



DE VISIE VAN WILFRIED DE BACKER, DIENSTHOOFD PNEUMOLOGIE UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN EN GEWOON HOGLERAAR UNIVERSITEIT ANTWERPEN

Kosten en opbrengsten van de apneubehandeling

Interview: Mark De Quidt

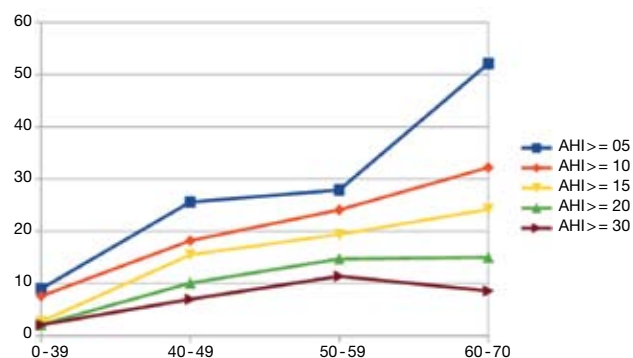
In de wijziging van begin 2017 van de conventie, die de terugbetaling van de cpap-behandeling regelt, wordt er 4% bespaard op de vergoeding aan de erkende slaapcentra naar 1,89 euro/dag/cpap-gebruiker. De kosten nemen jaarlijks toe, is het behandelen van apneu dan te duur geworden? Is het verantwoord dat er bespaard wordt? Met die vragen trokken we naar prof. dr. Wilfried De Backer. Het werd een boeiend gesprek over de maatschappelijke kosten en opbrengsten van de behandeling van apneu, en we leerden een nieuw woord, de QALY.

Om met de deur in huis te vallen, is de groeiende kost van de apneubehandeling houdbaar, is het niet logisch dat er op bespaard moet worden?

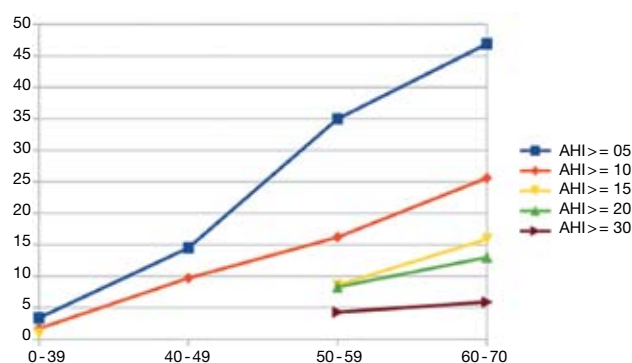
‘Om daarop te antwoorden moeten we de kosteneffectiviteit van een behandeling bekijken vanuit de gehele samenleving. Hoeveel geld investeren we in een behandeling, en wat brengt het op? De voorwaarden van zo'n onderzoek zijn dubbel: 1. het ziektebeeld komt veel voor, en 2. heeft veel complicaties. Dus vooreerst, hoe zeer is de apneuaandoening verspreid, hoe groot is wat we noemen de prevalentie (het voorkomen)?

Het meest gekende cijfer dateert van 1993 uit een onderzoek van Terence Young e.a. in Wisconsin (VSA) van werkende mensen tussen 30 en 60 jaar. Zij kwam tot een cijfer van 4% voor mannen en 2% voor vrouwen met een AHI (apneu-hypopneu-index) hoger dan 5 en bovendien overdag ernstige slaperigheid.

Ondertussen is echter gebleken dat het voorkomen hoger ligt. Zo onderzocht Joaquin Durán e.a. een groep 30 tot 70 jarigen uit Baskenland waarbij 24% van mannen en 16% bij vrouwen een AHI boven de 15 (milde apneu) hadden.



Tabel 1. Voorkomen apneu bij mannen volgens leeftijd, Durán, 2000



Tabel 2. Voorkomen apneu bij vrouwen volgens leeftijd, Durán, 2000

De stijging per leeftijd wordt weergegeven in Tabel 1 (mannen) en Tabel 2 (vrouwen).

Maar hier valt een belangrijke opmerking te maken: de AHI is een klassieke beschrijver van de ernst van de aandoening, maar alles bij mekaar niet de beste. AHI blijkt niet goed te correleren (samenhang) met slaperigheid overdag. De AHI beschrijft wat er gebeurt, maar niet de impact. Je hebt mensen die goed wakker blijven overdag met een AHI van 40, en je hebt er die in slaap vallen met een apneu index van 5 of van 10.

Het is belangrijker om te kijken naar andere parameters, zoals de slaapfragmentatie. Slaapfragmentatie is het onderbreken van de slaap, een apneu die eindigt in een micro-ontwaken (arousal). Hoe meer arousals, hoe hoger de fragmentatie. Fragmentatie van de slaap betekent het niet behouden van een normale slaapstructuur, met diepe slaap en REM slaap enz... Als dat gefragmenteerd wordt door slaapapneu, dan kan dit leiden tot overdreven slaperigheid overdag.

Ik schat dat apneu met klinische complicatie tussen de 5% en de 10% voorkomt.’ >



Prof. dr. Wilfrid De Backer:

‘Wat betekent het gebruik van een cpap nu voor de daling van de medische factuur, voor de apneupatiënt zelf, maar ook voor de gehele samenleving via de ziekteverzekering? Die vraagstelling heeft geleid in de medische economie tot het begrip QALY, de Quality-Adjusted Life Year, het bijkomend levensjaar zonder ziekenhuisopnames of grote medische uitgaven.’

Bij slaperigheid denken we op de eerste plaats aan risico's bij het rijden met de auto en de kosten die daardoor veroorzaakt worden.

‘Ja, en die zijn behoorlijk gedocumenteerd. In 1997 stelde Terry Young een hoog risico vast, vooral bij mannelijke chauffeurs. Het risico op meerdere ongevallen ligt 12 keer hoger bij patiënten met milde tot ernstige apneu.

Tabel 3. Kansverhouding op auto-ongevallen bij AHI > 15 over een periode van 5 jaar - Young, 1997

	één ongeval	meerdere ongevallen
man	3,4	11,9*
vrouw	0,6	2,4
samen	1,6	7,4

* in woorden: mannen met een AHI boven de 15 (mild tot ernstig apneu) hebben 12 meer kans op meerdere ongevallen met de auto dan geen ongevallen.

Het resultaat is erg uitgesproken, ondanks het feit dat de samenhang met de AHI berekend werd. De samenhang zou nog hoger zijn als rechtstreeks de slaperigheid zou gemeten zijn.

Risico's op auto-ongevallen, of bij het besturen van zware machines op de werkvloer, maken deel uit van het kostenplaatje van onbehandelde apneu. Maar nog meer geldt dit voor de kosten van de medische complicaties.

De medische complicaties zijn in de grote domeinen van

- hypersomnolentie, overdreven slaperigheid of in slaap vallen (is niet gelijk),
- cardiovasculaire complicaties, hart- en vaataandoeningen,
- metabool complicaties, de stofwisseling, diabetes, overgewicht.’

De impact van slaperigheid kan gemeten worden door het aantal ongevallen te vergelijken, hoe meet je de gevolgen voor de medische complicaties?

‘Vaak vergelijkt men het aantal en/of de kostprijs van consultaties en medische interventies, voor en na de start van een behandeling, van personen met apneu en een controlegroep zonder apneu.

In een studie van Albarrak e.a. uit 2005 wordt het medisch verbruik vergeleken met cpap en zonder cpap in Manitoba,

Canada, voor de medische kosten een jaar voor de cpap start en 2 jaar er na.

Tabel 4. Medisch verbruik voor en na start cpap-behandeling - Albarrak, 2005

	- 1 jr	Start cpap	+ 2 jr	verschil
cpap-goep	9,21		7,27	-1,94
niet cpap-groep	4,04		4,51	+0,47
verschil	5,18		2,76	-2,42

Bij de controlegroep werd een lichte verhoging van het medisch verbruik vastgesteld, bij de cpap-groep was er een significante daling. Terwijl de cpap groep gemiddeld 5 keer meer een medisch bezoek had voor de behandeling, daalde dit naar 2,8 keer twee jaar nadien.’

De belangrijkste medische uitgaven zijn als je in het ziekenhuis belandt. Zijn daarover cijfers bekend van ziekenhuisopnames voor/na de start van een behandeling?

‘We hebben daar aan de Universiteit Antwerpen zelf onderzoek naar gedaan, eind jaren 90. Het onderzoek is door tijdsgebrek nooit gepubliceerd.

In de groep cpap-gebruikers was de therapietrouw zeer hoog, rond de 90%. Gemiddeld hadden ze 1,75 opnames gedurende de 2 jaar voor de cpap start, dat daalde tot gemiddeld 1 opname gedurende 2 jaar na de cpap start. In aantal dagen uitgedrukt, was de daling van 3 dagen naar 1 dag.

Terwijl de kosten van auto-ongevallen meer spectaculair ogen, zijn deze medische kosten relevanter. Ze geven beter de escalatie van de gevolgen weer, de continue verborgen kosten. Als slaapapneu een trigger is voor hartfalen, dan leidt cpap tot minder opnames voor hartfalen.

Wat betekent het gebruik van een cpap nu voor de daling van de medische factuur, voor de apneupatiënt zelf, maar ook voor de gehele samenleving via de ziekteverzekering? Die vraagstelling heeft geleid in de medische economie tot het begrip QALY, de Quality-Adjusted Life Year, het bijkomend levensjaar zonder ziekenhuisopnames of grote medische uitgaven.’ >

Als een behandeling me drie extra zorgeloze jaren oplevert, dat zijn dan drie QALY's?

'Exact, en zo kan je de kosteneffectiviteit van een behandeling bepalen. Je deelt dan de totale kost van een behandeling door het aantal QALY's. Als je 20 jaar lang statines neemt en daardoor 3 jaar langer leeft, waarvan 2 jaren zonder complicaties, dan is de kost per QALY de kost van 20 jaar statines gedeeld door 2. En die kost zal lager liggen dan voor een behandeling die slechts een jaar zonder complicaties oplevert.

In 2011 is aan Amerikaanse universiteiten in Chicago en Stanford door Jan Pietzsch e.a. de kost per QALY van een cpap-behandeling uitgebreid berekend, en die werd uiteindelijk vergeleken met behandelingen in andere domeinen van de gezondheidszorg (zie Tabel 5).'

Een cpap-behandeling kostte 15.900 dollar per QALY in 2008 dollar, wat toen overeen kwam met 10.800 euro. Inclusief een slaaponderzoek (polysomnografie) was de kost 17.100 dollar of 11.700 euro per QALY. Deze kost is merkbaar lager dan heel wat andere belangrijke medische interventies zoals uit de lijst blijkt. Een ander vergelijkingspunt. Bij de Commissie voor Terugbetaling van het RIZIV wordt een medicatie kosteneffectief beschouwd als de kost per QALY lager ligt dan 30.000 euro (ongeveer 32.000 dollar vandaag). Niet dat boven dit bedrag niet terugbetaald wordt, maar er is grondiger overleg.

Hoe zijn de kosten van de cpap-behandeling berekend?

'In de studie ligt de kost aan de hoge kant. De cpap-toestellen kostten toen immers 2 tot 3 keer meer dan vandaag. De kosten van het slaapcentrum zijn gerekend aan Amerikaanse normen, het duurste gezondheidssysteem ter wereld. Een slaaponderzoek kost daar rond de 1.000 euro per nacht.

Als we die berekening vandaag zouden herdoen voor Vlaanderen met onze verplichte jaarlijkse controle van de therapietrouw en de goedkopere toestellen, dan ligt die kost per gewonnen kwaliteitsvol levensjaar nog lager. Met

de conventie bereiken we een hoge therapietrouw, die ligt hoger dan bij andere landen.'

Dan zijn we terug bij onze beginvraag: moet er niet bespaard worden door de groeiende kost van apneubehandeling?

'De globale kosten van de cpap-behandelingen stijgen, omdat we meer patiënten behandelen, niet omdat de therapie duurder wordt. We zitten nog met een sterke onderdiagnose. Als er vandaag in Vlaanderen bijna 33.000 cpap gebruikers zijn (eind 2015, bron RIZIV), op een 5% tot 10% voorkomen van het apneu syndroom (330.000 tot 660.000 personen) dan zitten we nog met een restgroep van 90% tot 95%. Hierin degenen met een andere behandeling (mondbeugel mra, operatie), of voor wie geen behandeling nodig is, maar veruit de grootste is de groep zonder diagnose of zonder behandeling.

In de huidige besparingslogica heeft men de neiging om te besparen op alles wat stijgt. Maar dat is natuurlijk niet juist, men moet alles wat hoog scoort in kost per QALY naar beneden halen, niet op behandelingen met een lage kost per QALY, zoals apneu. Want als je die behandelingen wegneemt, dan gaan de kosten van hospitalisatie, medicatie, doktersbezoeken toenemen in de cardiovasculaire sfeer of diabetologie. Men gaat dat niet onmiddellijk linken aan slaapapneu, maar ze gaan er wel zijn. Dan spreken we niet van een bezuiniging, maar van een verschuiving van kosten. Het terugverdieneffect is weg, omdat de preventie minder goed gebruikt wordt.

Als je een efficiënte medicatie hebt, zoals statines, dan kan je eventueel de kost via generieke medicamenten naar beneden krijgen, maar men heeft nooit gezegd dat statines te veel gebruikt worden. Van cpap mag men dat ook niet zeggen. Het is niet de absolute uitgave die telt, wel de relatieve, de kosteneffectiviteit.'

Meer informatie over de vermelde studies en aanvullend cijfermateriaal is terug te vinden op ons ApneuWeb:

www.ApneuVereniging.be/ApneuMag/17-1/Wilfried-De-Backer of verkort goo.gl/oNJJai ■

Tabel 5. Kost per QALY - Pietzsch, 2011			
Medische tussenkomst		Omgeving	\$ / QALY
Aspirine	geen aspirine	patiënten met hoog risico op hart- en vaatandoeningen	2.840
Mechanische trombectomie (plaatselijk wegnemen van de bloedklonter in hersenen)	beste medische therapie	bij patiënten met een large vessel herseninfarct die niet in aanmerking komen voor een weefsel-plasminogeen activator	12.120
Cpap	geen behandeling	bij matige tot ernstige apneu	15.915
Cpap met slaaponderzoek (polysomnografie)	geen behandeling	met test vooraf en 50% waarschijnlijk apneu	17.131
Jaarlijkse screening op proteinurie en daaropvolgende behandeling	geen screening	bij patiënten met hypertensie op de jaarlijkse medische keuring	21.880
Diabetisch screening	geen screening	bij patiënten met hypertensie op de jaarlijkse medische keuring	44.100
Pioglitazone	placebo	hoog-risico-patiënten met type 2 diabetes	47.770
ATP III richtlijnen (volwassenen behandeling panel)	alternatieve strategieën gebaseerd op risico en leeftijd	Voor het identificeren van patiënten voor cholesterolverlagende statines in de algemene bevolking	48.265
Endoscopie van de kronkeldarm met opvolging CTE	Endoscopie van de kronkeldarm alleen	voor de diagnose van de Crohn-ziekte in de dunne darm bij patiënten met 75% vooraf kans	55.390
Screening van HIV-antilichamen om de 5 jaar	eenmalige screening	voor de diagnose van HIV in de algemene bevolking met 1% HIV-waarschijnlijkheid, vooraf getest	63.900
Jaarlijkse mammografie, leeftijd 40 tot 80	leeftijd 45 tot 80	voor de diagnose van borstkanker bij vrouwen met gemiddeld risico	71.000
Botdensitometrie	geen densitometrie	voor de diagnose van osteoporose en risico op botbreuken bij mannen zonder voorgeschiedenis van klinische breuken	103.750
Eenmalige CT-scan van het gehele lichaam	gewone preventieve zorg op de leeftijd van 50		180.500 per QALY
MRI-scan met contrast-verbeterde DSC	geen MRI met DSC	voor de diagnoses van de ziekte van Alzheimer, bij thuiswonende patiënten met milde tot matige dementie	749.000