Berekening potentiële kostenbesparing, project 94504015 - Detecting COPD in persons over 50 years with persistent cough in general practice: comparison of cost-effectiveness of diagnostic strategies

Aandoening	COPD	
Incidentie / Prevalentie (ten aanzien van de *afgeronde* DO onderzoeken)	DO-onderzoek gerelateerd: Jaarprevalentie: ca. **230.000** (betreft aantal mensen met aanhoudende hoestklachten boven de 50 jaar in eerste lijn in 2012; *bron: CBS Statline en ZonMw subsidieaanvraag*	
Behandeling	**Standaardzorg** Diagnose COPD: anamnese en lichamelijk onderzoek + aanvullend spirometrie door de huisarts bij resultaten die wijzen op COPD (strategie 2) *Bron: projectleider*	**Interventie** Strategie 1: anamnese en lichamelijk onderzoek Strategie 3: anamnese, lichamelijk onderzoek, volledig longfunctie-onderzoek (ziekenhuis) *Bron: projectleider*
Kosten per beleid	€ 1804, - per patiënt (strategie 2)	Strategie 1: € 1734,- per patiënt Strategie 3: € 1998,- per patiënt *Value in Health (met herziene KEA)*
Potentiële medische kostenbesparing Uitgaande van maximale compliance van 80%		€ 194,- per patiënt (strategie 2 tov 3) Totale potentiële kostenbesparing: € 194 x 230.000 patiënten x 0.8 = **€ 35.7 miljoen per jaar**[1]
Kostenprognose Volumeontwikkeling Compliance Schatting reële kostenbesparing per jaar		Exacte gegevens over compliance en volume niet bekend; toename in beide wordt verwacht.
ZonMw subsidie	**€ 0.33 miljoen** (projectnummer 94504015, 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:
    - 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;

[1] De werkelijke besparing zal lager zijn: 1. Van de 230.000 patiënten (jaarprevalantie) komt niet iedereen bij de huisarts, 2. Vanwege overdiagnostiek rondom COPD en 3. Een deel van de nieuw gediagnosticeerde COPD-patiënten wordt verwezen naar de 2e lijn voor verdere diagnostiek en behandeling. Er ontstaat dan een overlap met de 1e lijns diagnostiek.