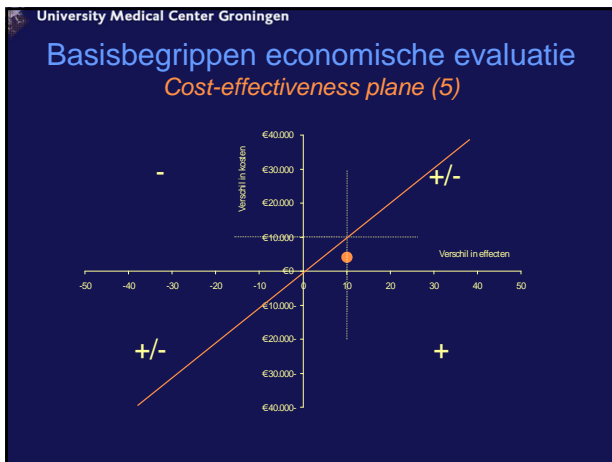
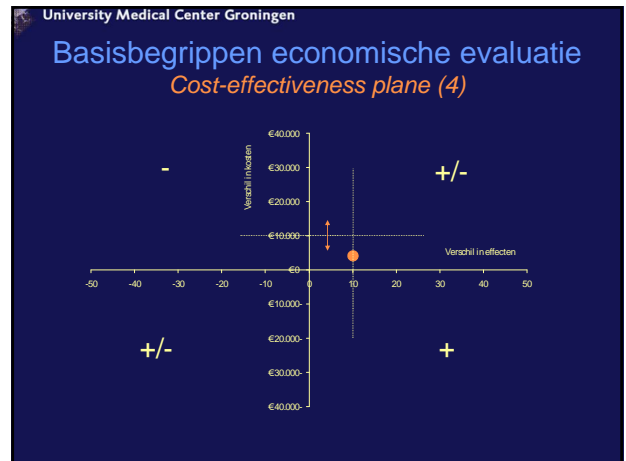
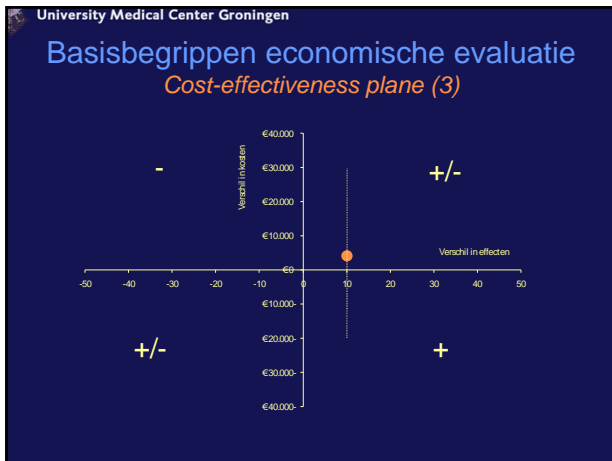
<b>MOBILITY</b>	
I have no problems in walking about	○
I have slight problems in walking about	○
I have moderate problems in walking about	○
I have severe problems in walking about	○
I am unable to walk about	○
<b>SELF-CARE</b>	
I have no problems washing or dressing myself	○
I have slight problems washing or dressing myself	○
I have moderate problems washing or dressing myself	○
I have severe problems washing or dressing myself	○
I am unable to wash or dress myself	○
<b>USUAL ACTIVITIES</b> (e.g. work, study, housework, family or leisure activities)	
I have no problems doing my usual activities	○
I have slight problems doing my usual activities	○
I have moderate problems doing my usual activities	○
I have severe problems doing my usual activities	○
I am unable to do my usual activities	○
<b>PAIN / DISCOMFORT</b>	
I have no pain or discomfort	○
I have slight pain or discomfort	○
I have moderate pain or discomfort	○
I have severe pain or discomfort	○
I have extreme pain or discomfort	○
<b>ANXIETY / DEPRESSION</b>	
I am not anxious or depressed	○
I am slightly anxious or depressed	○
I am moderately anxious or depressed	○
I am severely anxious or depressed	○
I am extremely anxious or depressed	○

University Medical Center Groningen

## Basisbegrippen economische evaluatie

### Incrementele kosteneffectiviteitsratio

$$IKER = \frac{\text{Kosten}_{\text{exp}} - \text{Kosten}_{\text{cau}}}{\text{Effecten}_{\text{exp}} - \text{Effecten}_{\text{cau}}}$$




- University Medical Center Groningen
- ### Basisbegrippen economische evaluatie
- Analyse onzekerheid (2)*
- #### Bootstrap methode
1. Trek willekeurig (met teruglegging)  $n$ -keer kosten en effecten combinaties voor patiënten uit de experimentele groep
  2. Herhaal dit voor de controle groep
  3. Bereken het gemiddelde verschil in kosten en effecten tussen de groepen die zijn verkregen met stap 1 en 2
  4. Herhaal de bovenstaande stappen een groot aantal keren (bijv. 5000)
  5. Voeg de 5000 kosten- en effectverschillen toe aan de CEP

