

Berekening potentiële kostenbesparing, project 94502035 - A randomised cost-effectiveness study on the surgical versus conservative treatment of sciatica

Aandoening	LumboSacraal Radiculair Syndroom (LSRS) – Hernia	
Prevalentie / incidentie	Prevalentie LSRS met pijn na 6 weken: 15.000 – 22.500 Incidentie LSRS: 75.000, waarvan 19.000 met pijn na 6 weken <i>Bron: LUMC (2002)</i>	
Behandeling	<u>Standaardzorg</u> Vroeg opereren (na 6-8 weken afwachten). ca. 11.000 ingrepen per jaar (in onderzoeksperiode 2002-2006) <i>Bron: ZonMw Eindverslag / LUMC</i>	<u>Interventie</u> Afwachtend beleid (gedurende gemiddeld 18 weken); i.e. fysiotherapie en/of medicatie evt. gevolgd door operatie; 45% uit groep 'afwachtend beleid' onderging alsnog een operatie ca. 4.950 ingrepen per jaar (in onderzoeksperiode 2002-2006) <i>Bron: idem</i>
Kosten per behandelstrategie	€ 5.398,- per patiënt (betreft totale gemiddelde gezondheidszorgkosten binnen 1 jaar in 2006) <i>Bron: ZonMw Eindverslag</i>	€ 3.611,- per patiënt (betreft totale gemiddelde gezondheidszorgkosten binnen 1 jaar in 2006) <i>Bron: idem</i>
Potentiële medische kostenbesparing Uitgaande van maximale compliance van 80%		€ 1.787,- per patiënt (incl. operaties bij 45% uit de interventiegroep) Totale potentiële kostenbesparing: € 1.787,- x 11.000 ingrepen x 0.8 = € 15.7 miljoen per jaar <i>Bron: ZonMw Eindverslag</i>
Kostenprognose Volume – ontwikkeling Compliance Schatting reële kostenbesparing per jaar		Mate van implementatie van afwachtend beleid op dit moment (compliance) is ongeveer 15-20% (bron: projectleider). Aantal ingrepen dat per jaar volgens afwachtend beleid wordt uitgevoerd: ca. 0.2 x 11.000 = 2.200 ingrepen <u>Schatting reële kostenbesparing:</u> € 1.787,- x 2.200 = € 3.9 miljoen per jaar
ZonMw subsidie	€ 1.0 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;