

Berekening potentiële kostenbesparing, project 94507730 - A prospective, randomised controlled multi-centre trial comparing in-hospital treatment and early assisted discharge for exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

Aandoening	COPD	
Incidentie / Prevalentie	<u>DO-onderzoek gerelateerd:</u> 21.342 opnames per jaar (bron: RIVM rapport); aantal opnames geschikt voor vervroegd ontslag: 11%, i.e. 2.348 opnames per jaar Bron: Utens et al., 2013 BMJ Open 2	
Behandeling (betreft de afgeronde DO onderzoeken)	Standaardzorg Reguliere ziekenhuiszorg; opname van 7 dagen Bron: ZonMw Eindverslagen	Interventie Begeleid vervroegd ontslag; ontslag na 3 dagen, waarna 3 dagen thuiszorg Bron: idem
Kosten per beleid	€ 4.297,- per patiënt Bron: paper Goosens et al. (2013) Value in Health (met herziene KEA)	€ 4.129,- per patiënt Bron: idem
Potentiële medische kostenbesparing Uitgaande van maximale compliance van 80%		€ 168,- per patiënt per opname episode Totaal: € 168 x 2.348 opnames x 0.8 = € 0.32 miljoen per jaar Bron: ZonMw Eindverslagen + projectleider
Kostenprognose Volumeontwikkeling Compliance Schatting reële kostenbesparing per jaar		Gegevens over volumeontwikkeling en compliance niet bekend.
ZonMw subsidie	€ 0.31 miljoen (projectnummer 94507730, type 2 onderzoek)	

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:
 - o waar de kostenbesparing plaatsvindt (sector, patiëntengroep) en hoe te effectueren;
 - o wat dit betekent voor andere relevante partijen (zoals NZa, VWS), flankerend beleid;
 - o waarin geïnvesteerd moet worden om de kostenbesparingen te realiseren;