

Directe behandelkosten van schizofrenie in België

Direct treatment costs of schizophrenic patients in Belgium

door

De Hert¹ M, Thys E², Boydens J³, Gilis P⁴,
Kesteloot K⁵, Verhaegen L⁶, Peuskens J.⁷

Abstract

Schizophrenia generates a great deal of cost and burden. The aim of this study was to assess the direct costs of treatment for schizophrenic patients receiving standard treatment in different settings in Belgium. Costs were calculated for patients and the Belgian insurance system. Data from Belgium's largest sickness fund was used to estimate health expenditure for all schizophrenic patients in Belgium. The mean total direct treatment cost was \$ 12 050 per patient per year,

Address Correspondence to: Marc De Hert MD PhD, U.C. St. Jozef, Leuvensesteenweg 517, B-3070 Kortenberg, Belgium.

¹ Neuropsychiatrist, Head of ward for psychotic patients, U.C. St. Jozef in Kortenberg and Medical Director of the Brussels Nighthospital.

² Psychiatrist, U.C. St. Jozef Kortenberg and the Brussels Nighthospital.

³ Psychiatrist, National Alliance of Christian Mutualities.

⁴ Economist, Health Economics Department, Eli Lilly Benelux.

⁵ Professor of Economics, Catholic University Leuven.

⁶ Sociologist, University Liège.

⁷ Neuropsychiatrist, Professor Catholic University Leuven, Medical Director U.C. St. Jozef Kortenberg.

or \$304 million for all schizophrenic patients per year. This cost constitutes 1.9% of the Belgian Government's total health expenditure. Government expenditure per schizophrenic patient is 10 times that of an average citizen.

Key-words

Schizophrenia, costs, outcome.

Inleiding

Schizofrenie is een frequente psychiatrische aandoening met een life-time prevalentie van 1%. Men schat dat wereldwijd 20 miljoen mensen lijden aan schizofrene psychose. Schizofrenie begint meestal op relatief jonge leeftijd, de late adolescentie, en kent meestal een chronisch verloop met frequent psychotisch herval waardoor het aanzienlijke lijden en kosten veroorzaakt voor zowel de patiënt, zijn familie als voor de samenleving (1-4).

Klassiek maakt men een onderscheid tussen directe en indirecte kosten (1, 3-7).

Directe kosten zijn deze geassocieerd met uitgaven voor diagnose en behandeling. Zij omvatten: uitgaven voor hospitalisatie, ambulante zorg, medicatie, interventies van andere professionelen en rehabilitatie.

De indirecte kosten worden meestal beperkt tot derving van inkomen en verlies van productiviteit door de aandoening. Indirecte kosten omvatten ook de verliezen door een toegenomen of vervroegde mortaliteit. Een punt van debat in de literatuur is of uitgaven voor vervangingsinkomens moeten geteld worden in het onderzoek naar kosten voor aandoening (5-7).

De moeilijk te operationaliseren dimensies van psychische pijn en lijden van zowel de patiënt als zijn familie worden in de meeste onderzoeken buiten beschouwing gelaten (6).

Dit onderzoek naar directe behandelkosten is een deel van een project dat de financiële consequenties en het subjectief lijden van schizofrenie in kaart brengt in België.

Methode

In 1994 werden 108 schizofrene patiënten 1 jaar gevolgd in een naturalistische follow-up studie (Tabel 1) (7).

Het natuurlijk verloop van de aandoening werd gesimuleerd door het includeren van patiënten van verschillende leeftijdsbanden en een gediversifieerd gebruik van diensten en voorzieningen in routine behandeling. Een gestratificeerde onderzoeksgroep van consecutieve patiënten werd samengesteld in 1993. Alle directe behandelkosten voor 1994 werden bepaald.

De directe behandelkosten die werden onderzocht hadden betrekking op hospitalisatie (psychiatrisch en medisch), ambulante zorg (psychiater, psychotherapeut, centra geestelijke gezondheidszorg, huisarts en andere specialisten), technische investigaties, medicatie en beschut wonen. De reëel geleverde zorg werd geëvalueerd in interviews met de patiënt en zijn familie en door dossierstudie. Voor de uitgaven hospitalisatie en consultaties werden facturen gebruikt. De uitgaven voor medicatie en beschut wonen werden berekend vanuit officiële prijzen. Voor elke uitgave werd een totale kost berekend evenals het persoonlijk aandeel en het gedeelte voor het R.I.Z.I.V.

De kosten voor alle schizofrene patiënten in België werden berekend aan de hand van een geschatte prevalentie van 2,5/1 000 (25 274 patiënten) gebaseerd op cijfers van de grootste mutualiteit met een correctie voor de reële distributie van patiënten over verschillende voorzieningen (63% ambulante zorg, 24% korte psychiatrische opname en 13% langdurig verblijf) (7).

Resultaten

De klinische en demografische karakteristieken van de onderzochte populatie zijn in overeenstemming met gegevens gepubliceerd in de literatuur (8). Patiënten waren gemiddeld 35,9 (sd 10,4) jaar oud en waren gemiddeld 14 jaar ziek. Gemiddeld kenden ze 4,9 (sd 3,1) verschillende psychiatrische opnamen. Eén patiënt werd nooit opgenomen en 14% kende ooit een behandeling onder gedwongen statuut. Het verloop van de aandoening was remissie of partiële remissie in 37%, chronische ziekte in 25% en chronisch ziek met uitgesproken beperkingen in 38% van de patiënten.

TABEL 1
Selektie en evaluatie van patiënten

1993 selectie patiënten	1994 kosten	1995 data analyse
Consecutive patiënten van 4 consultatieagenda's 6 opnamelijsten $n = 108$ $M = V$ 3 leeftijdsgroepen <ul style="list-style-type: none"> • <30 • 30-40 • >40 Behandelstatus in 1993 <ul style="list-style-type: none"> • 1/3 Ambulant • 1/3 In/out • 1/3 Continu opname 	Psychiatrische hospitalisatie Medische hospitalisatie Consultatie psychiater Consultatie psychotherapeut Consultatie CGGZ Consultatie huisarts Consultatie andere professional Medicatie Technische onderzoeken Beschut wonen	Klinische data Demografische data Kosten <ul style="list-style-type: none"> • Totale Kosten • Kosten patiënt • Kosten ZIV Extrapolatie voor België <ul style="list-style-type: none"> • Prevalentie 2,5/1 000 • 63% ambulant • 24% in/out • 13% continu opname

De meerderheid van de patiënten (78%) was werkloos en zat gemiddeld 8,6 (sd 8,8) jaar zonder werk. Het gemiddelde inkomen bedroeg 25 470 BEF per maand (sd 8,100).

In 1994 waren 44% van de patiënten in de studie in ambulante behandeling, 16% verbleef enige tijd in een psychiatrisch ziekenhuis terwijl 40% continu opgenomen was. Vijftien percent verbleef in een beschutte woonvorm.

Alle patiënten, behalve één, werd in 1994 behandeld door een psychiater. Vijfendertig percent had regelmatig consultaties bij een psychotherapeut. Daarnaast werd 33% ook gezien door een huisarts. Behalve twee patiënten werd iedereen behandeld met antipsychotica aan een gemiddelde dagdosis van 7,9 (sd 6,1) mg haloperidolequivalenten.

Drieëndertig percent van de patiënten onderging een technisch onderzoek, meestal een bloedanalyse. Slechts één patiënt verbleef in een algemeen ziekenhuis na een suïcidepoging. In 1994 overleden 2 patiënten, één door suïcide.

De gemiddelde directe totale behandelkost bedraagt 361 476 BEF per patiënt per jaar, of 9,1 miljard BEF per jaar voor alle schizofrene patiënten in België (7) (Tabel 2).

TABEL 2
Directe behandelkosten van schizofrenie in België (per patiënt per jaar)

	Kosten (BEF)	C.I.	%
Totale kosten	361 476	275 003-447 948	100
Uitgaven patiënt	32 882	25 044-40 720	9,1
Uitgaven ZIV	328 504	248 916-408 092	90,9
Kosten opname	324 082	236 424-411 739	89,7
Uitgaven patiënt	24 667	16 929-32 405	6,8
Uitgaven ZIV	299 415	218 571-380 0258	82,8
Kosten consultatie	8 027	5 489-1 065	2,2
Uitgaven patiënt	2 007	1 373-2 641	0,5
Uitgaven ZIV	6 020	4 117-7 923	1,7
Kosten medicatie	19 642	15 192-24 096	5,4
Uitgaven patiënt	6 208	5 055-7 361	1,7
Uitgaven ZIV	13 434	9 581-17 285	3,7
Kosten beschut wonen	9 725	3 997-15 443	2,7

Van de totale directe behandelkost was hospitalisatie verantwoordelijk voor 89,7%, ambulante zorg voor 2,2%, medicatie voor 5,4% en

Besluiten

„Costs of illness” studies leveren ons een baseline van uitgaven voor een bepaalde aandoening. Die kunnen worden gebruikt om de kosten-effectiviteit van nieuwe behandelingen te toetsen. C.O.I. studies zijn belangrijk voor behandelaars en de overheid om de macro- en micro-economische dimensies van een aandoening in kaart te brengen. Ze zijn daarnaast belangrijk om beleidsopties te sturen zowel op het vlak van voorzieningen als voor het toewijzen van fondsen voor onderzoek (1, 5-7).

Het economische impact van schizofrenie is aanzienlijk. Dit wordt bevestigd door ons onderzoek naar directe behandelkosten in België (7).

Verschillende literatuuroverzichten bevestigen dat, waar ook ter wereld, schizofrenie een „dure” aandoening is in vergelijking met andere psychiatrische stoornissen (1-7) (Tabel 3). Het is waarschijnlijk de „duurste” aandoening die door psychiaters wordt behandeld (1, 7).

TABEL 3

Tabel 3. Directe behandelkosten schizofrenie in andere landen (8)

Author	\$ year	Country	\$ per patient per year	All patients per year \$ million	% health budget
Andrews 1985	1975	Australia	11 074		
Wiersma 1988	1979	Netherlands	17 000		
Fischer 1987	1981	Switzerland	12 300		
Guest 1996	88-93	Sweden/UK	31 076		
Evers 1995 ¹	89-90	Netherlands	12 470	518	2,0
Davies 1994	1990	UK	3 560		1,6
Wistedt 1992	1990	Sweden	17 285		
Rice 1992	1990	USA	6 918	17 296	2,5
Hu 1996 ²	1990	USA	34 600		
Kavanagh 1995 ¹	91-93	UK	17 421	1 903	
Lund 1994 ³	1992	Denmark	14 312	562	
De Hert 1996	1994	Belgium	12 050	304	1,9
Salize 1996 ⁴	1994	Germany	18 377		

¹ 13% daklozen zonder zorg.

² \$ 1 190 informele zorg en transportkosten en \$ 1 520 kosten justitie inbegrepen.

³ Zonder kosten dagbehandeling en medicatie.

⁴ Ambulante behandeling in de maatschappij.

In verschillende landen vertegenwoordigen de directe behandelkosten 2% van de jaarlijkse uitgaven voor gezondheidszorg (5, 7).

Opname in een ziekenhuis is de belangrijkste factor in de directe behandelkosten.

De uitgaven voor de behandeling van schizofrenie in België zijn gelijklopend met de uitgaven voor sommige chronische somatische aandoeningen. Chronische nierinsufficiëntie, 7 maal minder prevalent dan schizofrenie, genereert op jaarbasis even hoge totale directe behandelkosten (8, 10). Multiple sclerose begint gemiddeld op latere leeftijd dan schizofrenie maar kent een vergelijkbaar verloop met uitgesproken beperkingen voor een subpopulatie. De gemiddelde jaarlijkse uitgaven per patiënt zijn nagenoeg gelijk aan de uitgaven voor de behandeling van schizofrenie (11).

De verliezen door indirecte kosten zijn dramatisch. De indirecte kosten tengevolge van schizofrenie zijn meestal nog groter dan de directe kosten. Dit is te wijten aan de vroege beginleeftijd, de uitgesproken beperkingen en het chronisch verloop (2). De meerderheid van mensen die lijden aan schizofrenie zijn werkonbekwaam en zijn afhankelijk van vervangingsinkomens. Schizofrene patiënten hebben een hoger risico op vervroegd overlijden, voornamelijk door suïcide (13). De moeilijk te evalueren kosten van lijden en beperkingen op het vlak van psychosociaal functioneren kunnen niet in monetaire eenheden worden uitgedrukt.

De enorme uitgaven van schizofrene psychose staan in schril contrast met de beperkte middelen voor onderzoek. De belangrijkste uitdagingen voor toekomstig onderzoek zijn kost-effectieve behandelingen (zowel psychosociaal als farmacologisch) die outcome, psychosociaal functioneren en kwaliteit van leven van schizofrene patiënten verbeteren en die tegelijkertijd indirecte kosten en lijden vermindere(n) (2, 7, 12-13).

Acknowledgment

This research was funded by a grant from Eli Lilly and Company.

Résumé

La schizophrénie provoque beaucoup de souffrance et coûte cher. Le but de l'étude était d'évaluer les coûts directs du traitement des patients schizophrènes dans différents services en Belgique. Les coûts sont calculés pour les patients et le système d'assurance

médicale belge. Le coût moyen des dépenses médicales directes était de \$ 12 050 par patient par an, soit \$ 304 millions pour tous les patients schizophrènes en Belgique. Ceci constitue 1,9% des dépenses pour les soins de santé du gouvernement belge. Les dépenses pour un patient schizophrène sont 10 fois plus importantes que celles pour un citoyen moyen.

Bibliografie

1. ANDREASEN N. Assessment Issues and the Cost of Schizophrenia. *Schiz Bull* 1991; 17 (3): 475-489.
2. DE HERT M, PEUSKENS J. Schizofrene psychose. In: De Hert M et al. (eds.), *Zin in Waanzin*. Antwerpen: EPO 1996, 9-32.
3. RUPP A, KEITH S J. The Costs of Schizophrenia. *Psych Clin North Am* 1993; 16 (2): 413-423.
4. DAVIES L M, DRUMMOND M F. Economics and Schizophrenia: The Real Cost. *Brit J Psych* 1994; 165 (25): 18-21.
5. DE HERT M, THYS E, BOYDENS J, GILIS P, KESTELOOT K, VERHAEGEN L, PEUSKENS J. Directe behandelkosten van schizofrenie. *Acta Hosp* 1997; 3: 69-78.
6. RICE, D P, MILLER L S. The Economic Burden of Schizophrenia: Conceptual and Methodological Issues and Cost Estimates. In: Moscarelli M, Rupp A, Sartorius N (eds.), *Handbook of Mental Health Economics and Health Policy*. Volume 1: Schizophrenia. Chichester: John Wiley & Sons, 1996.
7. DE HERT M, THYS E, BOYDENS J, GILIS P, KESTELOOT K, VERHAEGEN L, PEUSKENS J. Health care expenditure on schizophrenia in Belgium. *Schiz Bull*; in press.
8. WESTERMEYER J K, HARROW M. Course and Outcome in Schizophrenia. In: Tsuang, M, Simpson, J C (eds.), *Handbook of Schizophrenia*. Volume 3. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 1988.
9. JONES H J, THORNICROFT G, COFFEY M, DUNN, G. A Brief Health Outcome Scale, Reliability and Validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Brit J Psych* 1995; 166: 654-659.
10. LINS R L, DAELEMANS R, BUSSELS J. Gezondheidseconomische aspecten van cardiovasculaire ziekten. *Tijdschr Geneesk* 1995; 51 (10): 727-734.
11. CARTON H, LOOS R, VERSIECK K, PACOLET J, VLIETINCK R. Utilisation and cost of professional care and help according to disability of multiple sclerosis patients in Flanders. *Arch Public Health* 1997, 55 (1), 42.
12. DE HERT M, PEUSKENS J. Suicide en schizofrenie. *T Psych* 1997; 39 (6): 462-474.
13. PEUSKENS J. Proper Psychosocial Rehabilitation of Stabilized Patients with Schizophrenia, the Role of New Therapies. *Eur Neuropsychopharm* 1996; 6: 7-12.