

Maatschappelijke kosten en baten van ontsluiten patiëntgegevens in de eerste lijn

Amsterdam, 20 december 2019



Gupta Strategists

Inhoudsopgave

1. Context, aanleiding en doel	2
2. Maatschappelijke kosten-batenanalyse	5
2.1 Conclusies.....	5
2.2 Kosten.....	6
2.3 Baten.....	8
3. Impact op huisartsenpraktijk.....	11
4. Methodologie.....	13
Bijlagen.....	16

1. Context, aanleiding en doel

Context en aanleiding

De rol van patiënten in hun eigen zorgproces verandert. Zelfregie van patiënten neemt toe, doordat de informatievoorziening beter wordt. Een goed geïnformeerde patiënt maakt minder zorgkosten, is beter voorbereid op gesprekken met zijn zorgverlener en beter in staat mee te beslissen in behandelkeuzes. Deze verandering wordt versneld doordat patiënten vanaf 1 juli 2020 het wettelijk recht hebben op elektronische inzage in hun medisch dossier en het krijgen van een digitaal afschrift van het eigen medisch dossier¹.

Om deze beweging te ondersteunen zijn er de versnellingsprogramma's informatie-uitwisseling tussen patiënt en professional (VIPP) gestart. De programma's helpen zorgaanbieders om patiënten toegang te geven tot hun medische gegevens waarbij ICT-leveranciers hun systemen aanpassen. Het VIPP-programma voor de eerste lijn is het OPEN-programma. Doel van dit programma is om huisartsen en eerstelijnsorganisaties te ondersteunen en ontzorgen bij digitale ontsluiting van gezondheidsgegevens en mogelijk maken van gegevensuitwisseling met patiënten. Patiënten krijgen toegang tot hun eigen gegevens via een huisartsenportaal of gebruiken de gegevens in een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) door uitwisseling van gegevens via de MedMij-standaarden. Dit stelt patiënten in staat meer regie te nemen over hun eigen gezondheid en biedt huisartsen de mogelijkheid om op nieuwe manieren zorg te leveren, mee te gaan met de digitalisering in de zorgverlening en hun praktijkvoering anders in te richten.

Zoals altijd gaan de kosten voor de baten uit. De komende jaren zijn investeringen nodig om de belofte van digitale data-uitwisseling waar te maken. Huisartsen investeren in het aanpassen van hun manier van werken, HIS-leveranciers investeren in het aanpassen van hun ICT-systemen. Het optreden van (maatschappelijke) baten rechtvaardigt die investeringen. Eerste praktijkervaringen² laten zien dat op verschillende vlakken maatschappelijke baten ontstaan: zorgkosten nemen af, de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven van patiënten neemt toe, de kwaliteit van zorg neemt toe, het draagt bij aan het werkplezier en het leidt tot een meer gelijkwaardige relatie tussen zorggebruiker en zorgverlener.

Gezien de omvang van de benodigde investeringen, is het belangrijk om een goede maatschappelijke-kosten-batenanalyse op te stellen en de gedane investeringen, structurele kosten en baten te monitoren over tijd. Zo is het mogelijk om vast te stellen of de belofte wordt ingelost of dat aanvullende maatregelen nodig zijn. Het OPEN-programma voert hiervoor een maatschappelijke-kosten-batenanalyse uit en monitort het verloop ervan in de komende jaren.

Doel van Maatschappelijke-Kosten-Baten Analyse (MKBA)

Een maatschappelijke-kosten-batenanalyse probeert de (positieve en negatieve) **effecten van een project op de welvaart van Nederland** in te schatten. Hiermee kan een uitspraak gedaan worden hoe de investeringen in het project zich verhouden tot de baten die het oplevert. Het gaat daarbij niet alleen om financiële kosten en baten maar ook om maatschappelijke effecten door deze zo goed mogelijk te moneteriseren. Tevens wordt inzichtelijk wie de investeringen moet maken en waar de baten optreden: o.a. bij patiënten, huisartspraktijken, andere zorgaanbieders, de overheid, etc.

¹ Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg en Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens

² Nivel 2015: Zelfmanagement door mensen met chronische ziekten, Kennissynthese van onderzoek en implementatie in Nederland; Vital Innovators: SROI ZeldzorgOndersteund! 2018

Een secundair doel van de OPEN MKBA is het specifiek illustreren van de investeringen van huisartsen, en welke baten ze daarvoor binnen en buiten de praktijk kunnen verwachten.

Bron van de berekeningen

De kwantificering van de kosten-baten analyse is gebaseerd op zoveel mogelijk bestaand (wetenschappelijk) onderzoek, aangevuld met inschattingen en ervaringscijfers die voortkomen uit gesprekken met een diverse groep van huisartsen. De onderbouwing is op hoofdlijnen als volgt. Het grootste deel van de kosten zijn gebaseerd op de bestaande business case van OPEN en interviews met huisartsen. De directe baten zijn gebaseerd op een serie interviews met huisartsen aangevuld met (internationaal) onderzoek naar de waarde van persoonlijke gezondheidsdossiers. De indirecte baten zijn gebaseerd op de SROI³ van ZelfZorg Ondersteund! die hier meerdere jaren onderzoek heeft gedaan naar de effecten van zelfmanagement in de eerste lijn.

Verskil tussen MKBA en business case.

Een MKBA is iets anders dan een **business case**, waarbij de financiële gevolgen voor een bepaalde partij (bijvoorbeeld huisartsenpraktijken) in kaart worden gebracht. Een uitkomst van de MKBA kan bijvoorbeeld zijn dat het ontsluiten van gegevens kan leiden tot minder telefoontjes naar de huisarts. Dit wordt gemonetariseerd door de tijdsbesteding aan het afhandelen van telefoontjes van de praktijkassistente te kwantificeren tegen een vooraf vastgesteld uurtarief. Het is daarmee echter niet gezegd dat de huisartsenpraktijk daarmee kan besparen op hun praktijkassistenten. Dit is afhankelijk van andere factoren: de groei in zorgvraag, of de huisartsenpraktijk zijn processen anders inricht en of de hoeveelheid tijdswinst groot genoeg is om ook echt toe te kunnen met minder personeel. Evenzo is niet gezegd dat hiermee de zorgverzekeraar zijn huisartsentarieven kan verlagen.

Baten MKBA staan los van subsidies

Het inschatten van de kosten en baten staat ook los van hoe verschillende partijen gefinancierd worden. Zo kan bijvoorbeeld de OPEN-subsidie die huisartsen krijgen voor hun tijdsinvestering lager zijn dan de kosten van deze tijdsinvesteringen die in de MKBA worden aangenomen. De MKBA neemt de totale tijdsinvestering mee in de berekening, onafhankelijk van hoeveel subsidie huisartsen daarvoor krijgen.

Om de baten te realiseren zijn inspanningen nodig zoals het scholen van huisartsen, ondersteunen van zorgmedewerkers bij het veranderen van processen, etc. De MKBA bevat geen analyse over wat hier precies voor nodig is en doet daar geen aanbevelingen over. Het gaat er vanuit dat de inspanningen, zoals die in dit geval door OPEN zijn voorgesteld, succesvol worden uitgevoerd.

Leeswijzer van dit document

Dit rapport geeft een samenvatting van de belangrijkste uitkomsten van de MKBA voor OPEN, en hoort bij een presentatie die de uitkomsten in meer detail toelicht en een infographic die ze samenvat. Hoofdstuk 2.1 beschrijft de conclusies en illustreert de uitkomst van de MKBA. Paragraaf 2.2 beschrijft de opbouw van de kosten, uitgewerkt in 5 categorieën. Paragraaf 2.3 beschrijft de baten, voor de functionaliteiten die door OPEN worden ondersteund. Paragraaf 2.4 gaan in op de aannames en onzekerheden. Tot slot gaat hoofdstuk 3 in op de impact voor de huisartsenpraktijk: welke tijdsinvestering moet huisartsen doen en welke veranderingen en opbrengsten kan de huisarts daarvoor binnen en buiten de praktijk verwachten. De genoemde bedragen in deze samenvatting zijn de kosten en baten in het basisscenario.

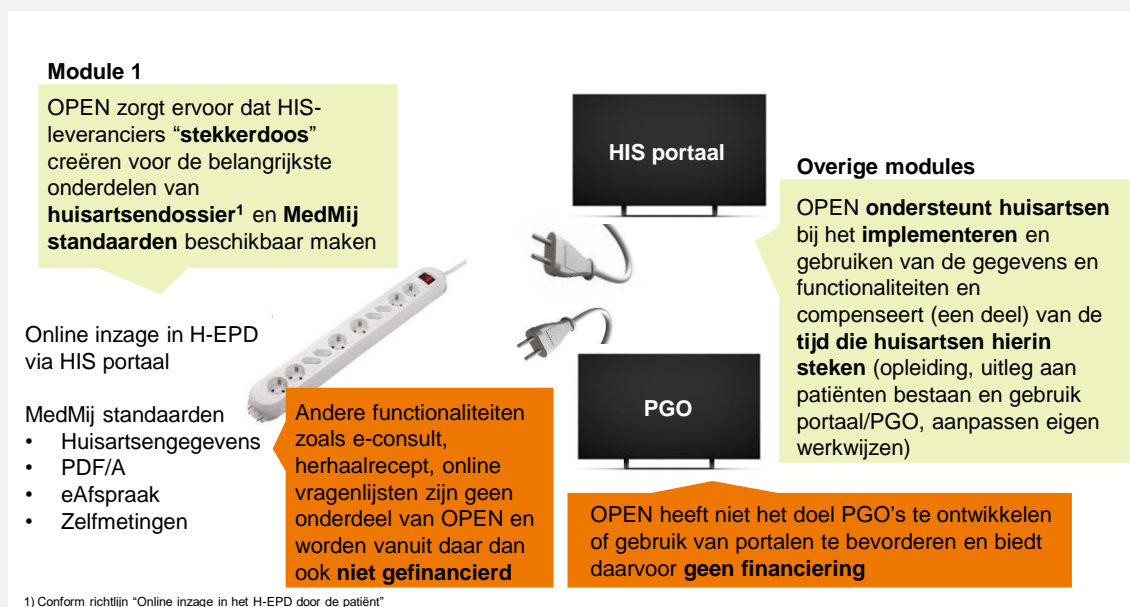
³ Social Return on Investment = welke maatschappelijke waarde levert elke geïnvesteerde euro op

Scope OPEN en gevolgen voor MKBA

OPEN heeft twee doelen: het **ontsluiten van gegevens** volgens de “Richtlijn inzage patiënt in het H-EPD” en de MedMij-standaarden en het **vergroten van gebruik van online inzage (en eventueel daarmee te integreren online zorgdiensten)** door patiënten. Voor het eerste doel biedt OPEN financiering voor de ICT-leveranciers om online inzage technisch mogelijk te maken. ICT-leveranciers zorgen voor toegankelijkheid van gegevens in een huisartsenportaal en via persoonlijke gezondheidsomgevingen volgens de MedMij-standaarden. Voor het tweede doel krijgen huisartsen financiering om hun werkwijzen aan te passen, scholing te krijgen en uitleg aan patiënten te geven. Daarnaast is er financiering voor de regio's voor ondersteuning aan deelnemende praktijken. OPEN financiert dus *wél* de ondersteuning en scholing met als doel het vergroten van gebruik van online inzage, maar *niet* de kosten die de huisartsen maken voor de aanvullende digitale zorgdiensten zoals eConsult, eAfspraak en eHerhaalrecept omdat dit niet het doel van het OPEN programma is. Ook eventuele abonnementskosten van een huisarts voor een portaal of online zorgdiensten vallen buiten de scope van OPEN.

Het is te vergelijken met het aansluiten van een *televisie* op een *stekkerdoos van TV kabels* (zie Figuur 1). Het ontsluiten van gegevens volgens MedMij-standaarden is het maken van een *stekkerdoos* door alle HIS-leveranciers zodat gegevens uit het huisartsen-EPD (H-EPD) op een zelfde manier worden ontsloten. Patiënten hebben vervolgens een '*televisie*' nodig om te kunnen kijken in het H-EPD. Deze *televisie* kan geboden worden in de vorm van een huisartsenportaal of PGO. OPEN biedt financiering voor het maken van de *stekkerdoos* en uitleg over het gebruik van een televisie door patiënten, maar niet voor het aanschaffen van de televisie zelf.

Deelnemende regio's hebben keuze uit 5 modules die bijdragen aan deze twee doelen. Module 1 draagt bij aan het maken en uitbreiden van de stekkerdoos, de overige modules aan het vergroten van het gebruik van de televisie.



Figuur 1: Scope OPEN-project

Omdat een patiënt via meerdere wegen inzage kan krijgen in het H-EPD hebben we de kosten voor een portaal niet meegenomen in deze MKBA. Het uitgangspunt dat wij daarbij hanteren is

dat we zo zuiver mogelijk kijken naar het geld dat besteed wordt vanuit het OPEN-programma en de effecten daarvan.

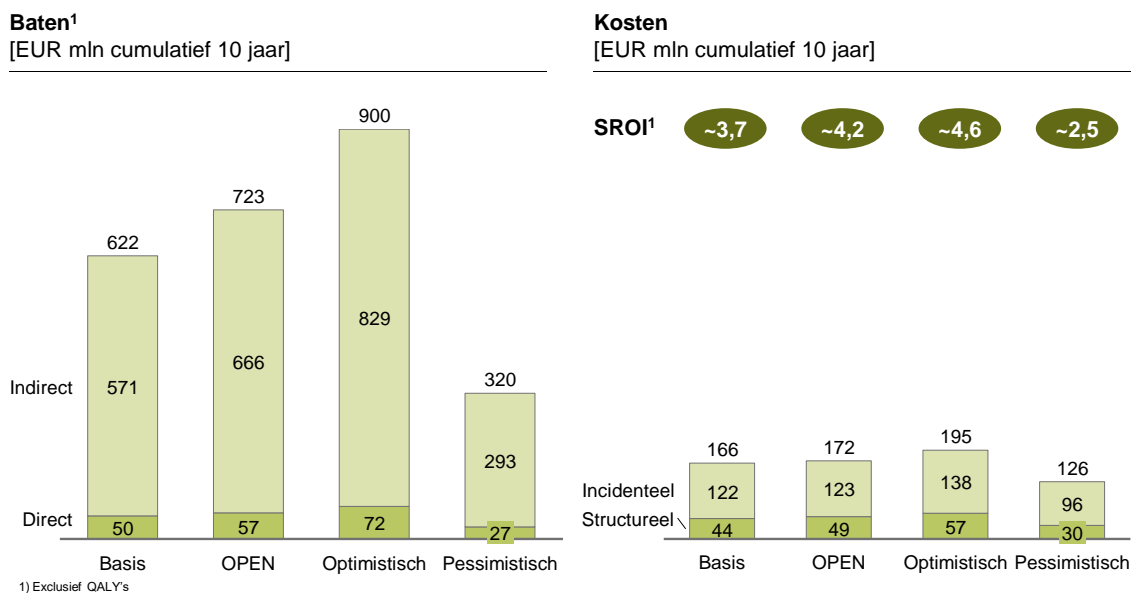
2. Maatschappelijke kosten-batenanalyse

2.1 Conclusies

Op basis van de uitkomsten van de maatschappelijke-kosten-baten analyse zijn een aantal overkoepelende conclusies te trekken.

Baten zijn hoger dan kosten

De potentiële baten van OPEN wegen op tegen de kosten. In zowel pessimistische als optimistische scenario's zijn de baten hoger dan de incidentele investering en structurele kosten: de SROI (de te verwachten cumulatieve baten ten opzichte van de incidentele en structurele kosten over een periode van 10 jaar) varieert tussen de 2,5 en 4,6, afhankelijk van het gekozen scenario (zie Figuur 2).



Figuur 2: Verwachte SROI in de vier scenario's

Kost gaat voor de baat uit, ook voor huisartsenpraktijken

In de beginfase zijn er nauwelijks baten en is er een **incidentele investering** nodig van ongeveer EUR 122 mln, voornamelijk gedreven door de tijdsinvestering van de huisartsen en de patiënten (80%). Daarnaast zijn er incidentele kosten voor de HIS-leveranciers (~EUR 8,7 mln), kosten voor begeleiding van huisartsenpraktijkmedewerkers door de regio (~EUR 7,9 mln) en kosten van het programmabureau van OPEN (~EUR 6,1 mln).

De **structurele kosten** bestaan vanaf 2023 uit ~EUR 5,5 mln per jaar, voornamelijk gedreven door de tijdsinvestering van de patiënten aan updates en doorontwikkeling van de ICT (~EUR 0,9 mln per jaar, oplopend tot ~EUR 3,8 mln). ICT-aanpassingen (jaarlijks ~EUR 1,3 mln), tijdsinvestering van de zorgverleners (jaarlijks ~EUR 1,2 mln) en structurele begeleiding van de zorgverleners (jaarlijks ~EUR 0,3 mln) vormen de rest van de structurele kosten.

De **baten** treden echter later op. In 2020 verwachten we ~EUR 14 mln aan baten, oplopend naar ~EUR 88 mln in 2028. De baten zijn daarmee flink hoger dan de structurele kosten, wat leidt tot een break-evenpunt in 2023.

Investerings huisartsenpraktijken zijn hoger dan directe baten die zij ontvangen

De cumulatieve kosten van de inspanningen die huisartsenpraktijken moeten leveren zijn groter dan de cumulatieve baten die primair terecht komen bij de huisartsenpraktijken. Van alle baten komt ongeveer 9% terecht bij huisartsenpraktijken, waarvan ongeveer 80% directe baten. De inspanningen zijn echter wel een cruciale voorwaarde en maken het mogelijk dat bredere en indirecte baten, die vele malen hoger zijn, kunnen optreden bij andere betrokkenen zoals baten in de tweede lijn, werkgevers en overheid.

Baten bij huisartsen voornamelijk te verwachten door combinatie van online inzage en gebruik online diensten

Patiënten alleen online inzage geven in huisartsengegevensgegevens, levert beperkte baten op. De baten ontstaan als de huisartsengegevens gecombineerd kunnen worden met online zorgdiensten zoals het online maken van afspraken, online aanvragen van herhaalrecepten en voeren van online consulten. De baten die optreden bij gebruik van online diensten bestaan voornamelijk uit tijds winst bij medewerkers in de huisartsenpraktijk. Door processen digitaal af te handelen die anders voornamelijk door de praktijkassistente worden uitgevoerd (bijv. beantwoorden telefoon, af luisteren receptenbandje, inboeken van afspraken), treedt tijds winst op. De verwachting is dat de combinatie van online inzage en online diensten elkaar versterkt: een patiënt die gewend is online afspraken te maken, zal sneller gebruik maken van online inzage van labuitslagen. Andersom, een patiënt die online de E- en P-regel van het laatste huisartsenconsult naleest, zal sneller een eConsult doen bij ontwikkeling van klachten.

2.2 Kosten

2.2.1 Incidentele kosten

Het totaal aan incidentele kosten bedraagt EUR 122 mln. Deze kosten worden gemaakt in de eerste vier jaar van het OPEN-programma. Figuur 3 toont een overzicht van de verwachte incidentele kosten.

De uren van de huisarts, praktijkondersteuner (POH) en praktijkassistente vormen bijna de helft van de totale incidentele kosten. Deze bestaan uit de tijdsbesteding aan scholing, uitleg geven aan patiënten en het aanpassen van werkwijzen. De totale tijdsbesteding hangt daarbij af van het aantal modules dat praktijken doen; module 2 kost naar verwachting de meeste tijd.⁴ De precieze tijdsinvestering is verder uitgewerkt in hoofdstuk 3.

De tweede kostenpost is met 36% de **tijdsinvestering van de zorggebruikers**. Deze wordt gedreven door de tijd die elke nieuwe gebruiker besteedt aan het bekend raken met het portaal of PGO. Deze tijd bedraagt initieel gemiddeld 30 minuten per nieuwe gebruiker.

De kosten voor de ICT-aanpassingen vormen met 7% de derde categorie en zijn daarmee een veel kleiner aandeel. De kosten bestaan uit de kosten die ICT-leveranciers maken voor het aanpassen van hun ICT-systemen en de kosten van de stichting LEGIO voor het bundelen en in goede banen leiden van subsidieaanvragen die hiermee samenhangen. De kosten worden in 2020 en 2021 gemaakt en zijn ~EUR 8,7 mln.

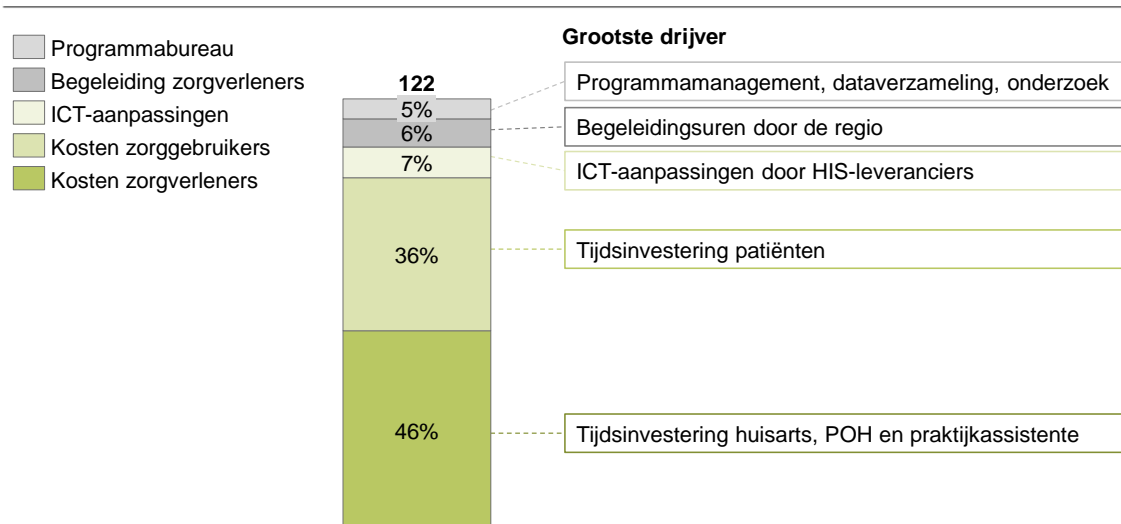
De kosten voor **begeleiding van de zorgverleners** is met 6% de vierde categorie. Deze kosten bestaan uit het ondersteunen van huisartsenpraktijken vanuit de regio's en hangen af van het

⁴ In het basisscenario gaan we uit van de volgende verdeling over de modules: 95% van de praktijken doet module 1, 80% ook module 2 en 60% daarnaast een derde module. We gaan uit van een gelijke verdeling over module 3, 4 en 5.

aantal huisartsenpraktijken dat deelneemt en het aantal modules dat zij volgen. De totale kosten bedragen ~EUR 7,9 mln.

De kleinste kostenpost bestaat uit de kosten voor het programmabureau van OPEN, dataverzameling en onderzoek. Met ~EUR 5,7 mln vormt dit 5% van de totale incidentele kosten.

Incidentele kosten OPEN-project
[EUR mln, totaal over 2019 – 2023]



Figuur 3: Overzicht incidentele kosten

2.2.2 Structurele kosten

De totale structurele kosten groeien van ~EUR 0,9 mln in 2021 naar ~EUR 6,0 mln per jaar.

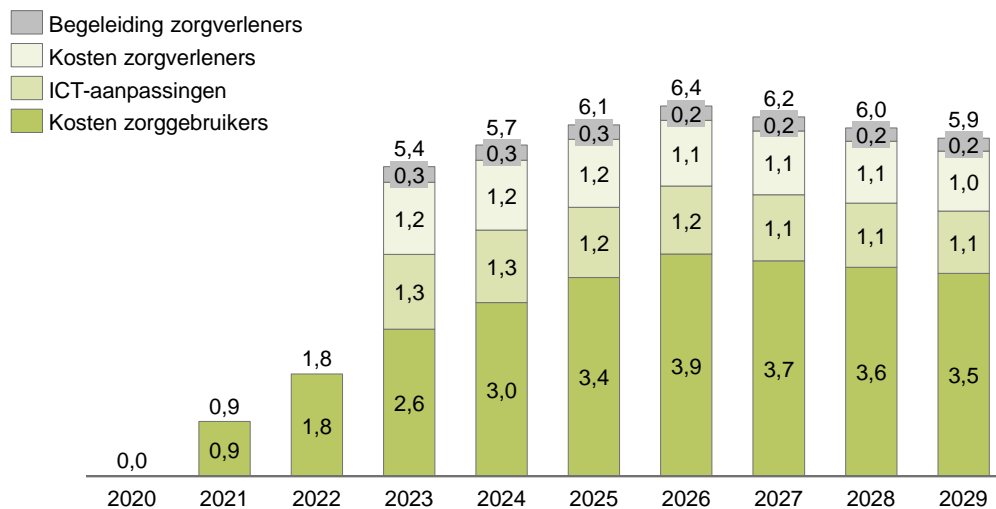
De grootste kostenpost is met 60% de structurele **tijdsinvestering van de zorggebruikers**, die naar verwachting ongeveer 3 minuten per jaar steken in het uitvoeren en begrijpen van ICT-updates. Deze structurele kosten treden op vanaf het jaar dat patiënten voor het eerst gebruik maken van online inzage. Deze kosten treden dus voor het eerst op in 2021 en groeien vervolgens, volgend uit de ingroei van gebruikers, door tot ~EUR 3,9 mln per jaar.

De tweede kostendrijver is de **ICT-aanpassingen**. Deze zijn begroot op 20% per jaar van de initiële investering, wat neerkomt op ~EUR 1,3 mln per jaar.

Een ongeveer even grote kostenpost is de structurele **tijdsinvestering van zorgverleners**, die onder andere tijd steken in het implementeren van veranderende richtlijnen over omgaan met eHealth. De kosten hiervoor zijn 10% van de jaarlijkse investering tijdens de looptijd van OPEN: ~1,2 mln per jaar.

De laatste kostendrijver is de structurele **begeleiding van zorgverleners**. Met de digitalisering in de eerste lijn zullen werkprocessen voortdurend aangepast moeten worden, en zullen zorgverleners begeleiding moeten krijgen in het omgaan met deze nieuwe werkwijzen. De kosten voor deze begeleiding zijn met 15% van de jaarlijkse investering tijdens de looptijd van OPEN gelijk aan ~EUR 0,3 mln per jaar.

Structurele kosten OPEN-project [EUR mln, 2020 – 2029]



Figuur 4: Overzicht structurele kosten

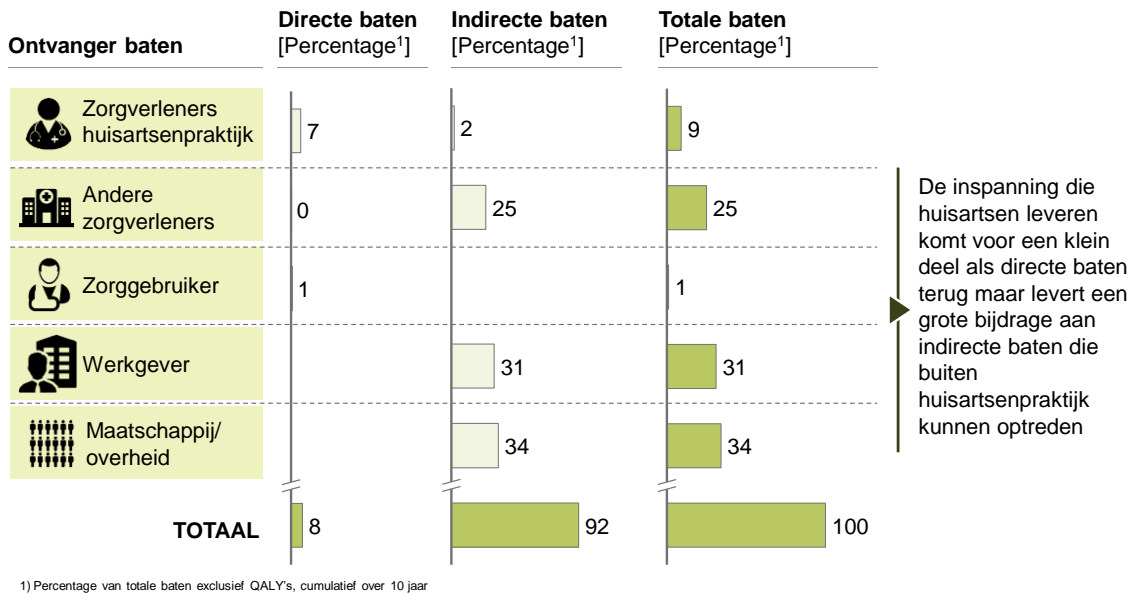
2.3 Baten

Voor het berekenen van de maatschappelijke baten hebben we per stakeholder bepaald wat de directe en indirecte opbrengsten van OPEN zijn. Het effect wordt elke keer vergeleken met de uitgangssituatie. Voor de baten van online herhaalrecepten betekent dit dat uitgegaan is van het huidige aanbod aan online diensten, percentage mensen die hier al gebruik van maakt en het percentage dat uiteindelijk ervan gebruik wil maken volgens de Nictiz eHealth Monitor 2019.

De opbrengsten die hieruit volgen zijn niet allemaal toe te schrijven aan het OPEN programma. Daarom voert een kosten-batenanalyse een correctie uit voor het deel dat toe te schrijven is aan de inspanningen van anderen (*attributie*) en de kans dat dit effect spontaan optreedt (*deadweight*)⁵.

Van de totale baten is ongeveer 90% een indirect gevolg van OPEN. Een brede ontsluiting van zorggegevens zal leiden tot meer zelfmanagement en bredere toepasbaarheid onder patiënten. Dit levert naar verwachting veel maatschappelijke baten op zoals minder ziekenhuisopnamen, lager ziekteverzuim en minder arbeidsongeschiktheid. Binnen de huisartsenpraktijk vallen voornamelijk directe baten. Maar met slechts 9% van de totale baten binnen de huisartsenpraktijk, vormt dit een klein deel van de totale maatschappelijke baten.

⁵ Zie paragraaf 4.2 Impactfactor voor een uitwerking van de gebruikte deadweight- en attributiefactoren



Figuur 5: Overzicht directe en indirecte baten

2.3.1 Directe baten

De directe baten vallen vooral binnen de huisartsenpraktijk. Deze baten zijn gedreven door tijdswinst bij de praktijkassistente door het gebruik van online diensten als herhaalrecepten, eConsulten en online afspraken maken. Online inzage in de huisartsgegevens levert relatief weinig baten op. Het levert echter wel een belangrijke bijdrage aan het optreden van baten ten gevolge van andere online zorgdiensten. Indien huisartsen ervoor kiezen hier gebruik van te maken zijn deze in volgorde van omvang:

- **Online aanvragen herhaalrecepten:** Iets minder dan de helft van de aanvragen voor herhaalrecepten verloopt via de huisarts. De rest verloopt via de apotheek. Een deel van de huisartsen biedt al de mogelijkheid voor online herhaalrecepten, maar een groot deel verloopt nog door het telefonisch doorgeven daarvan of het inspreken ervan op een receptenbandje. Dit bandje moet vervolgens afgeluisterd worden door de praktijkassistente. Deze zoekt handmatig de juiste naam en de juiste medicatie erbij en vraagt het herhaalrecept aan. Uit de interviews blijkt dat dit proces gemiddeld 2 minuten kost. Indien het recept online aangevraagd wordt, geven huisartsen aan dat dit niet alleen een kwalitatieve verbetering oplevert doordat er minder kans is op fouten en daardoor verkeerde medicatie, maar ook tijdswinst oplevert. Als de verwachte adoptiegraad⁶ wordt behaald, leidt dit na het bereiken van de doeladoptie tot gemiddeld 23 minuten tijdswinst per praktijk per dag. Gemonetariseerd met een gemiddeld uurtarief van een praktijkassistente resulteert dit in een effect van ~EUR 1,6 mln per jaar⁷.
- **eConsulten:** Huisartsen die al werken met eConsulten geven aan dat dit niet leidt tot meer of minder consulten, maar wel tot het online kunnen afhandelen van fysieke en telefonische consulten en tot een kortere afhandeling per vraag bij een deel van de consulten. eConsulten zijn geschikt voor korte vragen zoals verwijzingen, zelfzorgadviezen en dermatologische vragen en zijn zowel een vervanging voor telefonische consulten als

⁶ In het basisscenario is de verwachte adoptiegraad na 5 jaar: 57% van de patiënten maakt gebruik van online herhaalrecepten, 49% van eAfspraken, 43% van eConsulten en 38% van online inzage huisartsgegevens, conform de uitkomsten van de Nictiz eHealth Monitor 2019

⁷ Alle gemonetariseerde baten zijn inclusief de impactfactor van 10% (zie paragraaf 4.2 voor een overzicht van de gebruikte impactfactoren)

fysieke consulten. Huisartsen geven aan dat het meesturen van een foto het mogelijk maakt dat de huisarts op basis daarvan al beleid kan maken of kan besluiten dat de patiënt alsnog moet langskomen. Huisartsen geven aan dat zij verwachten dat 20% van de telefonische en fysieke consulten kan worden vervangen door een eConsult. Elk vervangen fysieke consult levert volgens hun inschatting gemiddeld 3 minuten op, een vervangen telefonisch consult levert 2 minuten op. Naar verwachting leidt dit tot ~10 minuten tijdswinst per praktijk per dag voor de huisarts en POH, gelijk aan ~EUR 1,6 mln per jaar.

- **Online afspraken maken:** Een deel van de huisartsen biedt de mogelijkheid tot online afspraken maken, maar het grootste deel van de afspraken wordt nog steeds telefonisch ingepland bij de praktijkassistente. Deze telefoontjes duren gemiddeld 3 minuten. Een klein deel van deze afspraken is acuut en niet geschikt voor online inplannen. Echter, het overgrote deel (~92%) is niet acuut. Huisartsen geven aan dat een groot deel (~70%) online ingepland kan worden. De patiënt hoeft dan niet meer in de wacht te staan en ziet in één oogopslag de beschikbare data. Dit levert de praktijkassistente tijdswinst op. Bij realisatie van de verwachte adoptiegraad leidt dit tot 22 minuten tijdsbesparing per dag voor de praktijkassistente per praktijk (~EUR 1,6 mln). Daarnaast leidt het versturen van geautomatiseerde *reminders* van online afspraken de dag voor de afspraak naar verwachting tot een lager percentage *no shows*. Momenteel leidt 3% van de afspraken tot een *no show*. Halvering van het aantal *no shows* bij patiënten die gebruik maken van online afspraken, leidt tot een kostenbesparing van ~EUR 0,3 mln.
- **Online inzage van huisartsgegevens:** Via een portaal of PGO kunnen patiënten straks een groot deel van hun medische gegevens inzien waaronder hun labuitslagen, waardoor ze niet hoeven te bellen voor uitslagen. Bij heldere schriftelijke uitleg van de huisarts, is de verwachting dat dit geen extra vragen oproept. Huisartsen schatten in dat bij 20% van de consulten een labonderzoek wordt uitgevoerd. Bij het overgrote deel (~80%) is het mogelijk dat de huisarts een korte toelichting schrijft bij de uitslag waarna deze online ingezien kan worden door de patiënt. Hierdoor hoeven patiënten niet meer te bellen over hun uitslag. Het niet hoeven bellen scheelt de praktijkassistente 3 minuten per uitslag. Bij de verwachte adoptiegraad onder patiënten, levert dit ~6 minuten per dag per praktijk op, in totaal ~EUR 0,5 mln.

Bovengenoemde effecten leveren in totaal ongeveer een uur per dag per huisartspraktijk op, waarvan het grootste deel voor de praktijkassistente. Deze tijdsbesparing heeft een totale waarde van EUR 5,3 mln per jaar.

Een baat die niet goed te kwantificeren valt is een verhoogde therapietrouw. De verwachting is dat online inzage in medische gegevens een positieve bijdrage levert aan dat patiënten medicatie beter begrijpen waar medicatie voor dient eerder geneigd zijn deze beter in te nemen. Hierdoor kunnen onnodige vervolfbezoeken en behandelingen worden voorkomen.

Ook bij de zorggebruikers vallen directe baten. Door online diensten en inzage verwachten we minder tijdsbesteding aan het totale zorgproces voor chronische patiënten, jonge gezinnen en acute patiënten. Zij besteden per jaar gemiddeld 7,5 – 15 minuten minder aan hun eigen zorgproces. Dit is gemonetariseerd naar ~EUR 0,8 mln per jaar vanaf 2025.

Tot slot vallen ook directe baten bij andere zorgverleners. Door online inzage van huisartsgegevens hebben patiënten inzicht in hun actuele medicatie. Hierdoor verwachten we minder geneesmiddelen gerelateerde opnames, wat leidt tot een jaarlijkse besparing van ~EUR 0,2 mln vanaf 2025.

2.3.2 Indirecte baten

Totale ontsluiting van patiëntgegevens zal leiden tot een bredere toepasbaarheid en maakt het mogelijk dat patiënten meer en makkelijker aan zelfmanagement kunnen doen⁸. Omdat OPEN hier een kleine bijdrage aan levert, beschouwen wij dit als indirecte baten, wat zich vertaalt in een lagere impactfactor (zie paragraaf 4.2 Impactfactor). Zelfmanagement leidt voornamelijk tot baten voor de maatschappij, de werkgever en andere zorgverleners. Voor een klein deel levert dit ook baten binnen de huisartsenpraktijk op.

Ongeveer 34% van de totale baten zijn indirecte baten voor de maatschappij. Het gebruik van online inzage en online diensten bij de huisarts draagt bij aan zelfmanagement en leidt naar verwachting 4 jaar later tot minder instroom in de WIA. Dit levert de grootste besparing voor de maatschappij op met uiteindelijk ~EUR 38 mln per jaar. Daarnaast vergroot de zelfredzaamheid van patiënten, waardoor de instroom in de WMO vermindert. Dit leidt tot een jaarlijkse besparing die toeneemt tot ~EUR 3,5 mln per jaar.

Ongeveer 30% van de totale baten valt bij de werkgevers. Zelfmanagement zorgt voor minder verzuimdagen (~EUR 13 mln per jaar) en een hogere arbeidsproductiviteit (~EUR 12 mln per jaar).

Daarnaast leidt zelfmanagement tot lagere curatieve zorgkosten in de tweede lijn, resulterend in een jaarlijkse besparing van ~EUR 20 mln per jaar.

Tot slot valt een klein deel van de indirecte baten binnen de huisartsenpraktijk: er zijn minder consulten nodig voor patiënten die aan zelfmanagement doen. Dit leidt tot een verwachte besparing van ~EUR 1,4 mln per jaar.

3. Impact op huisartsenpraktijk

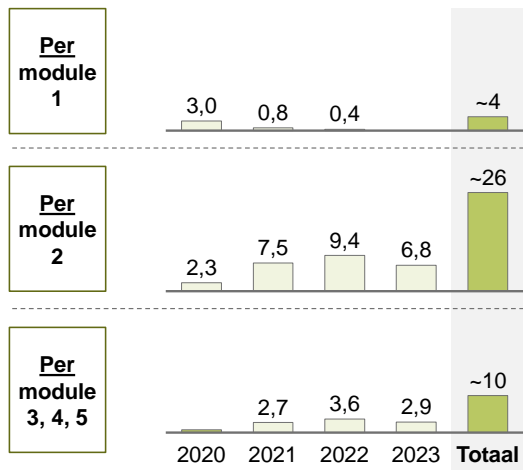
Investerings van huisartsenpraktijken zijn hoger dan directe baten die zij ontvangen. De cumulatieve kosten van de inspanningen die huisartsenpraktijken moeten leveren zijn groter dan de cumulatieve baten die primair terecht komen bij de huisartsenpraktijken. Van alle baten komt ongeveer 9% terecht bij huisartsenpraktijken, waarvan ongeveer 80% directe baten. De inspanningen zijn echter wel een cruciale voorwaarde en maken het mogelijk dat bredere en indirecte baten, die vele malen hoger zijn, kunnen optreden bij andere betrokkenen zoals baten in de tweede lijn, bij werkgevers en overheid. In dit hoofdstuk bespreken we de kosten en baten in meer detail, specifiek voor de huisartsenpraktijk. Daarnaast bespreken we welke acties praktijken kunnen ondernemen die belangrijk zijn voor het realiseren van de baten.

3.1 Kosten voor de huisartsenpraktijk

De kosten bestaan uit een tijdsinvestering van de huisarts, POH en praktijkassistente. Deze tijdsinvestering hangt af van het aantal modules dat zij doen. Figuur 6 beschrijft de tijdsinvestering van de huisarts.

⁸ Bron: Zelfzorg Ondersteund SROI 2018

Tijdsbesteding huisartsen per module [Uren per jaar, 2020-2023]



Inhoud tijdsbesteding

Focus: praktische en juridische kennis

- 1 uur e-learning, een fysieke bijeenkomst en voorbereidingstijd

Focus: stimulering gebruik

- Training: hoe voer je het gesprek met de patiënt?
- Uitleg aan patiënten (~1 min/patiënt)¹
- Aanpassen van werkwijze (dossiervoering en bedrijfsprocessen)

Focus: stimulering gebruik en ICT-aanpassingen

- Activiteiten zoals module 2
- Afstemming met andere zorgverleners

1) 1 minuut uitleg per patiënt kost een gemiddelde huisarts ongeveer 29 uur in 4 jaar. We gaan ervanuit dat de huisartsen die alleen module 2 doen niet aan alle patiënten uitleg geven

Figuur 6: tijdsbesteding huisarts per module

Module 1 – het aanbieden van online inzage – kost zowel de huisarts als de POH en praktijkassistente ongeveer 4 uur waarvan het grootste deel in 2020 besteed zal worden. Dit bestaat uit 1 uur e-learning, een fysieke bijeenkomst en voorbereidingstijd.

De **vervolgmodules** zijn gericht op het uitbreiden van de online inzage en het vergroten van het gebruik onder patiënten en vergen meer tijd. We gaan hier uit van 26 uur van de huisarts voor module 2 en 10 uur per overige module, verspreid over 4 jaar. We verwachten dat de tijdsinvestering van de POH en praktijkassistente twee keer zo hoog is omdat de POH een hoger aandeel chronische patiënten ziet en omdat een groter deel van het werk naar verwachting bij de POH en praktijkassistente terecht komt. Alle drie de functionarissen volgen trainingen over hoe de online diensten in te zetten in de praktijkvoering. Daarnaast kost uitleg geven aan patiënten en het aanpassen van de werkwijze (zowel dossiervoering als bedrijfsprocessen) tijd.

Tegenover deze tijdsinvestering staat een subsidie van EUR 2,83 per ingeschreven patiënt. Voor een normpraktijk komt dit neer op ~EUR 6k, wat de tijdsinvestering voor module 1 en 2 nagenoeg dekt. De vervolgmodules zijn een extra investering die niet gedekt wordt door subsidies.

Tot slot kunnen voor individuele praktijken ook abonnementskosten optreden voor een portaal, afhankelijk van de keuze voor een portaal of PGO, en kosten voor online diensten. Deze kosten zijn niet meegenomen in deze MKBA.

3.2 Baten voor de huisartsenpraktijk

Het ontsluiten van patiëntgegevens levert huisartsenpraktijken zowel baten op die te kwantificeren zijn als kwalitatieve baten.

Patiënten alleen online inzage geven in huisartsengegevensgegevens, levert beperkte kwantitatieve baten op. De baten ontstaan als de huisartsengegevens gecombineerd kunnen worden met online diensten zoals het online maken van afspraken, online aanvragen van herhaalrecepten en voeren van online consulten. De baten die optreden bij gebruik van online diensten bestaan voornamelijk uit tijdswinst bij medewerkers in de huisartsenpraktijk. Door processen digitaal af te handelen die anders voornamelijk door de praktijkassistente worden uitgevoerd (bijv. beantwoorden telefoon, af luisteren receptenbandje, inboeken van afspraken), treedt tijdswinst op.

Over het algemeen hebben de baten binnen de huisartsenpraktijk geen invloed op de hoogte van de omzet. Het aanbieden van online herhaalrecepten, eAfspraken en online inzage in huisartsgegevens leiden alleen tot een verlaging van operationele kosten. De enige baat die (een kleine) invloed heeft op de omzet, is het doen van eConsulten in plaats van telefonische en fysieke consulten, die over het algemeen langer duren. Sinds 1 januari 2019 bepaalt niet de vorm, maar de duur van een consult het tarief. Dit betekent dat een deel van deze baat waarschijnlijk bij de zorgverzekeraar valt in plaats van binnen de praktijk. Voor een gemiddelde praktijk die deelneemt, zal 20% van de telefonische consulten en fysieke consulten een eConsult worden van respectievelijk 2 en 3 minuten korter. Dit leidt tot een verschuiving van het aantal consulten <5 min, consulten van 5 – 20 min en consulten > 20 min. Echter, grove modellering toont aan dat deze verschuiving op totaalniveau verwaarloosbaar is ten opzichte van de totale omzet. Voor individuele praktijken kan dit uiteraard verschillen.

Naast de kwantitatieve baten zijn er ook een aantal kwalitatieve baten. Voor de huisarts zijn de belangrijkste:

- **Beter geïnformeerde patiënten.** Doordat patiënten voorafgaand of na afloop van een consult in hun online dossier gegevens kunnen nazoeken of nalezen zijn patiënten beter geïnformeerd, wat bijdraagt aan een hogere kwaliteit van het consult.
- **Betere informatievoorziening huisarts.** Doordat de patiënt bij een online consult zijn hulpvraag zelf formuleert in plaats van dat de praktijkassistente deze opneemt, krijgt de huisarts betere informatie. Het beantwoorden van vragen voorafgaand aan een consult draagt hier ook aan bij.
- **Flexibelere indeling van tijd.** Het digitaal verwerken van processen biedt de mogelijkheid om processen anders in te richten. Het verwerken van online consulten kan de huisarts of POH op ieder gewenst moment doen en zelfs op een andere plek mits hij/zij toegang heeft tot het HIS. Dit levert veel flexibiliteit op en kan bijdragen in het werkplezier en ervaren rust.

Voor de patiënt zijn de belangrijkste kwalitatieve baten:

- **Betere informatievoorziening.** Patiënten kunnen online afspraken die gemaakt zijn en uitslagen online teruglezen en informatie opzoeken om goed voorbereid te zijn op het consult.
- **Meer betrokkenheid bij behandelproces.** Doordat patiënten meer inzicht hebben in hun medische gegevens voelen patiënten zich vaker betrokken bij de behandeling en de keuzes die gemaakt worden.
- **Flexibelere indeling van tijd.** Net als bij huisartsen levert het online maken van afspraken en aanvragen van herhaalrecepten het voordeel op dat patiënten dit in hun eigen tijd kunnen doen. Tevens bespaart het veel irritatie van het in de wacht staan bij telefonisch contact met de huisartsenpraktijk.

De inspanningen van de huisarts leveren, naast de baten binnen de praktijk, een grote bijdrage aan de indirecte baten die buiten de huisartsenpraktijk kunnen optreden.

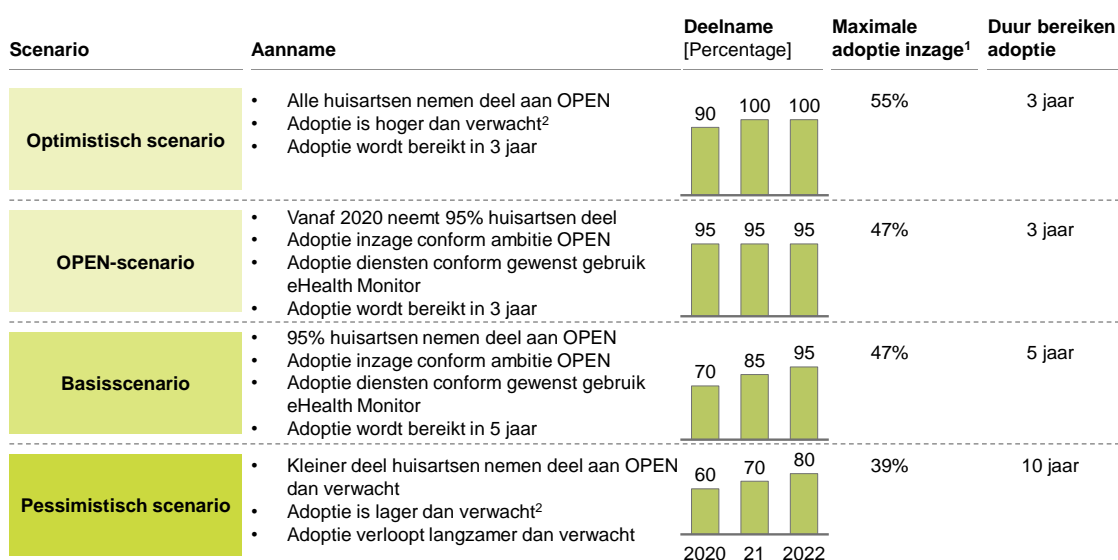
4. Methodologie

De maatschappelijke kosten-batenanalyse is zoveel mogelijk gebaseerd op de algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-baten analyses zoals opgesteld door het Centraal Planbureau (CPB)

en Planbureau voor de Leefomgeving.⁹ De werkwijze is hier en daar aangepast aan het specifieke doel van de analyse.

4.1 Scenario's

De kosten en baten zijn afhankelijk van het aantal deelnemende huisartsenpraktijken en de adoptiegraad onder patiënten. Om gevoeligheid van de uitkomsten weer te geven, hebben we 4 scenario's gedefinieerd: het pessimistische scenario, basisscenario, OPEN-scenario en optimistische scenario. Het OPEN-scenario is het scenario onderliggend aan de begroting van OPEN, en is met 95% deelname onder praktijken vanaf 2020 en bereiken van de adoptie binnen 3 jaar, iets optimistischer dan het basisscenario. Figuur 7 toont een overzicht van de onderzochte scenario's.¹⁰



1) Gemiddeld percentage Nederlanders dat jaarlijks gebruik maakt van online diensten (totaal aantal bezoekers aan de huisarts dat online inzage gebruikt per jaar gedeeld door totaal aantal NLers)
 2) Adoptie diensten schalen mee met adoptie online inzage conform ambitie OPEN

Figuur 7: Overzicht scenario's

4.2 Impactfactor

Bij het kwantificeren van de baten in een MKBA is het belangrijk alleen dát deel mee te nemen dat werkelijk aan de inspanningen van OPEN toe te schrijven is. Om dit te bereiken past een MKBA een correctie toe voor twee effecten:

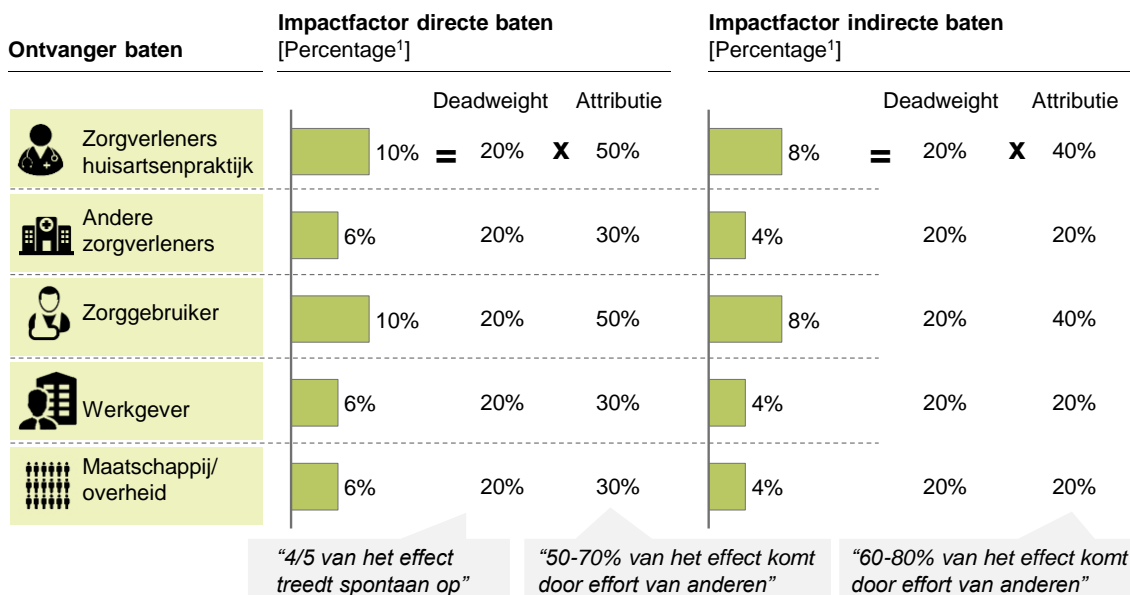
- **Attributie:** het deel van de effecten dat komt door inspanningen van andere partijen
- **Deadweight:** het deel van de effecten dat spontaan is opgetreden.

We differentiëren de attributie en deadweight op basis van het type baten en bij wie de baten terecht komen. Directe baten en baten die primair vallen bij de huisartsenpraktijken en patiënten, zijn voor een groter deel toe te schrijven aan inspanningen van OPEN. Directe baten binnen de huisartsenpraktijk, zoals minder telefoontjes voor de praktijkassistente, zijn immers meer toe te schrijven aan puur de inspanningen van OPEN dan indirecte baten buiten de huisartsenpraktijk,

⁹ Romijn, G. en Renes, G. (2013) Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse, Den Haag: CPB/PBL

¹⁰ Genoemde deelnamepercentages betreffen deelname aan module 1. Aanname is dat deelname aan module 2 t/m 5 mee schaal met deelname aan module 1: als 95% module 1 doet, doet 80% ook module 2 en 60% ook een derde module, waarvan 20% module 3, 20% module 4 en 20% module 5

zoals minder arbeidsongeschiktheid. Een overzicht van de gebruikte deadweight- en attributiefactoren is te vinden in Figuur 8.



Figuur 8: Overzicht deadweight en attributie

4.3 Aannames en onzekerheden

Deze MKBA is zoveel mogelijk gebaseerd op kengetallen en gepubliceerde resultaten van wetenschappelijk onderzoek door derden. Zo zijn de gebruikte volumes zoals aantal patiënten, aantal herhaalrecepten, aantal huisartsen, aantal consulten en uurtarieven van huisartsen afkomstig van respectievelijk het CBS, SFK, Vektis, Nivel en ZiN. Huidig gebruik van online diensten en inzage komt uit de Nictiz eHealthMonitor 2019. Een groot deel van de indirecte baten zijn gebaseerd op de SROI van ZelfzorgOndersteund, Deze SROI is sinds 2014 jaarlijks geüpdatet en beschouwen wij als een valide onderbouwing van de indirecte baten van OPEN.

Waar het gaat over de tijdsbesteding binnen de praktijken en de verwachte besparingen daarop, hebben we ons gebaseerd op interviews met meerdere experts. We hebben met 14 huisartsen gesproken uit het hele land, die gebruik maken van verschillende HIS-systemen, wisselende ervaring hebben met het ontsluiten van gegevens en ook wisselend tegen het ontsluiten van gegevens aankijken.

Tot slot zijn voornamelijk de baten sterk afhankelijk van de adoptiegraad onder patiënten. Om deze afhankelijkheid te toetsen, hebben we gewerkt met verschillende scenario's (zie paragraaf 4.1 Scenario's).

4.4 Discontering

Om de kosten en baten in de toekomst bij elkaar op te tellen verdisconteert een maatschappelijke kosten-baten analyse alle kosten en baten met een bepaalde disconteringsvoet. Deze wordt algemeen gesteld op 3,0% volgens de Werkgroep Discontovoet 2015. Hiermee worden jaarlijks alle kosten en baten mee in mindering gebracht om vervolgens bij elkaar opgeteld te worden om te komen tot de contante waarde voor de SROI.

Bijlagen

- Volledige presentatie
- Bronvermelding
- Geïnterviewden
- Werkgroep Maatschappelijke Kosten Baten Analyse OPEN
- Infographic

Bronvermelding

Gebruikte parameters

Kenmerk	Getal	Bron
Aantal gezinnen, minimaal 1 kind 0-5 jr.	1,600,000	CBS
Aantal mensen met chronische aandoening bij huisarts	5,600,000	Nivel/RIVM
Aantal bezoekers huisartsenpost	4,200,000	LHV/Vektis
Aantal huisartsen in Nederland	9,955	Nivel
Aantal praktijkondersteuners (3000 somatiek, 1300 GGZ)	4,300	Nivel
Aantal praktijkassistenten (rekenorm: 0,59/1000 pat.)	10,100	LHV
Aantal regionale samenwerkingsverbanden	100	Nivel, InEen
Aantal verzekerden \cong inwoners van Nederland	17,200,000	CBS
Omvang van de beroepsbevolking (aantal werkenden)	8,400,000	CBS
Aantal burgers Nederland	17,200,000	CBS
Aantal huisartspraktijken in Nederland	5,020	Nivel
Aantal huisartsbezoeken per jaar	47,919,200	Nivel
Aantal bezoekers huisartsen per jaar	13,347,200	Nivel

Gebruikte uurtarieven	Bedrag in €/u	Bron
Programmamanager	125	Begroting OPEN
Programmabegeleider	100	Begroting OPEN
Programmamedewerker	90	Begroting OPEN
Communicatiemedewerker	90	Begroting OPEN
Huisarts	108	Tarief ZO!
Praktijkondersteuner	50	Tarief ZO!
Praktijkassistente	30	CAO
Inwoner van Nederland (zorggebruiker)	14	ZiN

Kosten

- Begroting OPEN, versie 1403 2018
- Begroting LEGIO, versie 20191011 (bijlage 1 en 2)
- Bijlage C – Onderbouwing van de business case van OPEN
- Kostenoverzicht LHV, 14 nov 2019
- Kostenoverzicht InEen, 29 nov 2019

Baten

- Gupta Strategists, 2019, Update kosten-batenanalyse persoonlijke gezondheidsomgeving, Herijking in opdracht van MedMij
- IQ Healthcare/RadboudUMC, 2017, Het patiëntenportaal, Wat is belangrijk voor patiënten
- Nictiz, 2019, eHealth-monitor 2019
- NIVEL, 2007, Receptenverkeer: naar de digitale snelweg?
- NIVEL, 2018, Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid
- NZa, 2019, Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - TB/REG-19619-02, Versie 1
- Pharos, 2019, Online patiëntomgevingen die werken voor iedereen: Ziekenhuisportalen (project 2018), Eindrapportage maart 2019
- zorgverleners en ziekenhuizen

- Reed et. al., 2019, Patients with complex chronic conditions: Health care use and clinical events associated with access to a patient portal
- SFK, 2019, Data en feiten 2019, Het jaar 2018 in cijfers
- Van den Brecht et. al., 2006, Hospital admissions related to medication
- Vital Innovators, 2019, Social Return on Investment Analyse Zelfzorg Ondersteund!, Update 2018

Discontering

- Werkgroep Discontovoet, 2015, Rapport werkgroep discontovoet 2015

Geïnterviewden

Matthijs Boelaars	Huisartspraktijk Baars - Nieuw Vennep
Marcel Janse	Huisartspraktijk - Zwolle
Koos ten Thije	Huisarts i.o. - Bestuurslid LOVAH
Jasper Schellingerhout	Het Huisartsenteam de Keen - Etten Leur
Jan Huisman	Het Doktershuis – Ridderkerk
Stijn de Ruiter	Huisartsenpraktijk Harmelen
Joost van Raalte	Huisartsenpraktijk van Raalte
Jan Frans Mutsaerts	Het Huisartsenteam de Keen - Etten Leur
Angelique Bleuzé	De ZorgHoek – Bergschenhoek
Maarten Klomp	Huisartsen Achtse Barrier – Eindhoven, bestuurder InEen, Stuurgroep OPEN, deelnemer Informatieberaad

NB: 4 andere huisartsen hebben aangegeven anoniem opgenomen te willen worden in de MKBA rapportage

Werkgroep Maatschappelijke Kosten Baten Analyse OPEN

De werkgroep voor de MKBA bestond uit de volgende personen:

Arthur Eyck – Programmamanager InEen

Maret Zonneveld – Huisarts, Wetenschappelijk medewerker afdeling automatisering NHG

Hanny Schulten – Senior Beleidsmedewerker LHV

Bart Brandenburg – Programmamanager OPEN

Mariette Willems – Huisarts, Projectmedewerker OPEN, CMIO LEGIO

Marjet de Vries – Programmasecretaris OPEN

Anneke Vass – Regiocoördinator OPEN, Regiocoördinator ZelfZorg Ondersteund!