

Berekening potentiële kostenbesparing, project 171001011 Toric intraocular lenses: a cost-effective treatment for astigmatism in cataract surgery?

Aandoening	Cataract met een substantieel cornea astigmatisme	
Incidentie / prevalentie	In Nederland is het aantal staaroperaties toegenomen van 80.000 in 1998 tot 160.000 ingrepen in 2011. Naar schatting heeft 20% van de patiënten die een staaroperatie ondergaat een substantieel cornea astigmatisme: ca. 32.000 patiënten in 2011. <i>Bron: update projectleider onderzoek (maart 2013)</i>	
Behandeling	<u>Standaardzorg</u> Gebruik van monofocale IOLs bij patiënten met cataract en een cornea astigmatisme <i>Bron: ZonMw Eindverslag</i>	<u>Interventie</u> Gebruik van torische IOLs bij patiënten met cataract en een cornea astigmatisme <i>Bron: idem</i>
Kosten per behandelstrategie	€ 1.883,- (totale gemiddelde kosten per patiënt bij follow up van 6 maanden) € 324,- (kosten brilaanschaf per patiënt)	€ 2.798,- (totale gemiddelde kosten per patiënt bij follow up van 6 maanden) € 157,- (kosten brilaanschaf per patiënt)
Potentiële medische kostenbesparing		Torische IOL implantatie is op de korte termijn niet kosteneffectief vanwege duurdere lenzen (twee keer €400 aan meerkosten), langere operatieduur en extra preoperatieve metingen. Op langere termijn worden de kostenverschillen tussen de twee behandelstrategieën kleiner doordat in plaats van dure brillenglazen (met cilindrische correctie) kan worden volstaan met slechts een leesbril. <i>Bron: ZonMw Eindverslag</i>
Kostenprognose Volume – ontwikkeling Compliance Schatting reële kostenbesparing per jaar		Volume neemt de komende 5 jaar toe naar 180.000 ingrepen. Dit betekent dat het aantal patiënten met een staaroperatie als gevolg van substantieel cornea astigmatisme toeneemt naar: ca. 39.600 patiënten
ZonMw subsidie	€ 0.13 miljoen	

Algemene toelichting op berekening potentiële kostenbesparing

In de tabel is een schatting uitgewerkt van de *potentiële* kostenbesparing per jaar bij landelijke implementatie van de onderzochte interventie. Hierbij wordt verondersteld dat naleving van de richtlijn (i.e. compliance; zie tekstkader) maximaal ca. 80% bedraagt.

De schatting van de kostenbesparing is gebaseerd op de **medische kosten**. Resultaten vanuit het maatschappelijk perspectief (zoals niet-medische kosten) zijn buiten beschouwing gelaten. Waar mogelijk zijn de reële kostenbesparingen per jaar ingeschat op basis van de mate van daadwerkelijke (landelijke) implementatie van de interventie.

Compliance

Compliance (ook wel adherentie) is de mate waarin artsen dan wel instellingen de interventie volgens de regels en afspraken (c.q. richtlijn) toepassen in de praktijk. Bij doelmatigheidsonderzoek kan dit betekenen dat een behandeling daardoor juist niet (meer) of minder wordt gedaan. Doorgaans neemt de compliance toe in de tijd (i.e. steeds meer artsen c.q. instellingen passen de interventie toe; maximum ca. 80%). Het kan ook zijn dat de compliance start op 100% (interventie wordt overal ingevoerd). Veelal neemt het percentage daarna af (tot ca. 80%) omdat een aantal artsen c.q. instellingen de interventie niet meer doet.

De opbrengsten zoals uitgewerkt behoeven enige nuancering en kennen een zekere beperktheid:

- Indien ook niet-medische (i.e. maatschappelijke) kosten meegenomen worden, zou dit een ander beeld kunnen opleveren ten aanzien van incasseerbare kostenbesparingen;
- Ook kosten met betrekking tot monitoring van patiënten, ketenkosten en kosten die nodig zijn om te implementeren zijn van belang, maar zijn niet meegenomen;

- Ten aanzien van de potentiële kostenbesparing zou nog explicieter moeten worden gemaakt:
 - waar de kostenbesparing plaatsvindt (sector, patiëntengroep) en hoe te effectueren;
 - wat dit betekent voor andere relevante partijen (zoals NZa, VWS), flankerend beleid;
 - waarin geïnvesteerd moet worden om de kostenbesparingen te realiseren;