

Berekening potentiële kostenbesparing, project 94503015 - Preoperative biliary drainage in patients with obstructive jaundice

Aandoening	Geelzucht als gevolg van een tumor in de alvleesklier	
Incidentie (2006)	<p>In 2006 werden in Nederland ongeveer 1.750 – 2000 nieuwe patiënten met een pancreascarcinoom gediagnosticeerd. Daarvan komen jaarlijks 900 patiënten in aanmerking voor de procedure "preoperatieve galwegdrainage gevolgd door een operatie van de alvleestumor". (bron: projectleider)</p> <p>De incidentie van pancreascarcinoom is leeftijdsafhankelijk en varieert van 0.5 – 3.6 per 100.000 voor personen jonger dan 50 jaar tot 55.9 – 89.2 per 100.000 voor personen ouder dan 75 jaar. Bron: Van Pitt et al (1985). Does preoperative percutaneous biliary drainage reduce operative risk or increase hospital cost? Ann Surg 1985; 201: 545-53</p>	
Behandeling (inclusief omvang toepassing in de praktijk)	<p>Standaardzorg Alvleeskliertumor operatie voorafgegaan door preoperatieve galwegdrainage ('drainage groep'); Bron: ZonMw Eindverslag</p>	<p>Interventie Alvleeskliertumor operatie zonder voorafgaande preoperatieve galwegdrainage ('vroeg operatie groep') Bron: idem</p>
Kosten per behandelstrategie	<p>Tarieven onderlinge dienstverlening UMC's per 31/01/2013: Galwegen – ERCP met inbrengen expandable stent: ca. € 1.730,- per ingreep.</p> <p>Kosten verpleegdag: € 1.282 per patiënt (STZ ziekenhuis) € 3.743 per patiënt (UMC) (bron: Ernst&Young, 2011)</p> <p>NB: De kosten per behandelbeleid worden momenteel nog door de onderzoeker berekend (bron: projectleider).</p>	<p>Het verschil in kosten tussen beide behandelstrategieën betreft:</p> <ul style="list-style-type: none"> - opnameduur: 2 dagen korter bij interventie: min.: (2 x € 1.282) = € 2.564,- per patiënt max: (2 x € 3.743) = € 7.486,- per patiënt - drainage procedure (incl. aantal patiënten met 2^e stent; 30%): € 1.730 + (0.3 x € 1.730) = € 2.249 p.p. <p>Totaal kostenverschil per patiënt: min. € 2.564 + € 2.249 = € 4.813 max. € 7.486 + € 2.249 = € 9.735</p>
Potentiële medische kostenbesparing Uitgaande van maximale compliance van 80%		<p>Aantal drainages dat minder gedaan kan worden: 900 per jaar (zie ook incidentie).</p> <p><u>Totale potentiële kostenbesparing varieert:</u> minimaal: 900 x € 4813 x 0.8 = € 3.5 miljoen maximaal: 900 x € 9735 x 0.8 = € 7.0 miljoen</p> <p>€ 3.5 – 7.0 miljoen per jaar</p>
Kostenprognose Volume – ontwikkeling Compliance Schatting reële kostenbesparing per jaar		<p>Geschatte compliance: 45%.</p> <p><u>Schatting reële kostenbesparing:</u> min: 0.45 x € 4813 x 900 = € 1.9 miljoen max: 0.45 x € 9735 x 900 = € 4.0 miljoen</p> <p>€ 1.9 – 4.0 miljoen per jaar</p> <p>Bron: projectleider</p>
ZonMw subsidie		€ 0.57 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;