Berekening potentiële kostenbesparing, project 94502028 - Relaparatomy in patients with abdominal sepsis

Aandoening	Buikvliesontsteking	
Incidentie	Er zijn geen exacte gegevens over de incidentie van secundaire peritonitis in Nederland. In de Verenigde Staten kwam men bij een schatting uit op ongeveer 9 van de 1.000 spoedopnames. Dit betekent voor Nederland, met gemiddeld 738.000 spoedopnamen per jaar, **ruim 6.600 gevallen van secundaire peritonitis per jaar**. *Bron: Behandeling van secundaire peritonitis: langzame vooruitgang, Kiewiet J.J.S., van Ruler O., Reitsma, J.B., Boermeester, M.A. Ned. Tijdschr. Geneeskunde. 2009: 153: A386*	
Behandeling	**Standaardzorg** relaparotomie 'gepland' = PR strategie *Bron: ZonMw Eindverslag*	**Interventie** relaparotomie 'op indicatie' = ROD strategie *Bron: idem*
Kosten per behandelstrategie	Directe medische kosten € 57.079,- p.p. Follow up kosten € 24.252,- p.p. *Bron in VIMP aanvraag:* *Opmeer et al. Critical Care 2010:* 14:R97*;Tabel 2 is KEA*	Directe medische kosten € 42.661,- p.p. Follow up kosten € 20.183,- p.p. (inclusief de heroperaties bij 42% van de interventiegroep) *Bron: idem*
Potentiële medische kostenbesparing Uitgaande van maximale compliance van 80% (zie hfst 1)		Verschil directe medische kosten: € 14.418,- per patiënt Verschil follow up kosten: € 4.069,- per patiënt Totale potentiële kostenbesparing: (14.418 + 4.069) x 3.800 (58% van 6600 (incidentie)) x 0.8 = **€ 56 miljoen per jaar** *Bron: Opmeer et al. Critical Care 2010* NB: Verstandig Kiezen vermeldt gegevens uit 2007: €18.791,- per patiënt[1] (totale medische kosten; 1 jaar follow up). *Bron: O. Van Ruler, et al (2007[2])*
Kostenprognose Volume – ontwikkeling Compliance Schatting reële kostenbesparing per jaar		Eerste indicatie compliance: - Survey 2002 voor aanvang Relap studie: 39 % chirurgen behandelt alleen 'op indicatie'; 23 % gebruikt alleen geplande relaparatomie - Survey 2008 na afronding Relap studie : 41 % behandelt alleen 'op indicatie', 1% gebruikt alleen geplande relaparatomie. Dit betekent dat 58% beide strategieën gebruikt en er een implementatieprobleem is. NB: Bij de onderzoeken zijn 2 UMC's en 5 regionale teaching hospitals betrokken. 301 chirurgen, intensivisten, radiologen en assistenten hebben een enquête ingevuld. 75 % respondenten kent resultaten Relap studie
ZonMw subsidie	€ 0.66 miljoen (type 2 onderzoek, projectnummer 94502028)	

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.

[1] Studie van Opmeer et al. (Critical Care, 2010) omvat ten opzichte van studie uit 2007 (Van Ruler et al. JAMA, 2007) een uitgebreidere KEA, waarbij meer factoren (medisch én maatschappelijk) in ogenschouw zijn genomen.
[2] *Bron: O. Van Ruler, et al (2007) Comparison of On-Demand vs Planned Relaparotomy Strategy in Patients With Severe Peritonitis A Randomized Trial, JAMA;298(8):865-872*

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;