

Implementatie van richtlijnen: Aandacht voor financiële en organisatorische impact van aanbevelingen

Margriet Moret-Hartman

Concept versie: 5-12-06

1. Beperkte implementatie van aanbevelingen uit richtlijnen

Effectieve implementatie van beleid is een algemeen probleem waarvoor de laatste tijd veel aandacht is. Uit een rapport van Algemene rekenkamer is gebleken dat vrijwel geen van de aanbevelingen voor beleid volledig zijn ingevoerd. (*Tussen beleid en uitvoering*, 2003) Dit probleem van de beperkte implementatie van beleid speelt ook op het gebied van de gezondheidszorg en richtlijnen in het bijzonder. Verspreiding van bewezen verbeteringen verloopt langzaam. (RVZ 2005 *Van weten naar doen*)

Er bestaan diverse theorieën over effectieve implementatie. De theorieën hebben betrekking op kenmerken van de interventie (innovatie), van de professional, van de organisatie en de maatschappelijk context. (Hulscher et al 2000; Grol & Wensing 2006) In de huidige werkwijze van richtlijnontwikkeling wordt rekening gehouden met de kenmerken van de interventie (richtlijn) en de professionals. Allereerst wordt bij het ontwikkelen van richtlijnen veel aandacht besteed aan de knelpuntenanalyse om de aansluiting bij de praktijk te verbeteren. Daarnaast zijn de diverse beroepsgroepen (tegenwoordig steeds meer multidisciplinair opgezet) nauwgezet betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn en wordt veel aandacht besteed aan het verkrijgen van draagvlak binnen de wetenschappelijke verenigingen.

In een rapport van de Gezondheidsraad (2000) wordt voorgesteld het optimaliseren van de patiëntenzorg als oriëntatiepunt te hanteren en niet de nadruk te leggen op de implementatie van bepaalde kennis. Het implementatievraagstuk wordt daarmee verbreed naar de maatschappelijke context waarin het handelen plaatsvindt. Een arts is een actor temidden van andere actoren en wordt geconfronteerd met organisatorische randvoorwaarden en andere belangen en opvattingen. Kortom, voor het succesvol implementeren van een richtlijn is niet alleen de medewerking van betrokken artsen van belang, maar ook van de betrokken instellingen of afdelingen. Zij zullen medewerking verlenen alleen indien zij de maatregelen als zinvol beschouwen en niet strijdig achten met eigen normen en voorkeuren. (Grin & van de Graaf). Instellingen en afdelingen hanteren mogelijk andere (additionele) criteria om vast te stellen of een interventie de moeite waard is. Voor instellingen kunnen andere factoren van belang zijn, waaronder de impact op financiële middelen, beschikbaarheid van personele en materiele middelen, en de budgetten. In huidige richtlijn wordt (wellicht) in beperkte mate rekening gehouden met de instellingen en de afdelingen daarbinnen.

1.2 Financiële impact van interventies

De financiële consequenties van de voorgestelde veranderingen kunnen een belemmering vormen voor het daadwerkelijk invoeren van die veranderingen. Adoptie van een bewezen verbetering blijkt complex proces (RVZ 2005). Vaak is extra scholing nodig, zijn andere voorzieningen nodig, of zijn er

problemen met de financiering van de toepassing van de interventie. Indien meerdere zorgaanbieders betrokken zijn bij de hulpverlening, is het mogelijk dat de ene aanbieder kosten maakt terwijl de ander profijt heeft. Zorg geleverd door ene discipline kan worden vervangen door zorg die wordt geleverd door andere disciplines. Er kan sprake zijn van dure medicijnen die ten laste van het ziekenhuisbudget gaan, waardoor het ziekenhuis (dan wel afdeling of andere organisatie-eenheid) keuzes moet maken t.a.v. de te leveren zorg. Tot slot kan een aanbeveling betrekking hebben op zorg die niet meer zou moeten worden uitgevoerd, wat vervolgens consequenties kan hebben voor inkomsten van bepaalde professionals.

2. Maatschappelijke ontwikkelingen & aandacht voor economische aspecten

Verder zijn er maatschappelijke ontwikkelingen waardoor er meer aandacht is voor economische aspecten bij kwaliteitsbeleid. De uitgaven in gezondheidszorg snel gegroeid. In het rapport van de Raad voor volksgezondheid en zorg wordt de diffuse verantwoordelijkheid voor de kosten als één van de mogelijke verklaringen genoemd (RVZ 2003). Buiten de overheid voelt niemand zich verantwoordelijk. Een van de genoemde maatregelen is de doelmatigheid aan de aanbodzijde verbeteren. Instellingen moeten verantwoorde zorg leveren. Dat wil zeggen: doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en van goede kwaliteit (VWS / Kwaliteitswet zorginstellingen). Een belangrijk uitgangspunt is dat er een grens is aan besteding van de collectieve middelen aan gezondheidszorg (RVZ 2006 *Zinnige en duurzame zorg*). De doelmatigheid van interventies is één van de criteria die een goede basis vormen voor een basispakket dat voor iedereen toegankelijk is. (Gezondheidsraad 2003) Reeds in het verleden zijn criteria opgesteld om vast te kunnen stellen welke interventies in aanmerking komen voor betaling uit collectieve middelen (o.a. criteria van Dunning). In praktijk blijkt het echter niet eenvoudig deze criteria ook daadwerkelijk toe te passen.

2.1 Kosten-effectiviteit als criterium tijdens richtlijnontwikkeling

In een rapport van Eccles & Mason (2001) wordt ervoor gepleit rekening te houden met de kosten en kosteneffectiviteit van interventies bij het ontwikkelen van richtlijnen. Zij geven aan dat het opstellen en implementeren van klinische richtlijnen immers als doel heeft te komen tot kwalitatieve en doelmatige zorgverlening. Er zijn een aantal richtlijnen en methoden met betrekking tot kosten-effectiviteitsanalyses, al dan niet in relatie tot richtlijnontwikkeling. (Drummond 1997; Oostenbrink 2004; Eccles & Mason 2001). Daarnaast zijn er nationaal en internationaal voorbeelden beschikbaar van het hanteren van kosteneffectiviteit als criterium bij richtlijnontwikkeling (NICE; Niessen et al., in press). In een aantal landen zijn handleidingen beschikbaar waarin aangegeven hoe kosteneffectiviteit mee te nemen bij richtlijnontwikkeling (NICE UK, Australie)

Hoffmann et al. (2000) voerden een Europese studie uit naar de belemmeringen voor het gebruik resultaten van kosteneffectiviteitsstudies door beleidsmakers. Uitkomsten van deze studie lieten zien dat beleidsmakers het lastig vonden om middelen van de ene sector (of budgetten) te verplaatsen naar een andere. Budgetten zijn vaak krap waardoor het lastig is middelen vrij te maken voor invoeren nieuwe technologieën en mogelijke besparingen zijn vaak niet reëel. In een studie van Adang et al (2005) wordt een raamwerk gepresenteerd om bij analyses van kosten rekening te

houden met de schotten tussen de budgetten en de mogelijke beperkte mogelijkheid om middelen vrij te maken bij het vervagen oude interventies door de nieuwe interventies. Als gevolg hiervan kunnen de werkelijke besparingen door het invoeren van innovaties soms beduidend lager zijn dan de berekende besparingen in economische evaluaties (uitgaande van overall verschillkosten). Het is van belang inzichtelijk te maken welke middelen onder welke voorwaarden beschikbaar komen en in hoeverre kunnen deze middelen worden ingezet voor de nieuwe interventie.

2.2 Budget impact analyse

Kosteneffectiviteit als criterium bij het formuleren van aanbevelingen alleen blijkt onvoldoende informatie te leveren ter ondersteuning van besluitvorming. Een illustratie hiervoor is de richtlijn cardiovasculair risicomanagement (CBO 2006). Op basis van effectiviteit en of kosteneffectiviteit zou (vrijwel) iedereen behandeld moeten worden met statines om de kans op sterfte door hart- en vaataandoeningen te verkleinen. Echter de totale financiële impact van een dergelijke aanbeveling zou enorm zijn. Mede op basis daarvan is besloten een grens te trekken ten aanzien van welke patiënten in aanmerkingen zouden moeten komen voor behandeling met statines.

Hieruit kan men afleiden dat de consequenties (organisatorisch of financieel) van bepaalde aanbevelingen transparant moeten worden gemaakt om implementatie te vergemakkelijken. Hiervoor zou in aanvulling op de ontwikkelde richtlijn inzicht moeten worden geboden in de mogelijk financiële gevolgen voor de diverse betrokken actoren. Een mogelijke uitwerking daarvan is het berekenen van de budget impact analyse (BIA). (Mauskopf 2005) De BIA is een inschatting van de mogelijke impact van een nieuwe interventie (behandeling / strategie of aanbeveling in een richtlijn) op het nationale of regionale gezondheidszorg budget. Het doel is niet zozeer een adequate schatting te geven van de financiële consequenties, maar meer een model te produceren op basis waarvan gebruiker inzicht kan krijgen in de relatie tussen karakteristieken van hun eigen setting en de mogelijke financiële consequenties van een nieuwe interventie (of aanbeveling).

Een BIA is niet gelijk aan een kosteneffectiviteitanalyse (KEA). Een KEA heeft betrekking op een vergelijking tussen twee of meer alternatieve behandelingsstrategieën, waarbij het verschil in kosten is uitgezet tegen het verschil in uitkomsten op individueel niveau (niveau van een patiënt). Bij de BIA is het juist de bedoeling een uitspraak te doen over een populatie op landelijk niveau of een populatie in bijvoorbeeld het ziekenhuis. Daarbij zijn de mate van adaptatie van de nieuwe interventie en de mate van substitutie van de oude door de nieuwe interventie van belang. Een BIA is ook niet gelijk aan een cost-of-illness (COI) studie. Een COI is bedoeld om de totale financiële impact van een ziekte op de samenleving te berekenen. Bij de BIA is het niet de bedoeling de totale kosten weer te geven, maar de benodigde investering of mogelijke besparingen gerelateerd aan een bepaalde verandering ten opzichte van de uitgangssituatie.

Volgens Eccles en Mason (2001) is de kostenimpact vaak minder van belang dan beleidsmakers veronderstellen. Reden hiervoor is dat het voorspellen van de impact vaak moeilijk is en daardoor erg onzeker. Deze onzekerheid wordt vergroot doordat het vaak gaat om gecompliceerde aanbevelingen. Verder zouden zij het onwenselijk vinden als daardoor de focus verschuift naar



gezondheidszorgbudgetten in plaats van het verbeteren van besluitvorming voor de individuele behandeling. De auteurs geven aan dat de kosten-impact mogelijk wel zinvol is op lokaal niveau.

2.3 Budget impact analyses in de praktijk

Budget impact analyses worden momenteel vooral toegepast bij het beoordelen van nieuwe interventies voor besluiten over de vergoeding. In Nederland vraagt het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) om een kosten-consequentieanalyse bij vergoedingsbesluiten tav geneesmiddelen (CVZ 2004). Ook bij NICE in de UK wordt bij *technology appraisals* aandacht gevraagd voor de impact van de interventie voor de NHS. In de *Guidelines manual* van NICE (2005) is een hoofdstuk opgenomen over health economics bij richtlijnen en assessment van impact. Tevens heeft NICE bij een aantal richtlijnen een BIA analyse uitgevoerd en zijn er EXCEL sheets beschikbaar waarin berekeningen zijn weergegeven en de berekeningen kunnen worden aangepast om de impact op lokaal niveau te analyseren. Bij de NHMRC in Australië is tevens een handleiding beschikbaar over de rol van economische evaluaties bij richtlijnontwikkeling (NHMRC 2001). Hierin is een hoofdstuk opgenomen over het analyseren van de mogelijke impact van richtlijn op middelen (resources) en kosten. In Nieuw Zeeland wordt in het handboek voor richtlijnontwikkeling een hoofdstuk gewijd aan *Balance sheets*. Een *balance sheet* omvat een lijst met belangrijkste kosten en mogelijke winst van een interventie ten opzichte van de uitgangssituatie en wie het moet betalen. In Denemarken heeft het *Danish Centre for Evaluation and HTA* een instrument ontwikkeld ter ondersteuning van besluitvorming: een mini HTA. De mini-HTA bestaat uit een checklist over de voorwaarden en consequenties van een nieuwe technologie. In de mini-HTA zijn enkele vragen opgenomen met betrekking op de effecten op personeel (benodigd aantal, training, werkomgeving), de mogelijkheden om de interventie binnen de huidige setting uit te voeren, het mogelijke effect op andere afdelingen, aanwezigheid van opstartkosten (training etc). Verder is men in Polen bezig met het ontwikkelen van richtlijnen voor budget impact analyses (Orlewska & Mierzejewski 2004). Daarnaast zijn enkele voorbeelden van budget impact analyses beschreven in literatuur (Zimetbaum, Shrvat)

3. De rol van economische aspecten bij CBO richtlijnen

Uitgaande van het bovenstaande lijkt het relevant om in aansluiting op de richtlijnenontwikkeling bij het CBO inzicht te geven in de financiële en organisatorische impact van de belangrijkste aanbevelingen van een richtlijn. De veronderstelling is dat inzicht hierin de implementatie van aanbevelingen in de praktijk zal vereenvoudigen. Allereerst het is mogelijk om zichtbaar te maken onder welke voorwaarden de aanbevelingen kunnen worden geïmplementeerd. Daarnaast is het mogelijk op basis hiervan vast te stellen of additionele maatregelen nodig zijn om voldoende middelen beschikbaar te kunnen stellen (vervangen van interventies of aanvragen van extra financiële middelen).

(N.B. keuze voor de belangrijkste aanbevelingen ivm de haalbaarheid; wellicht verdere uitwerking afhankelijk van uitkomsten van een pilot)

3.1 Voorstel uitwerking methodiek / aanpak

Met betrekking tot het analyseren van de financiële impact operationeel of lokaal niveau zijn er slechts beperkte richtlijnen over hoe dit te doen. Een belangrijk uitgangspunt is een document dat is opgesteld door de *Task force on good research practice – budget impact analysis* van de *International Society For Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR)* over principes voor good practice voor budget impact analyse. Hierin wordt een raamwerk gepresenteerd van de budget impact analyse en worden enkele aanbevelingen gedaan voor nadere uitwerking. Daarnaast zijn een tweetal artikelen over budget impact analyse van belang: Trueman (2001) en Mauskopf (2005). Doel van de budgetimpact analyse is het schatten van impact nieuwe “interventie”, gebaseerd op een model, bij voorkeur uitgaand van meerdere scenario’s.

Een deel van de aspecten met betrekking tot KEA is ook van toepassing op de BIA:

- De keuze van een relevant perspectief voor de analyse: maatschappelijk (inclusief niet-medische kosten – relevantie afhankelijk van onderwerp) of bedrijfseconomisch (eventueel op instellingsniveau)
- De keuze een relevant tijdshorizon
- Beperk analyse tot verschilkosten (tussen bestaande en nieuwe situatie)
- Onderscheiden van volumina (benodigde middelen) en kostprijzen
- Uitvoeren van een sensitiviteitsanalyse

Daarnaast is bij een BIA van belang:

- Doorrekenen van enkele scenario’s met combinatie van interventies; referentie scenario omvat mix van interventies in huidige situatie; Waarin een inschatting wordt gemaakt van de mogelijk inzet van een nieuwe technologie: uptake, substitutie of additioneel
- Gebruik maken van *easy to use* spreadsheets
- Transparantie van aannames
- Disaggregatie van de resultaten

Verdere uitwerking en belangrijke aandachtspunten zie bijlage 2

Perspectief

De keuze van het perspectief van de analyse is bepalend voor welke kostensoorten worden meegenomen in de analyse en welke prijzen daarbij worden gehanteerd. Het perspectief is afhankelijk van de beoogde gebruiker. Mogelijke gebruikers zijn de nationale overheid, zorgverzekeraars, of de instellingen (en wellicht afdelingen daarbinnen). Indien de beoogde gebruiker een instelling is, dan ligt een bedrijfseconomisch perspectief het meest voor de hand. De kosten buiten de gezondheidszorg, zoals arbeidsverzuim, zijn alleen van belang indien een maatschappelijk perspectief wordt gehanteerd. Bij een aantal onderwerpen zal dit relevant zijn, vb als een grote impact op arbeidsverzuim of kosten voor de patiënt wordt verwacht.

Scenario's

Aangezien er vele aannames gedaan moeten worden, het lastig is vooraf te voorspellen wat de mate van uptake en mate van vervanging zijn, is het relevant meerdere scenario's te laten doorrekenen. Scenario's kunnen betrekking hebben op 1. populatiekenmerken; 2. de mate van adaptatie de interventies en mate van substitutie van de oude door de nieuwe interventie; 3. de mate waarin middelen die werden ingezet in de oude situatie realloceerbaar zijn in de nieuwe situatie.

Gebruik spreadsheets

Als implementatie van aanbevelingen een belangrijk uitgangspunt is, dan kan men niet volstaan met een analyse van de financiële impact op nationaal niveau. Idealiter dient men ook analyses uit te voeren op het niveau van het ziekenhuis. Omdat de uitgangssituatie in ziekenhuizen (of andere instellingen of regio's) kan verschillen, zal de impact van veranderingen ook verschillend zijn. Een mogelijk oplossing voor dit probleem is de berekeningen om te zetten in een toegankelijk programma waarin duidelijk is aangegeven welke aannames of uitgangswaarden zijn gekozen in de analyse en het mogelijk is deze variabelen te veranderen overeenkomstig met de eigen situatie (interactive models). Het voorstel is daarbij iets te ontwikkelen overeenkomstig de bestaande programma's bij NICE of NHRMC. Bij deze organisaties wordt gebruik gemaakt van EXCEL programma's.

Transparantie van aannames & disaggregatie resultaten

Verder lijkt het zinvol om niet alleen de totale extra kosten of de totale besparingen weer te geven, maar juist inzicht te bieden welk middelen moeten worden ingezet (resources). Dergelijk informatie is nodig om vast te stellen of de veranderingen of besparingen reëel zijn en wat het management precies moet veranderen. Dit pleit voor een disaggregatie van de resultaten van de analyse.

Meting uitgangssituatie

Om daadwerkelijk de impact van veranderingen te kunnen analyseren, is het belangrijk dat de uitgangssituatie wordt vastgelegd of geschat, bijvoorbeeld parallel aan het uitvoeren van de knelpuntenanalyse.

3.2 praktische uitwerking BIA bij CBO richtlijnen

Om dit verder uit te werken zal er binnen het CBO (in samenwerking met...) een project worden opgezet met als doel:

- ontwikkelen van methodologie BIA gekoppeld aan CBO richtlijnen
- toepassen van methodologie in een aantal cases
- aanpassen methodiek n.a.v. ervaringen met cases

1. project ZN over analyse impact richtlijnen CVRM (?)
2. BIA bij KKCZ projecten

Project KKCZ:

Verdere uitwerking / aanscherping van de lijnen met daarin aandachtspunten, stappenplan, en taakverdeling (aanpassen n.a.v. ervaringen in praktijk).

Verder tijdens dit project ontwikkelen van instrument voor interactieve analyses (zie 3.4) – apart project; financiering?

3.3 Samenwerking en taakverdeling

De daadwerkelijke uitvoering van de budget-impact analyses bij CBO richtlijnen zal worden uitgevoerd door het CBO in samenwerking met MTA deskundigen. Het is niet de taak van de CBO adviseur om de analyses van de kosten uit te voeren. De adviseur die de richtlijn begeleid / specifiek voor dit onderdeel wordt ingezet is tussenpersoon tussen klinisch experts en MTA experts. De mogelijke rol voor de adviseur: vertaling van aanbevelingen in globale structuur model; in samenwerking met werkgroepleden schatten van mogelijke impact van aanbevelingen op inzet van personele en materiele middelen (en voorwaarden waaronder dat mogelijk is)

Voor een nadere uitwerking zie bijlage 1.

3.4 Aandachtspunten voor parallelle of aanvullende vernieuwingsprojecten

1. parallel aan KKCZ projecten instrument ontwikkelen om berekeningen op nationaal niveau eenvoudig te kunnen aanpassen naar regionaal of lokaal niveau (*analoog aan model NICE*)
2. evaluatie van de BIA analyse; sluiten de uiteindelijke resultaten voldoende aan bij wensen van gebruikers; idealiter: leidt het inderdaad tot minder problemen bij de implementatie (- vraag is hoe dit vast te stellen)
3. ?? nadere uitwerking van de mogelijke relatie tussen de analyse van economische impact van aanbevelingen en de DBCs

Aandachtspunten

Tot slot enkele aandachtspunten / punten ter overweging:

- Budget impact analyse geeft alleen inzicht in verwachte effect op de kosten (benodigde middelen) na implementatie; niet in wat de opbrengsten (uitkomsten) zijn (effecten op uitkomsten op individueel niveau alleen beschreven in evidence in de richtlijn)
- Is het wenselijk / mogelijk een koppeling te maken met indicatoren?
- Relatie met DBC's en aanpassingen daarin (rapport CVZ over actualiseren DBC)
- Rol van zorgverzekeraars
- berekende besparingen door het niet uitvoeren van interventies zijn in praktijk niet goed te realiseren door wachtlijsten / andere operaties die worden uitgevoerd / andere patiënten die bedden bezet houden (de uitkomst is dan meer kwaliteitswinst omdat meer mensen worden geholpen?).
- hoe model zodanig maken dat niet telkens hele grote studie nodig is; hoe houdt je het simpel, uitvoerbaar en toch valide?

- kosteneffectiviteit als criterium
- analyses van de kosteneffectiviteit te combineren met budget impact analyses in een besliskundig model (Nuijten 2002).
- kosten van richtlijnontwikkeling
- kosten van implementatie van de richtlijn

4. Literatuur

- Adang et al. Cost-effectiveness analysis in relation to budgetary constraints and reallocative restrictions. *Health Policy* 2005;74:146-56.
- Algemene Rekenkamer. Tussen beleid en uitvoering. 2003
- CVZ. Procedure aanvraag vergoeding geneesmiddelen. 2004
- Drummond, O'Brien, Stoddart, Torrance. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs*. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Eccles and Mason. How to develop cost-conscious guidelines? *Health Technology Assessment* 2001; vol 5: no. 16
- Gezondheidsraad. Van implementeren naar leren. Het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. Den Haag: Gezondheidsraad 2000.
- Gezondheidsraad. Contouren van het basispakket. Den Haag: Gezondheidsraad 2003
- Grol & Wensing. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen. 2006.
- Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care*. 2001;39(8 Suppl 2):II46-54.
- Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokink H. Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ*. 1998;317(7162):858-61.
- Hoffmann C, Graf von der Schulenburg JM. The influence of economic evaluation studies on decision making. A European survey. The EUROMET group. *Health Policy* 2000; 52:179-92;
- Hulscher M., Wensing M. en Grol R. Effectieve Implementatie: Theorieën en Strategieën (2000)
- Mauskopf 1998: framework voor BIA
- Mauskopf JA, Earnshaw S, and Mullins CD. Budget impact analysis: review of the state of the art. *Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2005; 5(1): 65-79
- NICE. Process for costing clinical guidelines. May 2005.
- Niessen et al. @ @ @
- NHMRC. How to compare the costs and benefits: evaluation of the economic evidence. Handbook series on preparing clinical guidelines. July 2001
- Oostenbrink et al. Handleiding voor kostenonderzoek: methoden en richtlijnpreizen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Diemen, CVZ 2004
- Raad voor de volksgezondheid en zorg (RVZ). Exploderende zorguitgaven. Zoetermeer: 2003
- Raad voor de volksgezondheid en zorg (RVZ). Van weten naar doen. Zoetermeer: 2005
- Raad voor de volksgezondheid en zorg (RVZ). Zinnige en duurzame zorg. Zoetermeer: 2006
- Shrivast BP, Huseyin TS, Hynes KA. NICE guideline for the management of head injury: an audit demonstrating its impact on a district general hospital, with a cost analysis for England and Wales. *Emerg Med J*. 2006;23(2):109-13.
- Trueman, Drummond, Hutton. Developing guidance for budget impact analysis. *Pharmacoeconomics* 2001; 19(6): 609-21
- Zimetbaum P, Reynolds MR, Ho KK, Gaziano T, McDonald MJ, McClennen S, Berezin R, Josephson ME, Cohen DJ. Impact of a practice guideline for patients with atrial fibrillation on medical resource utilization and costs. *Am J Cardiol*. 2003;92(6):677-81.

BIJLAGE 1: TAAKVERDELING CBO ADVISEUR / HTA DESKUNDIGE

Taak CBO adviseur

- Intermediair tussen werkgroep (inhoudsdeskundigen) en HTA deskundigen
- Rol wellicht bij het begin van de werkgroep, voor analyse van de uitgangssituatie
 - o enquête opstellen?
 - o Combineren met knelpuntenanalyse?
- Rol bij werkgroepen aan het eind, zodra er ideeën zijn over de inhoud van de aanbevelingen: in samenwerking met werkgroep / voorzitter / instellingen
 - o welke aanbevelingen hebben waarschijnlijk meeste impact op lokaal of nationaal budget / inzet van materiaal en personeel
 - o vaststellen waarin mogelijk veranderingen door richtlijn
 - o inschatten van de consequenties voor de inzet van middelen (materieel en personeel) (?)
- Rol bij ontwerpen eindapplicatie (applicatie voor web waarmee analyse voor lokale situatie mogelijk)

Taak HTA deskundige

- Werkt deels parallel aan de werkgroep; zal enkele bijeenkomsten bijwonen in verband met bespreken van opzet model en uitkomsten model
- Verzamelen benodigde data, in samenwerking met enkele werkgroepleden (?)
 - o omzetten van informatie in schema of model / selectie van geschikt model voor situatie
 - o vaststellen welke informatie nodig voor analyse en mogelijke bronnen
 - o aannames doen en mate van onzekerheid vaststellen
- Uitvoeren analyses

Overzicht taakverdeling

WAT	CBO	HTA	werkgroep	overig
Meting uitgangssituatie	X		X	
Selectie van aanbevelingen waarvoor analyse	X		X	
Nav aanbeveling voorspellen gewenste / mogelijk verandering in praktijk	X		X	
Beschrijven van mogelijke scenario's	?	X	X	
Selectie perspectief voor analyse	x	x	X	
Verandering vertalen in inzet van materiele en personele middelen		x	X	instelling
Verzamelen van relevante gegevens (kansen, kosten, ...)		x		
Waarderen (kosten) van inzet materieel en personeel		X		
Modelmatige analyse impact landelijk		X		
Presentatie bevindingen		X		
Validatie van model		X		
Ontwikkelen van instrument voor aanpassen lokale analyses	X	x		

BIJLAGE 2: CHECKLIST BIA

Checklist

- Zorg voor goede basismeting bij aanvang richtlijnontwikkeling
- Zodra concept richtlijn beschikbaar, selecteer belangrijkste aanbevelingen, waarbij het waarschijnlijk is dat de implementatie daarvan financiële (voor de instelling of afdelingen binnen een instelling) of organisatorische impact heeft
- Gericht op bepaalde gebruiker (selectie perspectief). Nagaan: wie is belangrijkste gebruiker / welk perspectief is meest geschikt (van invloed op welke kostensoorten te includeren)
- Schatten van mogelijk impact:
 - o hoe groot is de populatie waarop aanbeveling betrekking heeft
 - welk deel van populatie zal nieuwe interventie ondergaan in plaats van huidige
 - Is de verandering van toepassing op prevalentie of incidentie patiënten?
 - o hoe groot is verandering in inzet personeel; welke kosten zijn daaraan verbonden (wat is de inzet voor de huidige interventie / strategie; wat is de inzet voor de beoogde interventie / strategie)
 - o hoe groot verandering in inzet materieel; welke kosten zijn daaraan verbonden
 - o zijn er mogelijke besparingen door niet uitvoeren van de bestaande interventie?
 - Welke personele middelen komen vrij; onder welke voorwaarden;
 - Welke materiele middelen komen vrij; onder welke voorwaarden
 - o Dienen werkzaamheden, personele middelen, materiele middelen worden overgeheveld tussen afdelingen? Is dit mogelijk, onder welke voorwaarden?
 - o Zijn er aanpassingen (gebouw / organisatie /...) of is scholing gewenst voor het adequaat uitvoeren van de nieuwe interventie
- is er evidence over de kosten of de doelmatigheid van de interventie die gebruikt kan worden?
 - o welke vergelijkingsalternatief is in de studie gebruikt; is deze vergelijkbaar met uitgangssituatie
 - o zijn kosten van interventie terug te vertalen in benodigde inzetten van personele of materiele middelen (volumina) en gehanteerde kostprijzen
- Kosten buiten de gezondheidszorg (arbeidsverzuim) afhankelijk van onderwerp van studie en gekozen perspectief
- Doorrekenen van enkele scenario's met combinatie van interventies; referentie scenario omvat mix van interventies in huidige situatie. Keuze voor door te rekenen scenario's op basis van 1. mate van adaptatie en substitutie; 2. mate waarin middelen vrijgemaakt kunnen worden uit niet meer uitgevoerde interventies; 3. schattingen populatie, @ @
- Transparantie van aannames
- Disaggregatie van de resultaten
- Uitwerken van model in *easy to use* spreadsheets: hierin mogelijkheid om uitkomsten van analyse te relateren aan enkele kernaannames of kenmerken van instelling

BIJLAGE 3: VOORSTEL ONTWIKKELEN INSTRUMENT VOOR ANALYSES

Voorstel voor apart project:

Basis analyse van de budget impact analyse zal betrekking hebben op de impact op nationaal niveau. Echter voor implementatie op lokaal niveau is de impact op lokaal niveau van belang. Idealiter wordt een web-based instrument ontwikkeld op basis waarvan een gebruiker vrij eenvoudig kernkarakteristieken kan aanpassen naar de eigen situatie om zo inzichtelijk te maken wat de mogelijke impact voor de eigen lokale situatie is.

Analoog aan de EXCEL sheets zoals gebruikt door NICE

Basis analyse uitgevoerd met modelmatige analyses (waarschijnlijk) en uitkomsten omzetten naar EXCEL file.

Van belang ook hierin zowel de benodigde middelen (personeel en materieel) als de daaraan gerelateerde kosten inzichtelijk te maken.

In overleg met HTA deskundige & ICT afdeling (en mensen uit vb ziekenhuizen: welke informatie wenselijk?). Overleg met ICT over meeste geschikte programma / omgeving als basis hiervoor.

Overleg met HTA deskundige om uitkomsten van analyse te krijgen die bruikbaar zijn voor programma.

Ontwikkeling / uitwerking voor richtlijn hartfalen en evalueren hiervan

- Hypothetisch model bouwen
- Inventariseren soort van gegevens nodig voor lokale analyses / aanpassen analyses
- Koppeling tussen oorspronkelijk model en programma mogelijk (i.v.m. doorvoeren wijzigingen)
- Bescherming van data?
- Via website beschikbaar of apart bijleveren?
- Op welk niveau potentiële gebruikers: afdeling / ziekenhuis / regionale gezondheidszorg?
- Hoe omgaan met eerste / tweede lijn (verschillen structuur / relevante onderdelen)



BIJLAGE 4: VOORSTEL EVALUATIE

De veronderstelling is dan dat het transparant maken van de financiële gevolgen (impact op inzet van materieel, personeel, en mogelijkheid tot reallocatie van de vrijgekomen middelen) een van de drempels voor het implementeren van de aanbeveling wegneemt en daarmee de kans op implementatie zal vergroten.

- na te gaan of deze veronderstelling juist is (n.a.v. een concrete casus – afgeronde richtlijn) enkele interviews houden

Eventueel rol voor stagiaire?

Aan het eind van het project of parallel daaraan (verwerken van suggesties mogelijk)?

@@@