



Maatschappelijke kosten en baten van ontsluiten patiëntgegevens in de eerste lijn

MKBA 2021

Amsterdam, 8 februari 2022

Inhoudsopgave

1. Context, aanleiding en doel	2
2. Uitkomsten van de MKBA.....	5
2.1 Samenvatting conclusies	5
2.2 Kosten	7
2.3 Baten.....	9
3. Impact op huisartsenpraktijk	12
3.1 Kosten voor de huisartsenpraktijk	13
3.2 Baten voor de huisartsenpraktijk.....	13
4. Methodologie	14
4.1 Vier scenario's	14
4.2 Impactfactor.....	15
4.3 Aannames en onzekerheden.....	16
4.4 Discontering.....	16
Bijlagen.....	17
Bronvermelding	17
Geïnterviewde huisartsen.....	18
Werkgroep.....	19
Overige documentatie.....	19

Leeswijzer bij dit document

Dit rapport beschrijft de MKBA voor OPEN en de actualisatie daarvan met cijfers over 2021. Dit rapport vervangt daarmee het rapport met de MKBA over 2020 gedateerd op 2 april 2021.

Het eerste hoofdstuk beschrijft de aanleiding, doel en context van de MKBA van OPEN. Hoofdstuk twee bevat de uitkomsten van de MKBA op basis van de actualisatie 2021. Hoofdstuk drie gaat in op de impact van OPEN op de huisartsenpraktijk. Hoofdstuk vier beschrijft de gehanteerde methodiek in meer detail. In de bijlagen is een gedetailleerde bronvermelding en overzicht van alle betrokken personen opgenomen.

1. Context, aanleiding en doel

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 een digitaal afschrift van het eigen medisch dossier¹.

Om deze beweging te ondersteunen zijn er 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 gegevensuitwisseling waar te maken. Huisartsen investeren in het aanpassen van hun manier van werken en HIS-leveranciers investeren in het aanpassen van hun ICT-systemen. Het optreden van (maatschappelijke) baten rechtvaardigt die investeringen. De kennissynthese van het Nivel en de SROI's die tot en met 2018 zijn opgesteld door de coöperatie Zelfzorg Ondersteund² laten zien laten zien dat op verschillende vlakken maatschappelijke baten ontstaan: zorgkosten nemen af, de redzaamheid 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 gelijkwaardiger relatie tussen zorggebruiker en zorgverlener.

Doel van de OPEN Maatschappelijke-Kosten-Baten Analyse (MKBA)

Gezien de omvang van de benodigde investeringen, is het belangrijk om een goede maatschappelijke-kosten-batenanalyse (MKBA) 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 maakt een MKBA en monitort de resultaten gedurende de looptijd van het programma.

Een MKBA probeert de (positieve en negatieve) **effecten van een project op de welvaart van Nederland** in te schatten. Dit maakt duidelijk 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. Een MKBA laat zien wie de investeringen moet doen en waar de baten optreden: o.a. bij patiënten, huisartspraktijken, andere zorgaanbieders, de overheid, etc.

Actualisatie MKBA in 2020 en 2021

In 2019 is vanuit OPEN een MKBA opgesteld. Begin 2022 zijn de kosten en baten geactualiseerd aan de hand van de best beschikbare gegevens op dat moment. De resultaten van deze actualisatie zijn

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

verwerkt in dit rapport. De geprognosticeerde kosten en baten voor 2021 zijn zoveel mogelijk vervangen door gerealiseerde kosten en baten in 2021. In enkele gevallen gaf dit aanleiding voor aanpassing van de geprognosticeerde kosten en baten voor 2022 en latere jaren, of aanpassingen voor eerdere jaren. In de overige gevallen handhaven we het gebruik van de inschatting van het basisscenario uit de originele MKBA, zie ook hoofdstuk 'Methodologie'.

Een MKBA is geen 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 zijn dat het ontsluiten van gegevens leidt tot minder telefoontjes naar de huisarts. Dit wordt gemonetariseerd door de tijdsbesteding aan het afhandelen van telefoontjes van de praktijkassistente te vermenigvuldigen met een vooraf vastgesteld uurtarief. Het is daarmee niet gezegd dat de huisartsenpraktijk daadwerkelijk bespaart op de inzet van assistentes.

De geschatte kosten en baten staan los van de financieringswijze van verschillende partijen. Zo kan 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 de hoogte van de subsidie.

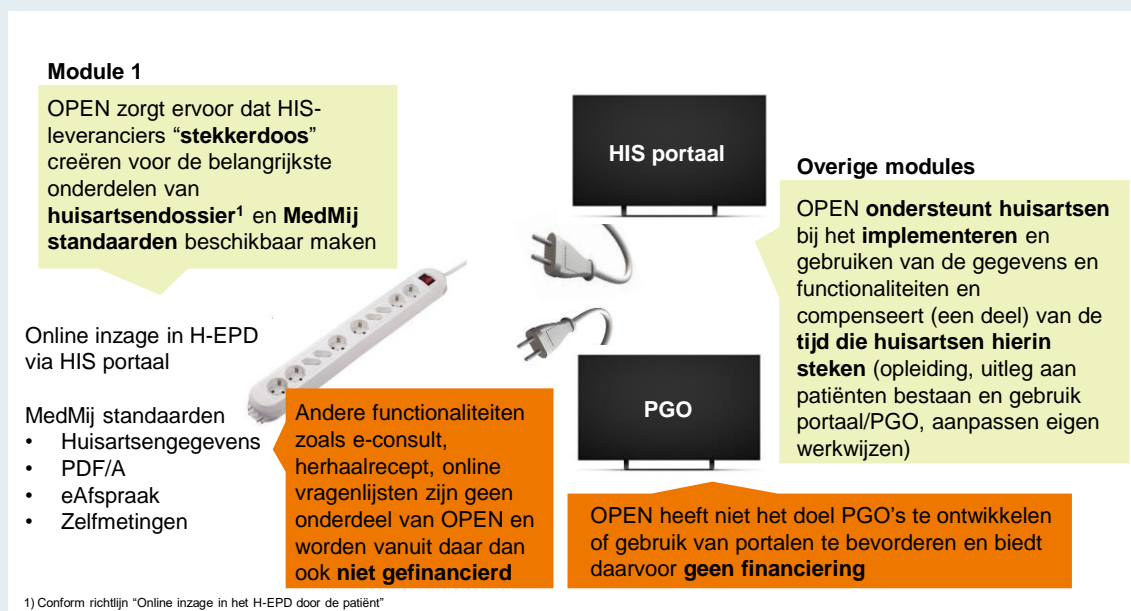
Om de baten te realiseren zijn inspanningen nodig zoals het scholen van huisartsen en ondersteunen van zorgmedewerkers bij het veranderen van processen. De MKBA gaat uit van succesvolle realisatie van de alle plannen die onderdeel zijn van het OPEN-programma.

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. De financiering die OPEN biedt, is een tegemoetkoming in de kosten die huisartsen maken.

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 dezelfde 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 bevorderen van televisie-gebruik.



Figuur 1: Scope OPEN-project

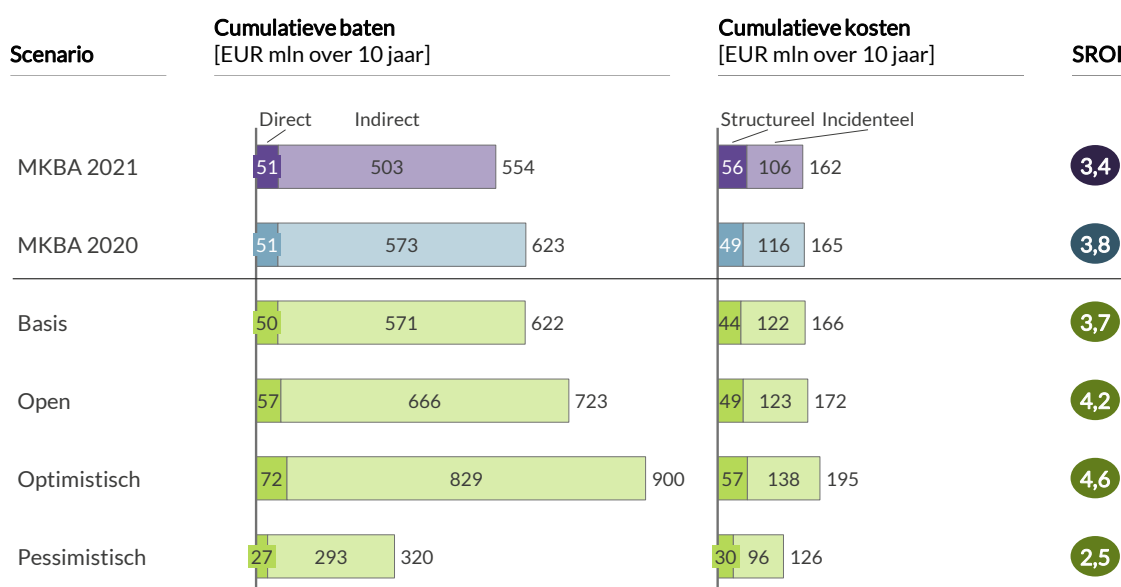
Omdat een patiënt via meerdere wegen inzage kan krijgen in het H-EPD hebben we de kosten voor een portaal niet meegenomen in deze MKBA. Het uitgangspunt dat wij daarbij hanteren is dat we zo zuiver mogelijk kijken naar het geld dat besteed wordt vanuit het OPEN-programma en de effecten daarvan.

2. Uitkomsten van de MKBA

2.1 Samenvatting conclusies

Baten zijn hoger dan kosten; SROI ligt tussen basisscenario en pessimistisch-scenario

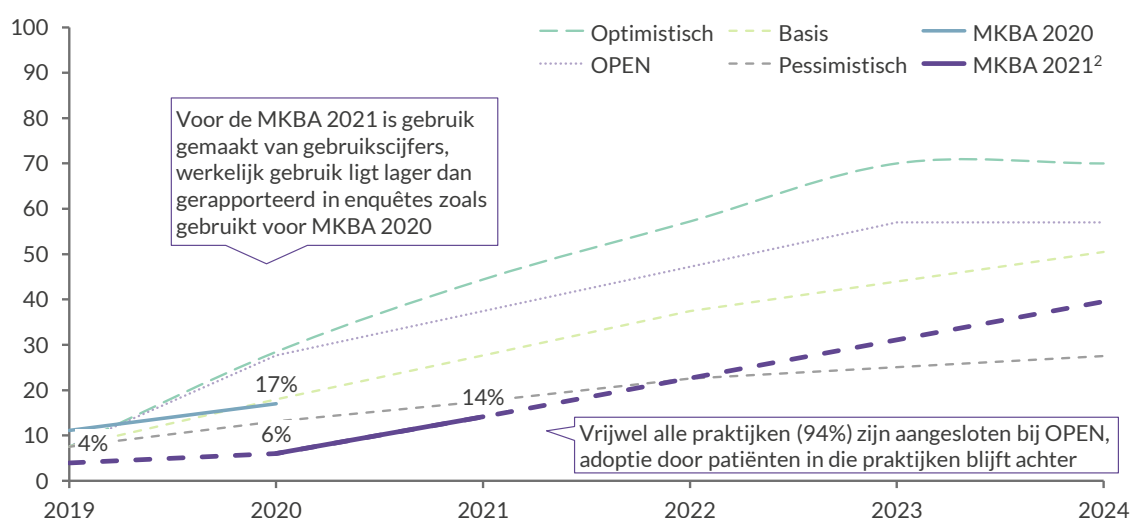
De potentiële baten van OPEN wegen op tegen de kosten. In de MKBA 2021 zijn de baten hoger dan de incidentele investering en structurele kosten: de SROI is 3,4, zie ook Figuur 2. Dit wil zeggen dat elke euro input een maatschappelijke waarde oplevert van 3,40 euro. De huidige SROI ligt daarmee tussen het basisscenario (SROI=3,7) en het pessimistisch scenario (SROI=2,5). De baten liggen lager dan in het basisscenario, doordat het aantal mensen dat gebruik maakt van online inzage achterblijft bij de schatting uit de originele MKBA, zie Figuur 3.



Figuur 2: SROI op basis van laatste actualisatie ten opzichte van de vier scenario's in de originele MKBA

Gebruik van online inzage

[% van totaal aantal zorggebruikers, 2019 - 2024]

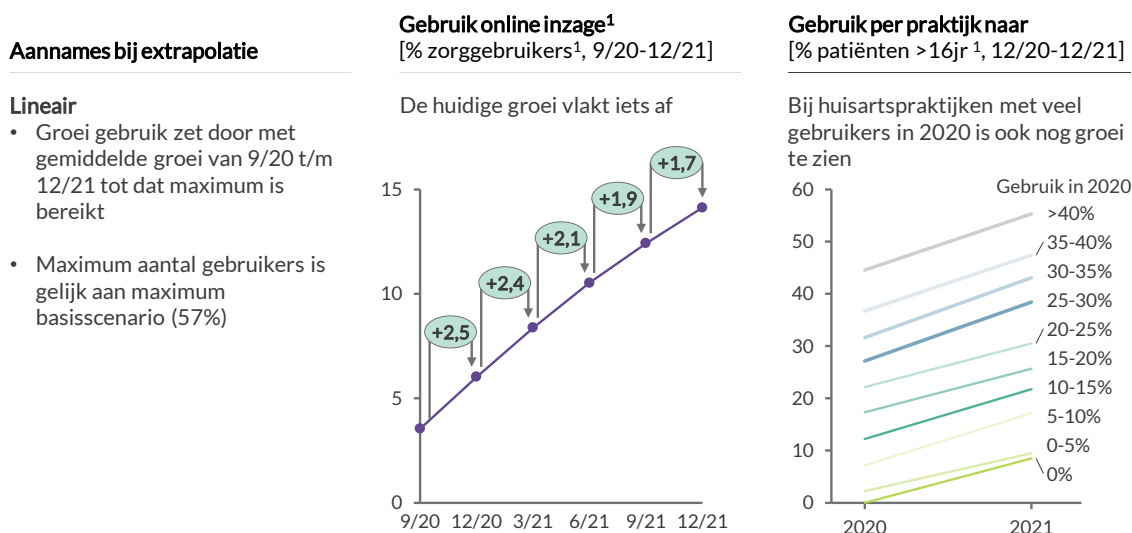


Figuur 3: Gebruik van online inzage in de huisartsenpraktijk

De kosten zijn iets lager dan het basisscenario. Dit is het gevolg van een aantal aanpassingen in de kosten, die elkaar deels opheffen. Ten eerste zijn de kosten voor de tijdsinvestering van zowel zorgverleners als patiënten lager dan in 2019 ingeschat. We verwachten dat Nederlanders jonger dan 16 jaar tot en met 2022 geen gebruik maken van online inzage. Om ouders veilig inzage in het dossier van hun kind te kunnen bieden zijn aanpassingen in DigiD nodig. Patiënten zijn minder tijd kwijt aan het werken met het systeem. Ten tweede zijn de structurele ICT-kosten vanaf 2021 hoger dan verwacht, doordat huisartsen zich geconfronteerd zien met een deel van de kosten voor DVZA³. Aan de andere kant worden kosten niet langer gediscoteerd, en zijn de kosten van begeleiding in de regio hoger dan eerder meegenomen.

Aantal patiënten dat online inzage gebruikt groeit langzamer dan verwacht

Het aantal gebruikers in 2020 en 2021 is lager dan aangenomen in het basisscenario en in de MKBA 2020, ondanks dat vrijwel alle huisartspraktijken (94%) aangesloten zijn op OPEN. De MKBA 2020 is gebaseerd op onderzoek onder zorggebruikers, gerapporteerd in enquêtes. In de MKBA 2021 is voor het eerst gebruik gemaakt van werkelijke gebruiksdata voor heel Nederland, via HIS-leveranciers beschikbaar gesteld aan OPEN, zie ook Figuur 4. In 2020 en 2021 is het gebruik van online inzage zoals blijkt uit de landelijke gebruikscijfers lager, dan gerapporteerd in onderzoek gebaseerd op patiënten-enquêtes.



Figuur 4: Ontwikkeling van het gebruik van online inzage in Nederland, als percentage van het aantal zorggebruikers (mensen met minstens 1 huisartsenconsult) in de bij OPEN aangesloten praktijken.

Kosten gaan voor de baten uit

In de beginfase zijn er direct kosten, terwijl er nog nauwelijks baten zijn. Er is een **incidentele investering** nodig van ongeveer EUR 106 mln, voornamelijk gedreven door de tijdsinvestering van de huisartsen en de patiënten (74%). Daarnaast zijn er incidentele kosten voor de HIS-leveranciers, kosten voor begeleiding van huisartsenpraktijkmedewerkers door de regio en kosten voor het OPEN-programmabureau. Vanaf 2023 bedragen de **structurele kosten** ongeveer EUR 6 tot 9 mln per jaar, voornamelijk gedreven door de tijdsinvestering van de patiënten aan updates en doorontwikkeling van de ICT. ICT-aanpassingen, tijdsinvestering van de zorgverleners en structurele begeleiding van de zorgverleners vormen de rest van de structurele kosten. De **baten** treden later op. In 2021 verwachten

³ De Dienstverlener Zorgaanbieder (DVZA) zorgt dat een huisartseninformatiesysteem (HIS) gegevens kan uitwisselen met een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO). Hiervoor wordt de DVZA deelnemer aan het MedMij-afsprakenstelsel.

we ~EUR 2,8 mln aan baten, oplopend naar ~EUR 6,3 mln in 2029. De baten zijn daarmee flink hoger dan de structurele kosten, wat leidt tot een break-evenpunt in 2024.

Investerings huisartsenpraktijken zijn hoger dan hun directe baten

De cumulatieve kosten van de inspanningen die huisartsenpraktijken leveren zijn groter dan de cumulatieve baten die primair bij hen terecht komen. Van alle baten komt ongeveer 9% bij hen terecht, waarvan ruim 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, optreden bij andere betrokkenen zoals baten in de tweede lijn, voor werkgevers en voor de overheid.

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

Patiënten alleen online inzage geven, levert beperkte baten op. De baten ontstaan als de huisartsengegevens te combineren zijn met online zorgdiensten zoals het maken van afspraken, aanvragen van herhaalrecepten en digitale consulten. De baten die optreden bij gebruik van online diensten bestaan vooral uit tijdswinst bij medewerkers in de huisartsenpraktijk. Door standaardiseerbare processen digitaal af te handelen is tijdswinst mogelijk. 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. En een patiënt die online de E- en P-regel van het laatste huisartsenconsult naleest, zal sneller een eConsult doen bij ontwikkeling van klachten.

Corona heeft effect op gebruik van online inzage en online diensten

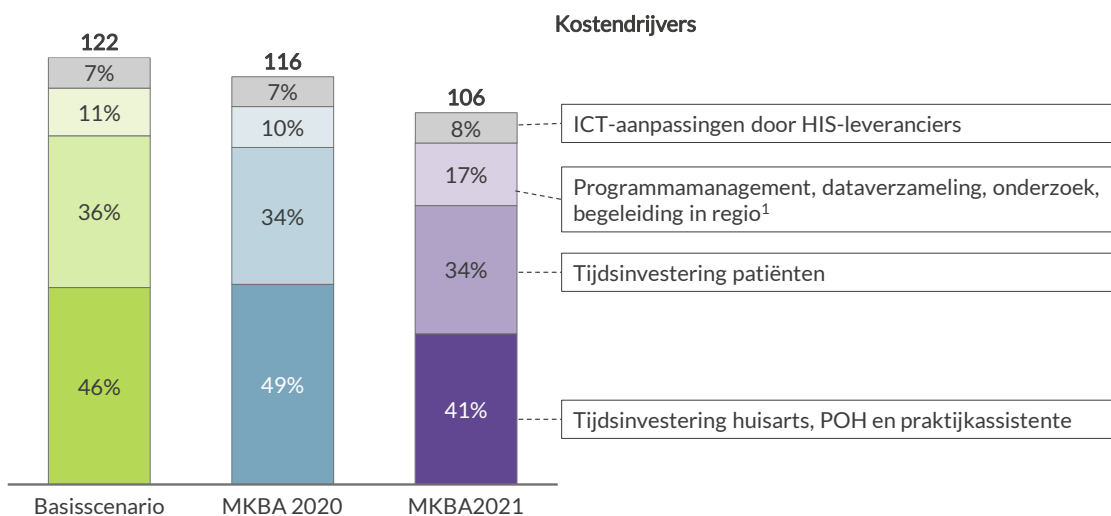
De coronapandemie duurt inmiddels al twee jaar en het is duidelijk dat corona effect heeft op OPEN. Veel Nederlanders hebben tijdens de pandemie kennis gemaakt met digitale zorg; het wordt in snel tempo normaler. We verwachten dat dit de drempel om gebruik te maken van online inzage verlaagt. Corona heeft op het gebruik van online inzage effect in tegengestelde richtingen. Angst voor corona is een belangrijke motivatie voor patiënten om te kiezen voor een videoconsult, dan hoeven ze niet naar de praktijk. Aan de andere kant zijn er ook praktijken (tijdelijk) gestopt met het online afspraken maken, om te voorkomen dat dat patiënten met covid-verdenking op het reguliere spreekuur terecht zouden komen.

2.2 Kosten

Incidentele kosten

Figuur 5 geeft de opbouw van de incidentele kosten van OPEN weer en het verschil ten opzichte van de originele raming en de MKBA 2020. De **uren van de huisarts, praktijkondersteuner (POH) en praktijkassistente** vormen de helft van de totale incidentele kosten. Deze bestaan uit de tijdsbesteding aan scholing, uitleg en instructie geven aan patiënten en het aanpassen van werkwijzen. De tweede kostenpost is de **tijdsinvestering van zorggebruikers**. Dit is de tijd die elke nieuwe gebruiker besteedt aan het bekend raken met het portaal of PGO. Deze tijd bedraagt initieel gemiddeld 23 minuten per nieuwe gebruiker, 7 minuten minder dan geschat in het basisscenario. In de MKBA 2020 is dit bedrag naar beneden bijgesteld, omdat we ervanuit gaan dat verzekerden jonger dan 16 jaar tot en met 2022 nog geen gebruik maken van online inzage. De kosten voor **programmamanagement, dataverzameling, onderzoek en begeleiding in de regio** zijn de derde categorie. De **kosten voor de ICT-aanpassingen** vormen de vierde categorie. Dit betreft 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.

Incidentele kosten OPEN
[EUR mln, totaal over 2019 – 2029]



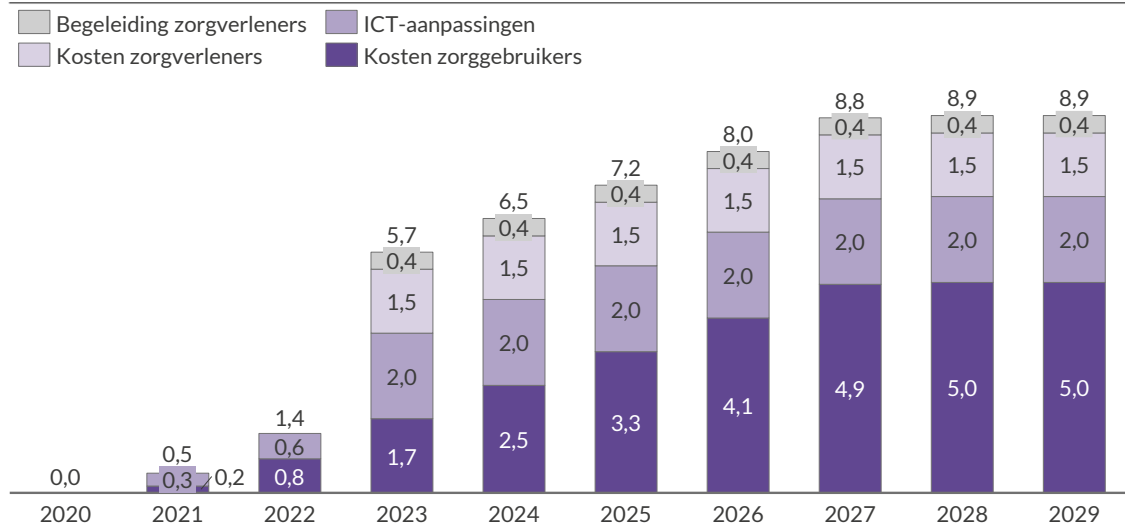
Figuur 5: Overzicht incidentele kosten

Structurele kosten

De totale structurele kosten groeien van EUR 1,1 mln in 2021 naar ongeveer EUR 8,9 mln per jaar. Figuur 6 geeft de opbouw van deze kosten weer volgens de MKBA 2021.⁴ De grootste kostenpost is 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 5,0 mln per jaar. De tweede kostendrijver zijn de kosten van **ICT-aanpassingen**. We verwachten dat de ICT-kosten vanaf 2021 hoger uitvallen dan verwacht, doordat HIS-leveranciers jaarlijks EUR 0,6 mln extra kosten maken voor DZVA-koppeling. De totale structurele ICT-kosten komen daardoor op EUR 2,0 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: EUR 1,5 mln per jaar. De laatste kostendrijver is de structurele **begeleiding van zorgverleners**. Digitalisering vraagt continue aanpassing van werkprocessen, waardoor begeleiding van zorgverleners nodig is bij het omgaan met nieuwe werkwijzen. De kosten voor deze begeleiding zijn met 15% van de jaarlijkse investering tijdens de looptijd van OPEN gelijk aan EUR 0,4 mln per jaar.

⁴ Zie voor een uitsplitsing van de verschillen per kostenpost tussen MKBA 2019, MKBA 2020 en MKBA 2021 de bijbehorende presentatie.

Structurele kosten OPEN
[EUR mln, 2020 – 2029]



Figuur 6: Overzicht structurele kosten

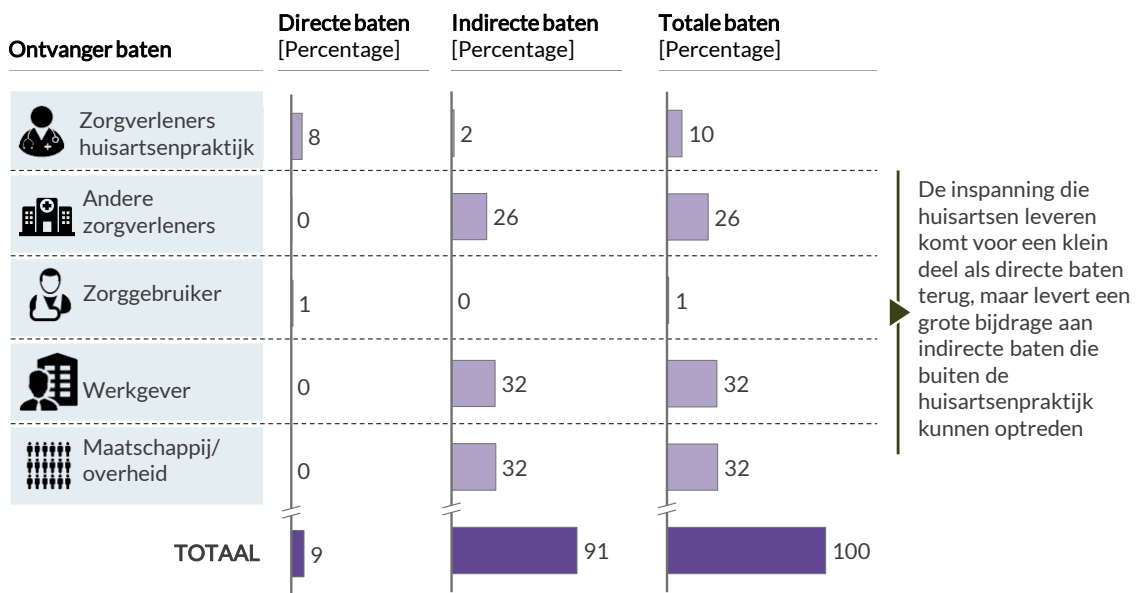
2.3 Baten

Voor het berekenen van de maatschappelijke baten is per stakeholder bepaald wat de directe en indirecte opbrengsten van OPEN zijn. Dat is steeds vergeleken met de uitgangssituatie. Voor de baten van online herhaalrecepten betekent dit dat uitgegaan is van het aanbod online diensten, percentage gebruikers en percentage mensen dat hier gebruik van zou willen maken volgend uit de Nictiz eHealth Monitor 2019.

Niet alle baten zijn volledig 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 91% een indirect gevolg van OPEN, zie Figuur 7. 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. Doordat naar schatting 9% van de totale baten binnen de huisartsenpraktijk valt, is dit slechts een klein deel van de totale maatschappelijke baten.

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



Figuur 7: Overzicht directe en indirecte baten

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. Online inzage in de huisartsgegevens levert relatief weinig baten op. Het levert echter wel een belangrijke bijdrage aan het optreden van baten door andere online zorgdiensten. Het verwachte effect is ongeveer een uur tijdsbesparing per dag per huisartspraktijk op, voornamelijk van de praktijkassistente. Deze tijdsbesparing heeft een totale waarde van EUR 43,2 mln. Dit is als volgt opgebouwd:

- **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 13,5 mln.⁷
- **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 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

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)

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 tijds winst per praktijk per dag voor de huisarts en POH, gelijk aan ~EUR 13,0 mln.

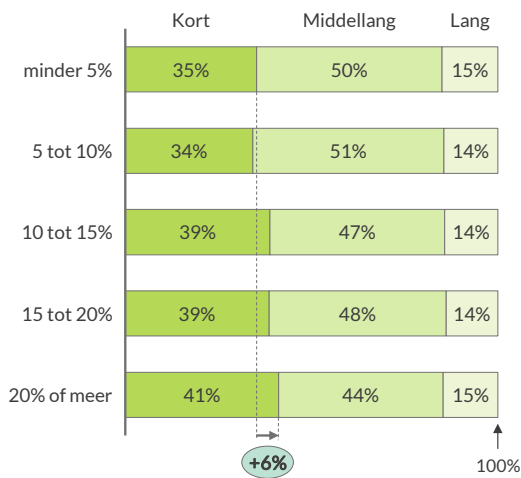
- **Online afspraken maken:** Een deel van de huisartsen biedt de mogelijkheid tot online afspraken maken, maar het grootste deel van de afspraken wordt nog steeds telefonisch ingepland bij de praktijkassistente. Deze telefoontjes duren gemiddeld 3 minuten. Een klein deel van deze afspraken is acuut 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 tijds winst op. Bij realisatie van de verwachte adoptiegraad leidt dit tot 22 minuten tijds besparing per dag voor de praktijkassistente per praktijk (~EUR 13,2 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 3,4 mln.

Een positief effect dat hierin nog niet is meegenomen, omdat het lastig te kwantificeren is, is toename van therapietrouw. De verwachting is dat online inzage in medische gegevens een positieve bijdrage levert aan het begrip van de noodzaak tot medicatie, waardoor patiënten eerder geneigd zijn deze zorgvuldig in te nemen. Hierdoor kunnen onnodige vervolfbezoeken en behandelingen worden voorkomen. Daarnaast leidt het versturen van geautomatiseerde *reminders* van online afspraken de dag voor de afspraak naar verwachting tot een lager percentage *no shows*.

Andere directe baten vallen bij zorggebruikers en andere zorgverleners. 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 6,5 mln. Aanvullend verwachten we minder geneesmiddelen gerelateerde opnames doordat patiënten beter zicht hebben op hun actuele medicatie, wat leidt tot een totale besparing van ~EUR 2,0 mln.

Een eerste verkenning in MKBA 2021 op basis van gegevens over 2020 laat zien dat praktijken waar een groot deel van de patiënten online inzage gebruikt, meer korte consulten en minder middellange consulten hebben, zie ook Figuur 8. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of dit een causaal verband betreft en of deze trend doorzet bij verdere groei van het aantal patiënten dat gebruik maakt van online inzage.

Aandeel verschillende type consulten naar gebruik online inzage op praktijkniveau [%; 2020]



Overwegingen

- Bij praktijken die relatief meer (>20% of meer t.o.v. <5%) gebruikers van online inzage hadden werden 6% meer korte consulten gedaan en 6% minder middellange
- Correlatie betekent geen causaliteit: er zou ook een onderliggende reden kunnen zijn waardoor praktijken met meer online inzage ook meer korte consulten hebben
- Het is niet bekend of de lijn zich doorzet en praktijken die nog meer gebruik maken van online inzage (bijv. > 50%) nog meer kortere consulten hebben
- Om te constateren dat meer online inzage leidt tot structureel minder en kortere consulten, zijn gegevens over langere tijd op praktijkniveau nodig, ondersteund met ervaringen van zorgverleners

Figuur 8: Aandeel verschillende type consulten naar gebruik van online inzage op praktijkniveau. Gegevens gebaseerd op Nivel, OPEN Monitor 2020/2021; en de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn 2019/2020, OPEN

Indirecte baten

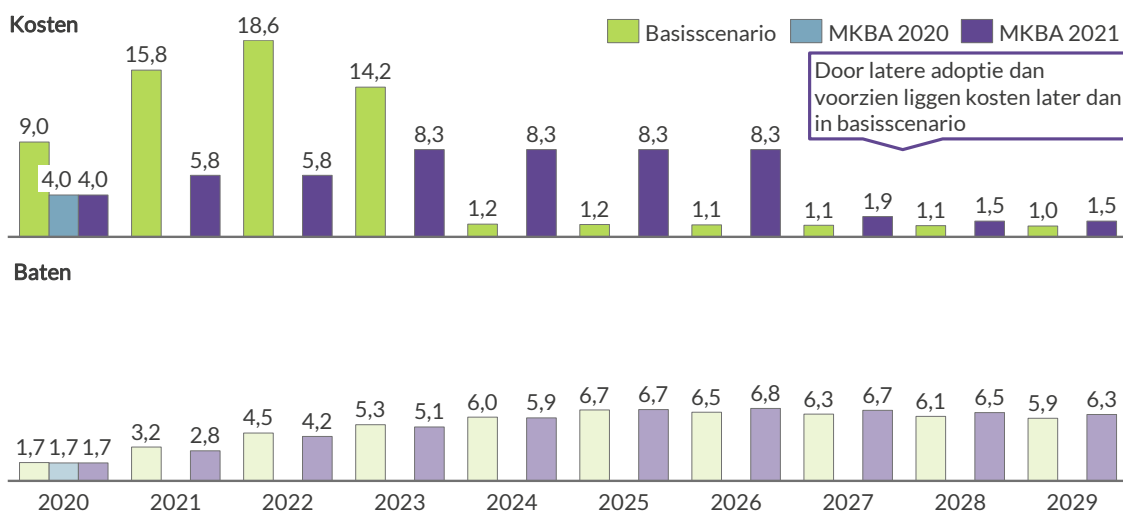
Totale ontsluiting van patiëntgegevens zal leiden tot een bredere toepasbaarheid en maakt het mogelijk dat patiënten meer en makkelijker aan zelfmanagement kunnen doen⁸. Omdat OPEN hier een kleine bijdrage aan levert, beschouwen wij dit als indirecte baten, wat zich vertaalt in een lagere impactfactor (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 35% van de totale baten zijn indirecte baten voor de maatschappij (Figuur 7). 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 van uiteindelijk ~EUR 189 mln. Daarnaast vergroot de zelfredzaamheid van patiënten, waardoor de instroom in de WMO vermindert. Dit leidt tot een besparing die van ~EUR 27 mln. Ongeveer 31% van de totale baten valt bij de werkgevers. Zelfmanagement zorgt voor minder verzuimdagen (~EUR 100 mln) en een hogere arbeidsproductiviteit (~EUR 92 mln). Daarnaast leidt zelfmanagement tot lagere curatieve zorgkosten in de tweede lijn, resulterend in een besparing van ~EUR 155 mln. 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 11 mln.

3. Impact op huisartsenpraktijk

Investerings van huisartsenpraktijken zijn hoger dan directe baten die zij ontvangen, zie ook Figuur 9. 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 8% terecht bij huisartsenpraktijken, waarvan ruim 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.

⁸ Bron: Zelfzorg Ondersteund SROI 2018

Kosten en baten over tijd bij huisartsenpraktijk [EUR mln, 2020 – 2029]



Figuur 9: Verloop van kosten en baten over tijd vanuit perspectief van de huisartsenpraktijk

3.1 Kosten voor de huisartsenpraktijk

De kosten bestaan uit een tijdsinvestering van de huisarts, POH en praktijkassistente. Dit betreft de tijd die zij besteden aan training en scholing over het inzetten van online diensten in de praktijkvoering en het geven van uitleg en instructie aan patiënten. Ook het aanpassen van werkprocessen, zoals dossiervoering, vraagt een tijdsinvestering. Tegenover deze tijdsinvestering staat een subsidie van EUR 2,83 per ingeschreven patiënt. Daarnaast kunnen huisartspraktijken te maken krijgen met extra kosten voor het koppelen van het HIS met PGO's via een DVZA. Wanneer zij aanvullend hebben gekozen voor een patiëntportaal, al dan niet met online diensten, krijgen zij ook te maken met de kosten daarvan.

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 huisartsengegevens, 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, afluisteren 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. Het enige voordeel dat (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 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

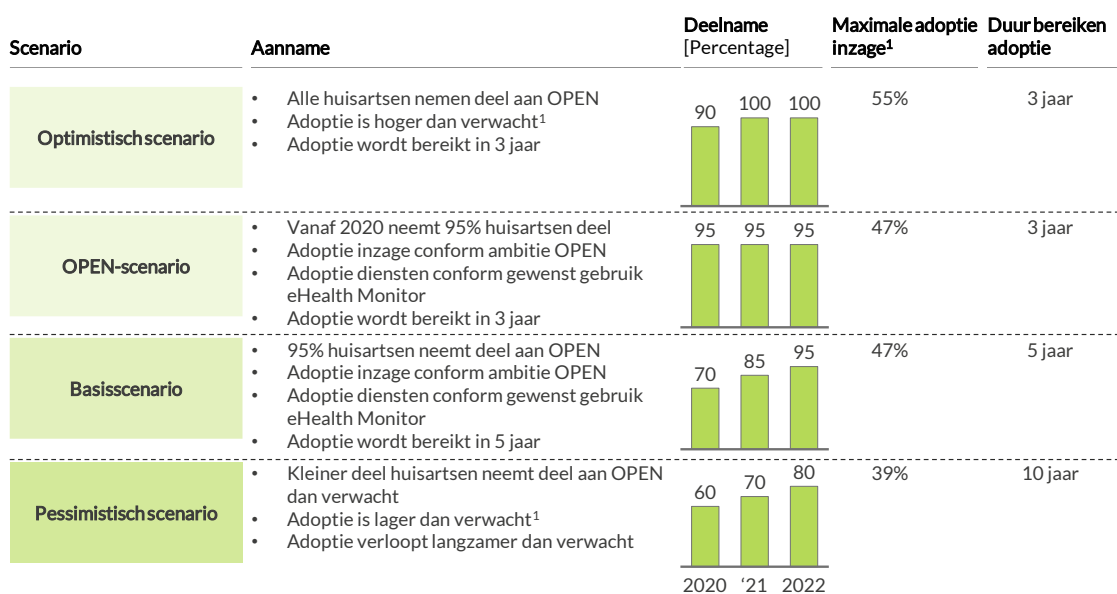
De MKBA is zoveel mogelijk gebaseerd op de algemene leidraad voor MKBA's zoals opgesteld door het Centraal Planbureau (CPB) en Planbureau voor de Leefomgeving.⁹ De werkwijze is hier en daar aangepast aan het specifieke doel van de analyse.

4.1 Vier 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 vier 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 drie jaar, iets optimistischer dan het basisscenario. Figuur 10 geeft de onderzochte scenario's weer.¹⁰

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



Figuur 10: 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 corrigeert een MKBA voor twee effecten: attributie en deadweight. Attributie is het deel van de effecten dat komt door inspanningen van andere partijen. Deadweight is het deel van de effecten dat spontaan is opgetreden. In de OPEN-MKBA differentiëren we 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, zoals minder arbeidsongeschiktheid. Figuur 11 bevat de gebruikte deadweight- en attributiefactoren.

Ontvanger baten	Impactfactor directe baten [Percentage]			Impactfactor indirecte baten [Percentage]		
	Deadweight	Attributie		Deadweight	Attributie	
Zorgverleners huisartsenpraktijk	10%	20%	X 50%	8%	20%	X 40%
Andere zorgverleners	6%	20%	30%	4%	20%	20%
Zorggebruiker	10%	20%	50%	8%	20%	40%
Werkgever	6%	20%	30%	4%	20%	20%
Maatschappij/overheid	6%	20%	30%	4%	20%	20%

Figuur 11: Overzicht deadweight en attributie

4.3 Aannames en onzekerheden

De MKBA is zoveel mogelijk gebaseerd op kengetallen en gepubliceerde resultaten van wetenschappelijk onderzoek door derden. Waar het gaat over de tijdsbesteding binnen de praktijken en de verwachte besparingen daarop, hebben we ons gebaseerd op interviews met meerdere experts. Er is gesproken met 14 huisartsen 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. Speciaal voor de actualisatie in 2020 is de Nivel praktijkenquête 2020/2021 uitgebreid met een vraag over de tijdsbesteding aan uitleg en instructie van patiënten over online inzage. Omdat de baten en daarmee de SROI zo afhankelijk zijn van de adoptiegraad onder patiënten is gewerkt met vier verschillende scenario's. In de actualisatie 2021 is gebruik gemaakt van werkelijk gebruik, wanneer beschikbaar. Zo hebben we gebruik gemaakt van de gebruiksdata van de OPEN Monitor 2020/2021, die voor deze MKBA door Nivel is gekoppeld aan de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn 2019/2020. Daarnaast zijn de programmakosten en subsidies voor begeleiding in de regio gebaseerd op de realisatie en de daadwerkelijk aangevraagde subsidie.

4.4 Discontering

Om de kosten en baten in de toekomst bij elkaar op te tellen verdisconteert een MKBA de baten met een bepaalde disconteringsvoet. Als de totale baten na discontering groter zijn dan de totale kosten, dan is het maatschappelijk rendement van het project groter dan de gehanteerde discontovoet, en stijgt naar verwachting de maatschappelijke welvaart als het project wordt uitgevoerd. De discontovoet in de originele MKBA is gesteld op 3,0%, conform het toen geldende advies van de Werkgroep Discontovoet uit 2015. Omwille van de continuïteit van methode is de discontovoet bij actualisatie niet aangepast, hoewel de Werkgroep Discontovoet sinds 2020 adviseert een discontovoet van 2,25% te hanteren.

Bijlagen

- Bronvermelding
- Geïnterviewde huisartsen
- Werkgroep
- Overige documentatie

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 (rekennorm: 0,59/1000 pat.)	10,100	LHV
Aantal regionale samenwerkingsverbanden	100	Nivel, InEen
Aantal verzekerden \cong inwoners van Nederland	17,200,000	CBS
Aantal verzekerden >16 jaar	14,500,000	CBS
Omvang van de beroepsbevolking (aantal werkenden)	8,400,000	CBS
Aantal burgers Nederland	17,200,000	CBS
Aantal huisartspraktijken in Nederland	4,887	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
Data-adviseur	125	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
- Financiële jaarrapportage 2019 OPEN, versie 0422 2020
- Kosten OPEN programmabureau, LEGIO bureau 2020 en 2021, Verstrekte subsidies HIS leveranciers, versie 01122020 en versie 22012021

- Inschatting FTE begeleiding in de regio's 2020, versie 01122020
- Tijdsinvestering scholing huisartsenpraktijk 2020, versie 22122020
- Tijdsinvestering uitleg huisartsenpraktijk 2020, versie 210113
- Tijdsbesteding patiënten 2020, versie 1207 2020
- Nivel. Voorlopige resultaten van de huisartsenpraktijkenquête 2020/2021 naar de gemiddelde instructie- en uitlegtijd aan patiënten over online inzage in het medisch dossier van de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nivel, 2021.
- OPEN Monitor 2020/2021
- Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn 2019/2020, door Nivel gekoppeld aan OPEN Monitor
- Onderzoek: Online inzien van uw medische gegevens bij de huisarts, Universiteit Maastricht

Baten

- Update kosten-batenanalyse persoonlijke gezondheidsomgeving, Herijking in opdracht van MedMij. Gupta Strategists (2019)
- Het patiëntenportaal, Wat is belangrijk voor patiënten? IQ Healthcare/RadboudUMC (2017)
- Samen aan Zet! eHealth Monitor 2019. Nictiz en het Nivel (2019)
- Receptenverkeer: naar de digitale snelweg? Nivel (2007)
- Vervolgonderzoek Medicatieveiligheid. Nivel (2018)
- Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - TB/REG-19619-02, Versie 1. NZa (2019)
- Online patiëntomgevingen die werken voor iedereen: Ziekenhuisportalen (project 2018), Eindrapportage. Pharos (2019)
- Reed et. al., Patients with complex chronic conditions: Health care use and clinical events associated with access to a patient portal. PlosOne (2019)
- Data en feiten 2019, Het jaar 2018 in cijfers. SFK (2019)
- Van den Bremt et. al., 2006, Hospital admissions related to medication
- Social Return on Investment Analyse Zelfzorg Ondersteund! Update 2018. Vital Health (2019)
- Meurs et al. Nederlandse bevolking overwegend positief over het gebruik van digitale toepassingen in de zorg in coronatijd. Organisatie van zorg op afstand in coronatijd. Nivel (2020) OPEN Monitor 2020/2021

Discontering

- Werkgroep Discontovoet, 2015, Rapport werkgroep discontovoet 2015
- Werkgroep Discontovoet, 2020, Rapport werkgroep discontovoet 2020

Geïnterviewde huisartsen

Bij het opstellen van de MKBA in 2019 zijn interviews afgenomen met de volgende huisartsen:

- 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 Ruiters 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
- Vier huisartsen die niet met naam vermeld wilden worden in dit rapport

Ten behoeve van de actualisaties in 2020 en 2021 zijn geen nieuwe interviews met huisartsen afgenomen.

Werkgroep

De MKBA 2019 is opgesteld in nauwe samenwerking met een werkgroep die bestond uit:

- 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!

De actualisaties in 2020 en 2021 zijn opgesteld in samenwerking met het OPEN-programmabureau, met medewerking van de onderzoekers betrokken bij het door OPEN gestimuleerde wetenschappelijk onderzoek naar online inzage, aangesloten bij de onderzoeksinstituten IQ Healthcare Radboudumc, Caphri Universiteit Maastricht en Nivel.

Overige documentatie

In aanvulling op dit rapport is een presentatie met alle figuren beschikbaar en een infographic.