



Kosteneffectiviteitsonderzoek – Resultaten uit Italië, Nederland en Polen uiteengezet en verdere implicaties voor de Europese Unie

Kernpunten

- Screening en kortdurende interventieprogramma's bij elk nieuw ingeschreven patiënt of bij elk volgende consult in de huisartsenpraktijk zijn zeer waarschijnlijk kosteneffectief in zowel Italië, Nederland als Polen.
- Beleidsmakers dienen zich bij het afwegen van de verschillende beleidsopties bewust te zijn van relatief hoge kosten van de programma's in het begin van de implementatieperiode
- Toepassing van de AUDIT-C met een afkappunt van 5 voor mannen en 4 voor vrouwen lijkt het meest kosteneffectieve screeningsinstrument in vergelijking met de volledige AUDIT of FAST vragenlijsten in de 3 landen.
- Screening en kortdurende interventieprogramma's lijken duurder om te implementeren in landen met hoge alcoholgerelateerde mortaliteit en daarom een hoger bereik van patiënten hebben en waar de alcoholgerelateerde ziekte lager is. De gezondheidswinst van beleid voor screening en kortdurende interventies is groter in landen met hogere alcoholconsumptie en waar meer mensen worden gescreend.

Achtergrond

Alcohol en de bijkomende negatieve gezondheidseffecten drukken een zware stempel op de gezondheidszorg. De eerstelijnsgezondheidszorg heeft een belangrijke positie in het bereiken van zwaardere drinkers die vaker een beroep doen op de eerstelijnszorg dan patiëntengroepen met matige alcoholconsumptie (Cherpital 1991). Screening en kortdurende interventieprogramma's in de eerstelijns zijn effectief gebleken in het reduceren van de alcoholconsumptie (Kaner et al. 2007). Echter, kennis over de kosteneffectiviteit van deze programma's is zeer beperkt, met name in de Europese Unie (EU) (met uitzondering van het Verenigd Koninkrijk).

Aanpak

Het Sheffield Alcohol BeleidsModel (Purshouse et al. 2009), een causaal epidemiologisch beleidstaxatiemiddel dat is ontwikkeld in het Verenigd Koninkrijk door de Sheffield Alcohol Onderzoeksgroep aan de Universiteit van Sheffield, is toegepast op Italië, Nederland en Polen in samenwerking met ODHIN collega's in elk betreffend land. De best beschikbare informatie over individuele alcohol consumptie, mate van alcoholgerelateerde schade, aantal huisartsbezoeken, aantal nieuw ingeschreven patiënten in huisartsenpraktijken en kosten van de gezondheidszorg werd opgevraagd in elk land en ingevoerd in het



beleidsmodel. Deze beleidsmodellen zijn gebruikt om een inschatting te kunnen geven van mogelijk toekomstig beleid bij screening en kortdurende interventieprogramma's. De resultaten zijn vervolgens gecombineerd in de toepassing van een meta-modelleringsraamwerk om op die manier de generaliseerbaarheid naar andere landen binnen de EU te bepalen. Daarnaast is een systematische literatuurstudie uitgevoerd van de bestaande internationale literatuur over kosteneffectiviteit om de verdere overdraagbaarheid van deze resultaten naar andere landen te beoordelen.

Resultaten

Zowel het Italiaanse screening en kortdurende interventieprogramma bij elke nieuw ingeschreven patiënt alsook bij elk volgend huisartsenconsult zijn zeer kosteneffectief. Deze hebben incrementele kosteneffectiviteitsratio's (IKER) van respectievelijk €545 en €588 per gewonnen Quality Adjusted Life Year (QALY), wanneer de nationale richtlijn van €25.000-€40.000 wordt gehanteerd. Screening bij elk nieuw ingeschreven patiënt zorgt voor 7200 minder alcoholgerelateerde doden en 92000 minder ziekenhuisopnamen over een periode van 30 jaar.

Screening bij elk volgend consult bereikt een relatief grotere populatie en leidt tot 12.400 minder doden en 154.000 minder ziekenhuisopnamen over een periode van 30 jaar. Hoewel beide programma's richting kostenneutraal gaan op de lange termijn, zijn er relatief grote uitgaven in eerste jaren van de uitrol van het programma, met name in het programma van screening van elke nieuw ingeschreven patiënt dat wordt geschat op 0,6 miljard Euro in het eerste programmajaar. Deze kosten worden echter wel gecompenseerd door kostenbesparing in de opvolgende jaren, waarbij de totale netto kosten van het programma zullen uitkomen op 80 miljoen over een periode van 30 jaar.

De resultaten voor Nederland zijn vergelijkbaar met die van Italië, met een IKER van €6340 en €5748 per QALY voor screening bij respectievelijk elk nieuw ingeschreven patiënt en elk volgend huisartsenconsult. Beide bedragen vallen positief uit in vergelijking met het gebruikelijk afkappunt van €20.000 per QALY, dat er sterk op duidt dat beide programma's kosteneffectief zijn. Voordelen voor de gezondheidszorg zijn ook hier aanzienlijk, met 12.100 en 39.000 minder ziekenhuisopnamen door screening bij respectievelijk elk nieuw ingeschreven patiënt en screening bij elk volgend huisartsenconsult. Net zoals in Italië zullen de kosten in de beginfase bij uitrol hoog uitvallen, maar worden de opvolgende jaren ruimschoots gecompenseerd door besparingen op de gezondheidszorg op de lange termijn.

De resultaten voor Polen laten zien dat beide beleidsopties zeer waarschijnlijk kosteneffectief zijn, met een IKER van 3696 Poolse Złoty per QALY voor screening bij elk nieuw ingeschreven patiënt en 3269 Poolse Złoty per QALY voor screening bij elk volgend huisartsenconsult, afgezet tegen het nationaal gehanteerde afkappunt van 12.500-41.000 Złoty. De gezondheidswinst zal aanzienlijk zijn met 29.900 extra QALY's over een periode van 30 jaar bij screening bij elk nieuw ingeschreven patiënt en 57.900 bij screening bij elk volgend huisartsenconsult. In tegenstelling tot Italië en Nederland, zijn de kosten voor invoering van het programma redelijk verdeeld over de implementatieperiode door de relatief lagere kosten van huisartsen in vergelijking met andere gezondheidszorgkosten.

De resultaten van Italië, Nederland en Polen zijn samen met het reeds bestaande model voor Engeland gebruikt voor de meta-modellering om deze gegevens te generaliseren naar andere landen. De bepalende factoren voor stijging van de kosten die gemoed gaan met de invoer van de screening en kortdurende interventieprogramma's, zijn het bereik van de programma's, de personele kosten van de



zorgverlener en alcoholgerelateerde mortaliteit. Bepalende factoren die de kosten van de invoer van de programma's kunnen drukken zijn de omvang van alcoholgerelateerde ziekte en alcoholgerelateerde ziekenhuiskosten. De op te leveren gezondheidswinst van screening en kortdurende interventieprogramma's is significant positief gerelateerd aan gemiddelde alcoholconsumptie en bereik van de populatie door het programma. De eerste verkennende toepassing van de meta-modellering op beschikbare data van EU-lidstaten laten zien dat screening bij elk nieuw ingeschreven patiënt kosteneffectief is in alle 28 EU-lidstaten.

Deze bevinding wordt bevestigd door resultaten van een systematische review (Angus et al. 2014) waarin vrijwel alle internationale studies die naar kosteneffectiviteit hebben gekeken van screening en kortdurende interventieprogramma's in de eerstelijns, concludeerden dat ze kosteneffectief lijken.

Conclusies voor beleid en onderzoek

De hoofdconclusie is dat screening en kortdurende interventieprogramma's in de eerstelijns grote potentie hebben om als kosteneffectieve beleidsstrategie de alcoholgerelateerde schade in Italië, Nederland en Polen te reduceren. Daarnaast is er aangetoond dat deze resultaten generaliseerbaar zijn naar de rest van de EU, waarbij beleidsmakers uit alle lidstaten (en daarbuiten) dit als serieuze optie kunnen meenemen in hun overwegingen om screening en kortdurende interventieprogramma's toe te passen. Hierbij moet echter wel rekening worden gehouden met de relatief hoge opstartkosten bij invoering van dergelijk beleid, met name wanneer men verwacht met een dergelijk programma een grote populatie te bereiken of wanneer inzet van eerstelijns zorgverleners hoge personele kosten met zich meebrengen.

Referenties

Cherpitel CJ. Drinking patterns and problems among primary care patients: a comparison with the general population. *Alcohol & Alcoholism* (1991) 26:627-33

Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell E, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B & Pienaar ED. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane database of systematic reviews* (2007) 4:CD004148

Purshouse R, Brennan A, Latimer N, Meng Y, Rafia R, Jackson R & Meier P. Modelling to assess the effectiveness and cost-effectiveness of public health related strategies and interventions to reduce alcohol attributable harm in England using the Sheffield Alcohol Policy Model version 2.0. Report to the NICE Public Health Programme Development Group (2009)

Purshouse R, Brennan A, Rafia R, Latimer NR, Archer RJ, Angus C, Preston L & Meier PS. Modelling the cost-effectiveness of alcohol screening and brief interventions in primary care in England. *Alcohol and Alcoholism* (2013) 48:180-8

Angus C, Latimer N, Preston L, Li J & Brennan A. What are the implications for policy makers? A systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care. *Frontiers in Psychiatry* (2014). 10.3389/fpsy.2014.00114