



Maatschappelijke kosten en baten van ontsluiten patiëntgegevens in de eerste lijn

MKBA 2022

Amsterdam, 22 februari 2022

Inhoudsopgave

1. Context, aanleiding en doel	2
2. Uitkomsten van de MKBA.....	4
2.1 Conclusie: baten zijn hoger dan kosten.....	4
2.2 Duiding bij conclusie	4
2.3 Kosten	6
2.4 Baten.....	8
3. Verdieping - Impact op huisartsenpraktijk.....	13
3.1 Conclusie: kosten zijn hoger dan baten in de huisartsenpraktijk	13
3.2 Kosten in de huisartsenpraktijk	13
3.3 Baten in de huisartsenpraktijk	13
Bijlagen.....	15
1 Methodologie.....	15
2 Bronvermelding	16
3 Werkgroep.....	18
4 Overige documentatie.....	18

Leeswijzer bij dit document

Dit rapport beschrijft de MKBA voor OPEN en de actualisatie die eind 2022 is uitgevoerd. Dit rapport vervangt daarmee het rapport met de MKBA voor OPEN gedateerd op 8 februari 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 in 2022. 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 bronvermelding en overzicht van betrokken personen opgenomen.

1. Context, aanleiding en doel

Aanleiding: grote maatschappelijke investeringen in het mogelijk maken van online inzage

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 zorgorganisaties om patiënten toegang te geven tot hun medische gegevens, zowel via inzage als het verkrijgen van digitale afschriften, waarbij ICT-leveranciers de 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). 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.

Het OPEN-programma is een maatschappelijke investering in het mogelijk maken van online inzage en het krijgen van een digitaal afschrift van medische gegevens. Daartoe investeren ook huisartsen in het aanpassen van hun manier van werken en HIS-leveranciers in het aanpassen van ICT-systemen. Het optreden van (maatschappelijke) baten rechtvaardigt die investeringen. Gezien de omvang van de benodigde investeringen en de verwachting dat de kosten op de ene plek gemaakt worden, terwijl de baten elders 'landen', is een goede maatschappelijke-kosten-batenanalyse (MKBA) belangrijk.

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 om financiële kosten en baten én om maatschappelijke effecten, die in een MKBA worden gemonetariseerd. Een MKBA laat zien wie investeringen moet doen en waar baten optreden: o.a. bij patiënten, huisartspraktijken, andere zorgorganisaties, de overheid, etc.

De MKBA van OPEN is gemaakt in 2019 en tot en met 2022 jaarlijks geactualiseerd

Bij de start van OPEN in 2019 is een MKBA gemaakt. De OPEN-MKBA is volgens tijdens het programma jaarlijks geactualiseerd op basis van op dat moment beschikbare gegevens. Dit rapport bevat de laatste actualisatie die eind 2022 is uitgevoerd. De geprognosticeerde gebruikersaantallen t/m 2022 zijn vervangen door werkelijke gebruiksaantallen. Programma-gerelateerde kosten zijn gebaseerd op realisatie en de financiële waarde van tijdsinzet van patiënten en zorgverleners is gebaseerd op werkelijke gebruikersaantallen. Hierdoor veranderen ook de geprognosticeerde kosten en baten in latere jaren. Tevens is onderzocht in hoeverre er aanwijzingen zijn dat baten (gaan) optreden. In de overige gevallen handhaven we het gebruik van de inschatting van het basisscenario uit de originele MKBA, zie ook bijlage 1 '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 gevolg van online inzage kan zijn het aantal telefoontjes naar de huisarts afneemt. Dit wordt gemonetariseerd door de tijdsbesteding aan het

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

afhandelen van telefoontjes van de praktijkassistente te vermenigvuldigen met een vooraf vastgesteld bedrag per uur. Het is daarmee niet gezegd dat de huisartsenpraktijk daadwerkelijk minder kosten heeft voor de inzet van assistentes.

De geschatte kosten en baten staan los van de financieringswijze van verschillende partijen. Zo kan de OPEN-bijdrage die huisartsen krijgen voor hun tijdsinvestering lager zijn dan de kosten van de 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.

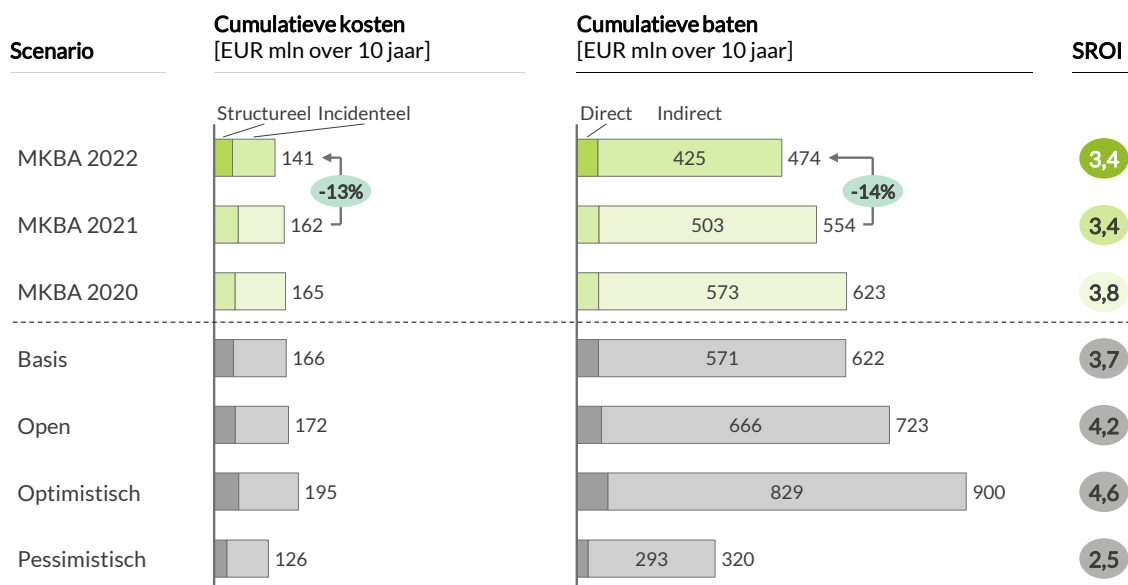
OPEN financiert dus *wél* de ondersteuning en scholing met als doel het vergroten van gebruik van online inzage, maar *niet* de kosten die de huisartsen maken voor de aanvullende digitale zorgdiensten zoals eConsult, eAfspraak en eHerhaalrecept omdat dit niet het doel van het OPEN-programma is. Ook eventuele abonnementskosten van een huisarts voor online zorgdiensten vallen buiten de scope van OPEN. De financiering die OPEN biedt, is een tegemoetkoming in de kosten die huisartsen maken.

Voor de MKBA is als uitgangspunt genomen zo zuiver mogelijk te kijken naar het geld dat besteed wordt vanuit het OPEN-programma en de effecten daarvan.

2. Uitkomsten van de MKBA

2.1 Conclusie: baten zijn hoger dan kosten

De verwachte baten van OPEN wegen op tegen de verwachte kosten. In de MKBA 2022 zijn de baten hoger dan de incidentele investering en structurele kosten: de SROI is 3,4 (zie Figuur 1). 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).



Figuur 1: SROI op basis van laatste actualisatie ten opzichte van de vier scenario's in de originele MKBA

2.2 Duiding bij conclusie

Aantal patiënten dat online inzage gebruikt groeit langzamer dan verwacht

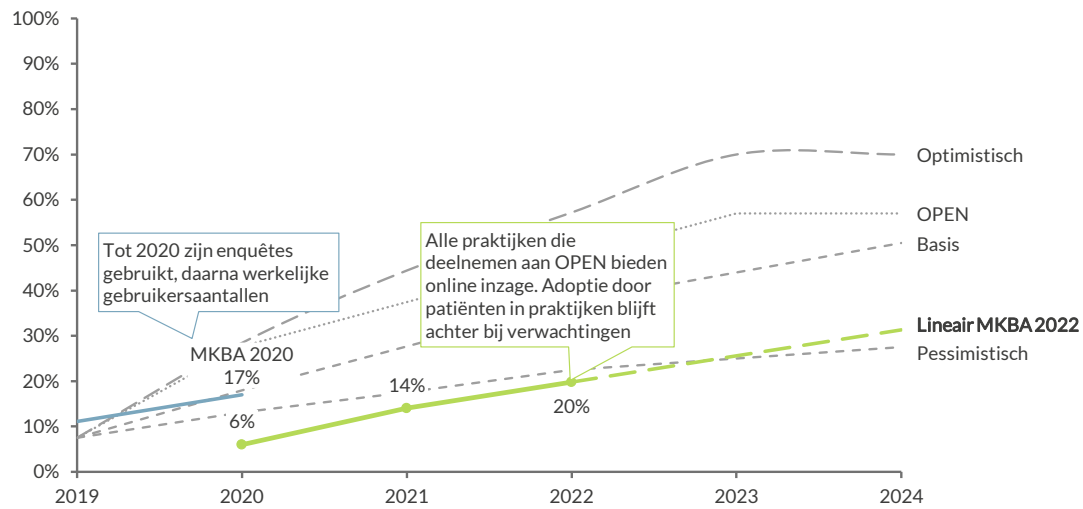
De baten van online inzage liggen lager dan in het basisscenario, omdat in 2022 minder mensen gebruik maken van online inzage dan in 2019 verwacht, zie Figuur 2.

Het aantal gebruikers is afgelopen jaren langzamer gegroeid dan gedacht, ondanks dat bijna alle huisartspraktijken aangesloten zijn op OPEN. Inmiddels maakt 20% van de op naam in geschreven patiënten van 16 jaar en ouder gebruik van online inzage, op basis van werkelijke gebruiksdata voor heel Nederland, via HIS-leveranciers beschikbaar gesteld aan OPEN, zie ook Figuur 3 (links). De toename in aantal gebruikers is sinds eind 2020 vrij stabiel rond de 2%-punt per kwartaal.

In 2020 verschilde het gebruik van online inzage tussen praktijken en die verschillen zijn er in 2022 nog steeds. Gebruik van online inzage groeide bij alle groepen praktijken, of ze nu veel of weinig inzage hadden in 2020, zie Figuur 3 (rechts). We zien dat praktijken die in 2020 koplopers waren in online inzage niet verder uitlopen en dat praktijken die achterliepen in 2020 hun achterstand niet inlopen.

Gebruik van online inzage

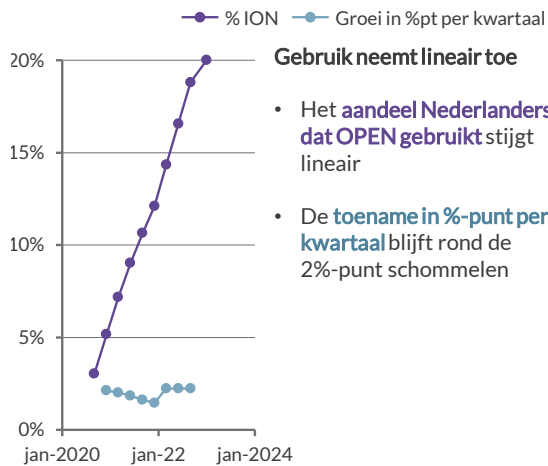
[% van totaal aantal zorggebruikers¹, 2019 – 2024]



Figuur 2: Gebruik van online inzage in de huisartsenpraktijk

Gebruik OPEN

[% ION 16+¹, 9/20-12/22]

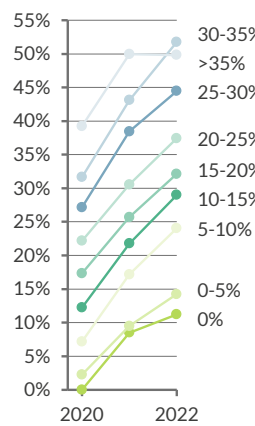


Gebruik neemt lineair toe

- Het **aandeel Nederlanders dat OPEN gebruikt** stijgt lineair
- De **toename in %-punt per kwartaal** blijft rond de 2%-punt schommelen

Groei gebruik '22 t.o.v. gebruik '20

[% ION16+, 12/20-12/22]



Toename van gebruik bij alle groepen praktijken zichtbaar

- Praktijken zijn o.b.v. %-gebruik in 2020 ingedeeld in groepen (0%, 0-5%, ..., >35%)
- Per groep is in 2021 en 2022 het gemiddelde gebruik berekend
- Alle groepen praktijken zien een vergelijkbare stijging in deze jaren
- Achterblijvers lopen dus niet in en koplopers lopen niet verder uit

Figuur 3: Ontwikkeling van het gebruik van online inzage in de huisartsenpraktijk over tijd.

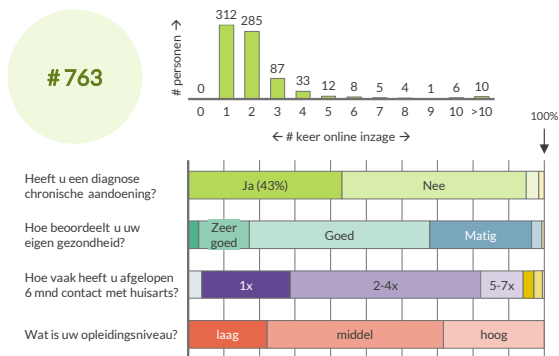
Corona had effect op gebruik van onlinediensten en heeft mogelijk drempel voor online inzage verlaagd

Veel Nederlanders hebben tijdens de coronapandemie kennis gemaakt met digitale zorgdiensten. Angst voor corona motiveerde patiënten om te kiezen voor een e-consult, dan hoefden ze niet naar de praktijk. Aan de andere kant zijn er ook praktijken (tijdelijk) gestopt met online afspraken maken, om te voorkomen dat covid-patiënten op het reguliere spreekuur terecht zouden komen. De vraag is in welke mate praktijken met het loslaten van de coronamaatregelen weer teruggrepen op traditionele processen. Wij verwachten dat het normaliseren van onlinediensten tijdens corona de drempel om gebruik te maken van online inzage verlaagd heeft.

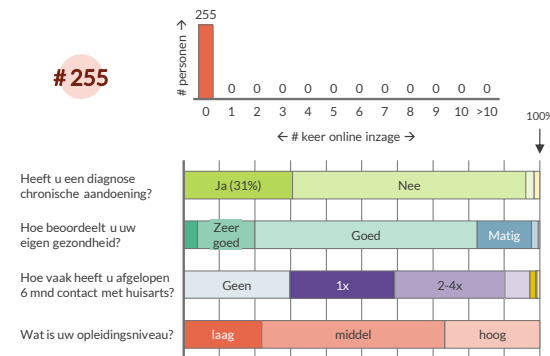
Eerste aanwijzingen dat online inzage wordt gebruikt door mensen waarbij baten te verwachten zijn

Om via gebruik van online inzage en online diensten gezondheidswinst te realiseren is het van belang dat gebruikers een chronische ziekte hebben of frequent zorg gebruiken. In die gevallen is het waarschijnlijker dat ontwikkeling van beter ziekte-inzicht en gezondheidsvaardigheden bijdraagt aan het voorkomen van zorggebruik en het verminderen van verzuim. In 2022 zijn voor het eerst gegevens beschikbaar over de groep mensen die online inzage recent heeft gebruikt, zie Figuur 4². Mensen die online inzage gebruiken rapporteren iets vaker een chronische ziekte (43% versus 31%), iets vaker een matige gezondheid en iets meer huisartsenbezoeken.

WEL gegevens online bekeken in afgelopen 6 maanden [(aantal personen in onderzoek), 2022]



GEEN gegevens online bekeken in afgelopen 6 maanden [(aantal personen in onderzoek), 2022]



Patiënten die de afgelopen zes maanden online gegevens hebben bekeken...

- ... hebben vaker een chronische diagnose (43% vs. 31%)
- ... beoordelen de eigen gezondheid vaker 'matig'
- ... hebben vaker contact met de huisarts of huisartsenpraktijk
- ... hebben een vergelijkbaar opleidingsniveau

... dan/als patiënten die geen online inzage hebben gehad.

Figuur 4: Vergelijking kenmerken van mensen die recent online inzake gebruikten en mensen die dat niet deden

2.3 Kosten

Definities

Aan de kostenkant van de MBKA kijken we zowel naar werkelijke uitgaven, zoals de kosten van het OPEN-programmabureau, als naar de tijdsbesteding van partijen. Om deze bij elkaar op te tellen, is tijd omgerekend naar geld. Daarbij is het goed mogelijk dat als de tijd niet besteed was aan online inzage, de 'kosten' toch gemaakt zouden zijn.

We maken onderscheid tussen incidentele en structurele kosten. De incidentele kosten zijn eenmalige kosten, gekoppeld aan het (voorbereiden van) het eerste gebruik van online inzage. We nemen aan dat na afloop van het OPEN-programma, dus vanaf 2023, geen incidentele kosten meer gemaakt worden. De structurele kosten zijn jaarlijks terugkerende kosten, gekoppeld aan het gebruik van online inzage. Zorggebruikers en zorgverleners die al in 2020-2021 gebruik maken van online inzage, maken al structurele kosten tijdens de looptijd van het OPEN-programma. In andere kostencategorieën gaan we ervanuit dat structurele kosten pas optreden vanaf 2023.

² Bron: R.R.L.C. Thielmann, R. Crutzen, C. Hoving, J.W.L. Cals, [Wave 2] Patient perspective on online access to medical data in GP settings, <http://osf.io/8ezyu>, 2021, analyse Gupta Strategists

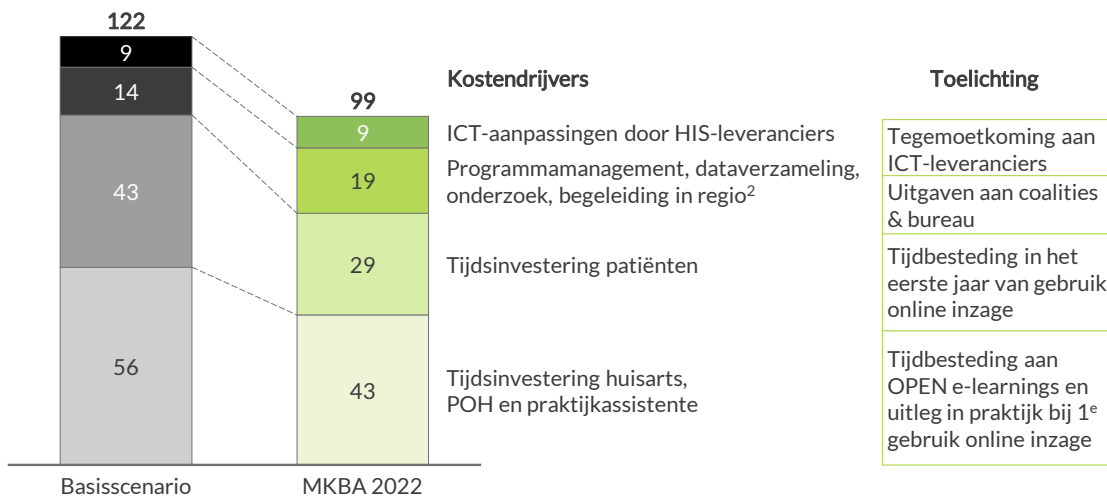
Kosten zijn niet geïndexeerd. Dit vinden we niet passend, omdat een deel van de kosten zijn geen werkelijke uitgaven betreft, zoals de tijd van zorggebruikers.

Incidentele kosten

Figuur 5 geeft de opbouw van de incidentele kosten weer en het verschil ten opzichte van de originele raming. De tijdsbesteding van zorgverleners vormt de helft van de totale incidentele kosten. Deze bestaan uit de initiële scholingen via e-learning en de uitleg en instructie aan patiënten die voor de eerste keer gebruik maken van online inzage. 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. 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 tegemoetkoming in de kosten die ICT-leveranciers maken voor het aanpassen van hun 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 mln¹, totaal over 2019 – 2029]

1) Betreft best mogelijke inschatting van kosten per post, onafhankelijk van door wie die kosten betaald worden.
2) Inclusief subsidie voor de regio, volgens opgave DUS-1.
Bron: analyse Gupta Strategists



Figuur 5: Overzicht incidentele kosten

Structurele kosten

Figuur 6 geeft de opbouw van de structurele kosten weer en verandering daarin over tijd. De totale structurele kosten groeien naar ongeveer EUR 6,9 mln per jaar in 2029.

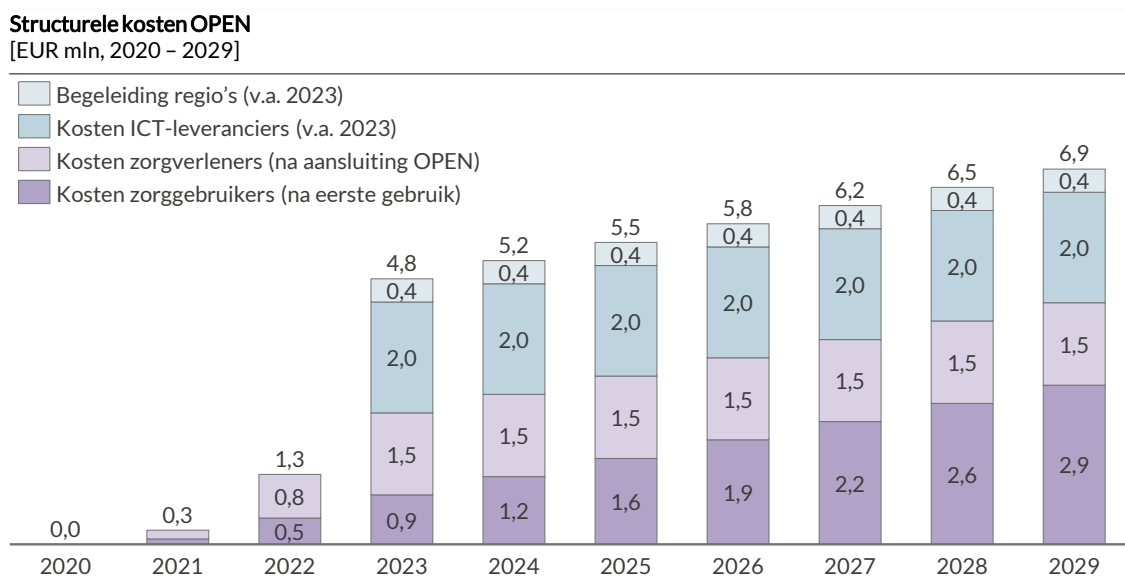
De structurele tijdsbesteding van zorgverleners is geschat op 10% van de incidentele tijdsinvestering. Dit omvat o.a. de implementatie van nieuwe richtlijnen, het aanpassen van werkwijzen, scholing van nieuw personeel, en het op weg helpen van nieuwe gebruikers, omdat nog niet alle patiënten online inzage gebruiken. Inmiddels is ook gebleken dat online inzage sommige huisartsen dwingt tot nauwkeuriger dossiervoering dan voorheen en dit ook tijd kost. De kosten groeien beperkt mee met het aantal gebruikers.

De structurele tijdsbesteding van de zorggebruikers gaat uit van jaarlijks gebruik van online inzage en het uitvoeren en begrijpen van ICT-updates. Tijdens de looptijd van OPEN gaan we ervanuit dat deze kosten optreden na het eerste jaar dat patiënten gebruik maken van online inzage. Vanaf 2023 gaan we ervanuit dat er geen verschil in tijdsbesteding meer is tussen gebruik in het eerste jaar en latere jaren,

vanwege toename in gebruiksgemak ICT over tijd. De kosten van zorggebruikers groeien 1-op-1 mee met het aantal gebruikers.

We gaan er vanuit dat structureel kosten gemaakt worden voor ICT-aanpassingen, waarbij onzeker is in hoeverre deze kosten worden doorberekend aan huisartsenpraktijken. Deze kosten zijn geschat op 20% van de initiële investering van HIS-leveranciers (tijdens het OPEN-programma).

We nemen aan dat structureel kosten nodig blijven voor begeleiding van zorgverleners in de regionale coalities, waarbij onzeker is in hoeverre deze kosten worden doorberekend aan huisartsenpraktijken. Digitalisering vraagt continue aanpassing van werkprocessen, waarbij regionale begeleiding wenselijk is. De kosten voor deze begeleiding zijn geschat op 15% van de jaarlijkse investering tijdens de looptijd van OPEN.



Figuur 6: Overzicht structurele kosten

2.4 Baten

Definities

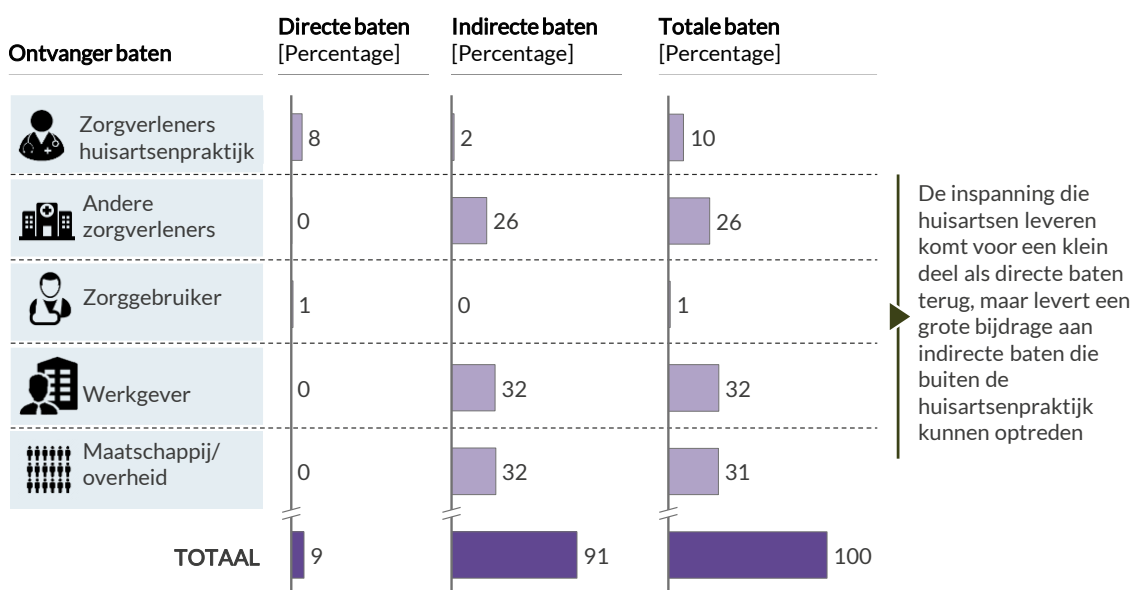
Aan de batenkant van de MBKA kijken we naar tijdsbesparing en het voorkomen van zorg, verzuim en arbeidsongeschiktheid. Om deze bij elkaar op te tellen, zijn ze omgerekend naar geld. Daarbij is het goed mogelijk dat baten in praktijk lastig te verzilveren zijn.

We maken onderscheid tussen directe en indirecte baten. Per partij is bepaald wat directe en indirecte baten zijn en die zijn vergeleken met de uitgangssituatie. Directe baten volgen rechtstreeks uit het gebruik van online inzage. Indirecte baten hangen samen met het gebruik van online inzage.

Veel baten zijn niet volledig toe te schrijven aan OPEN. Daarom is een correctie uitgevoerd voor het deel dat toe te schrijven is aan de inspanningen van anderen (*attributie*) en de kans dat dit effect spontaan optreedt (*deadweight*).³

³ Zie bijlage 1 Methodologie, paragraaf Impactfactor voor een uitwerking van de gebruikte deadweight- en attributiefactoren

Baten zijn verdisconteerd, waarbij is gerekend met een discontovoet van 3%. Op deze manier houden we rekening met het gegeven dat baten in de (verre) toekomst minder waard zijn dan baten op korte termijn, vanwege de grotere mate van onzekerheid of ze werkelijk optreden.



Figuur 7: Overzicht directe en indirecte baten (initiële inschatting)

Directe baten

Van de totale baten bestaat 9% uit directe baten, zie Figuur 7. De directe baten vallen vooral binnen de huisartsenpraktijk. Deze baten zijn gedreven door tijdswinst bij de praktijkassistente. Online inzage levert relatief weinig directe baten op, maar 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 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 adoptiegraad⁴ 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.⁵
- **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

⁴ 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

⁵ Alle gemonetariseerde baten zijn inclusief de impactfactor van 10% (zie paragraaf 4.2 voor een overzicht van de gebruikte impactfactoren)

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 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. We verwachten 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. Aanvullend verwachten we minder geneesmiddelen gerelateerde opnames doordat patiënten beter zicht hebben op hun actuele medicatie.

Indirecte baten

Van de totale baten bestaat 91% uit indirecte baten, zie Figuur 7. De hypothese is dat brede ontsluiting van zorggegevens zal leiden tot meer zelfmanagement en bredere toepasbaarheid onder zorggebruikers.⁶ Dit levert maatschappelijke baten op zoals minder ziekenhuisopnamen, lager ziekteverzuim en minder arbeidsongeschiktheid. Omdat OPEN hier een kleine bijdrage aan levert, beschouwen wij dit als indirecte baten.

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 32%

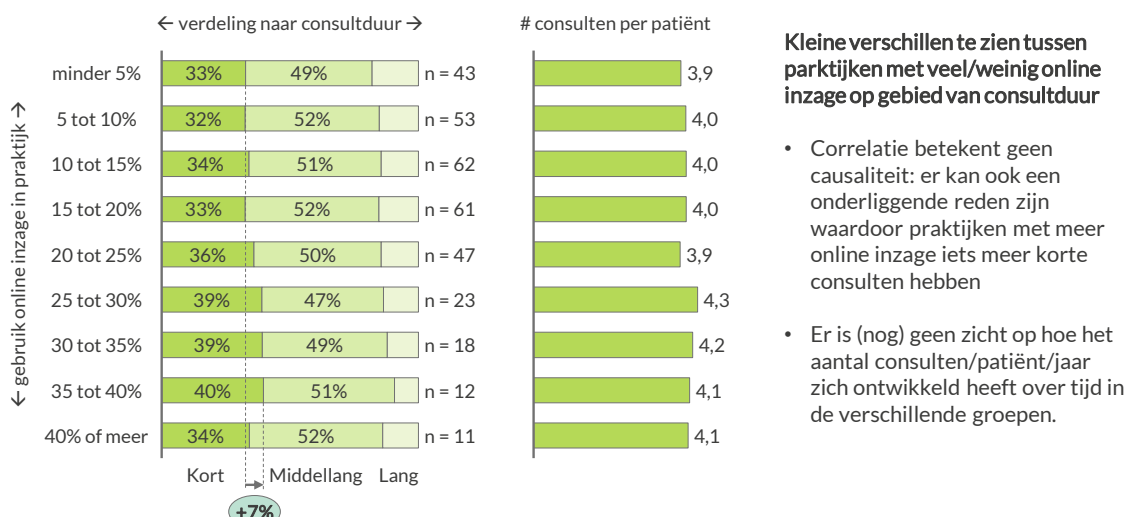
⁶ Bron: Zelfzorg Ondersteund SROI 2018

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. Een klein deel van de indirecte baten valt binnen de huisartsenpraktijk: er zijn minder consulten nodig voor patiënten die aan zelfmanagement doen.

Een verkenning in MKBA 2022 op basis van gegevens over consulten in 2021 toont kleine verschillen tussen praktijken die veel/weinig online inzage hebben op het gebied van consultduur, zie Figuur 8. Mogelijk hebben praktijken waar een groot deel van de patiënten online inzage gebruikt, meer korte consulten en minder middellange consulten. Er is echter (nog) geen bewijs dat korte consulten een deel van de middellange consulten vervangen in deze praktijken. Het is ook mogelijk dat online inzage geleid heeft tot toename van het aantal korte consulten in deze praktijken, terwijl het aantal middellange consulten gelijk is gebleven, waardoor de verhouding is veranderd. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen in hoeverre het gemiddeld aantal consulten/patiënt/jaar ontwikkeld over tijd, naarmate meer ingeschreven patiënten in een praktijk gebruik maken van online inzage.

De perceptie van huisartsenpraktijken is dat consultduur niet afneemt als gevolg van online inzage. Uit de Nivel praktijkenquête blijkt dat ongeveer de helft van de praktijken (41% tot 57%) geen verandering ervaart in de duur van consulten, zie Figuur 9. Een deel van de praktijken ervaart een toename van de consultduur. Dit varieert van 5% van de praktijken die een toename ervaren in de duur van videoconsulten tot 38% van de praktijken die een toename ervaren in de duur van e-consulten.

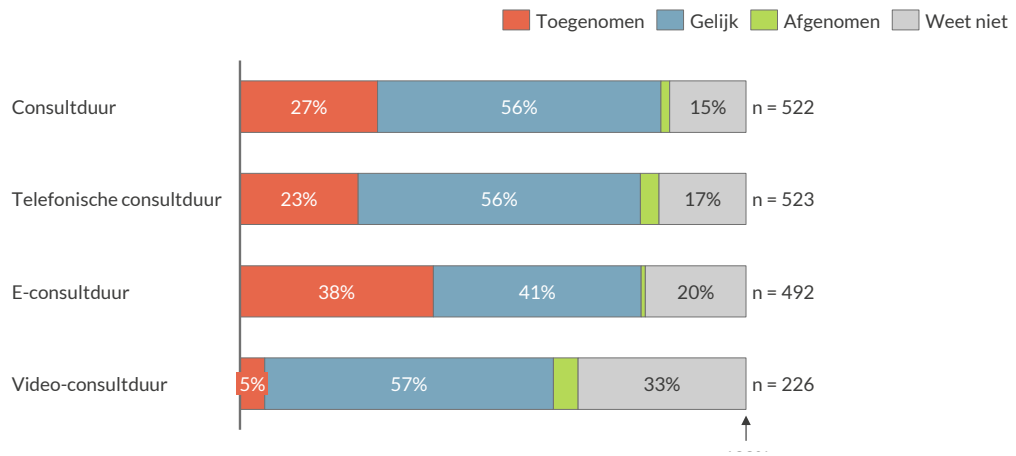
Aandeel van verschillende type consulten naar gebruik online inzage op praktijkniveau
[% , n = aantal praktijken, 2021]



Figuur 8: Aandeel verschillende type consulten naar gebruik van online inzage op praktijkniveau. Gegevens gebaseerd op Nivel, OPEN Monitor 2020/2021/2022; en de Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn 2019/2020/2021

Veranderingen in werkbelasting praktijk, zoals gerapporteerd door de huisartsenpraktijk [% van aantal praktijken, n= aantal praktijken, 2022]

Tot welke veranderingen in de werkbelasting van uw praktijk heeft online inzage geleid, sinds de implementatie van online inzage in uw praktijk?



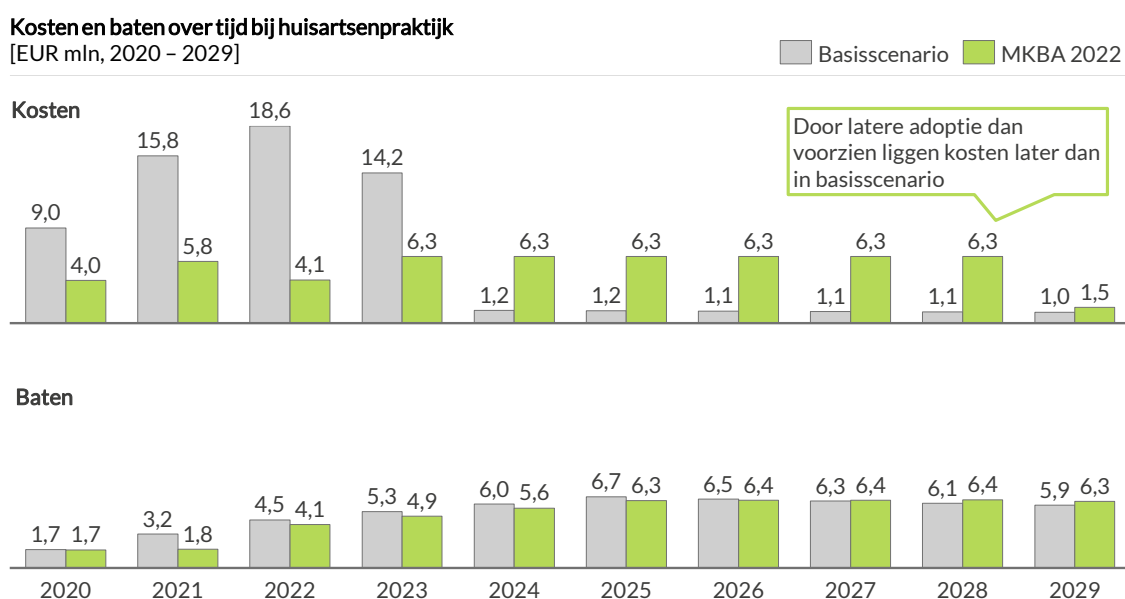
Figuur 9: Effecten van online inzage op werkbelasting in de huisartsenpraktijk, zoals gerapporteerd door de huisartsenpraktijk. Gegevens gebaseerd op Nivel huisartsenpraktijkenquête 2022, analyse door Gupta Strategists.

3. Verdieping - Impact op huisartsenpraktijk

3.1 Conclusie: kosten zijn hoger dan baten in de huisartsenpraktijk

Om een beeld te krijgen van de mate waarin kosten en baten in de huisartsenpraktijk tegen elkaar opwegen, zijn incidentele en structurele kosten van zorgverleners bij elkaar opgeteld en afgezet tegen de directe baten in de huisartsenpraktijk.

De kosten van huisartsenpraktijken zijn hoger dan directe baten die zij ontvangen, zie Figuur 10. De inspanningen van huisartsenpraktijken 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 zorgverzekeraars, werkgevers en overheid.



Figuur 10: Verloop van kosten en baten over tijd vanuit perspectief van de huisartsenpraktijk

3.2 Kosten in de huisartsenpraktijk

De kosten voor huisartsenpraktijken bestaan uit o.a. de tijdsbesteding van de huisarts, POH en praktijkassistente. Dit betreft de tijd die zij besteden aan scholing, het geven van uitleg en instructie aan patiënten en het aanpassen van werkprocessen, zoals dossiervoering. 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 onlinediensten, krijgen zij ook te maken met de kosten daarvan.

Tegenover kosten van huisartsenpraktijken staat een tegemoetkoming per ingeschreven patiënt. Er is niet onderzocht in hoeverre deze tegemoetkoming kostendekkend is op praktijkniveau.

3.3 Baten in de huisartsenpraktijk

Van alle baten komt 10% terecht bij huisartsenpraktijken, waarvan 80% als directe baten, zie Figuur 7. Online inzage levert een belangrijke bijdrage aan het optreden van directe baten door andere onlinediensten. Door processen digitaal af te handelen die anders voornamelijk door de

praktijkassistente worden uitgevoerd (bijv. beantwoorden telefoon, afluisteren receptenbandje, inboeken van afspraken), treedt tijdwinst op. Het verwachte effect is ongeveer een uur tijdsbesparing per dag per huisartspraktijk, voornamelijk van de praktijkassistente

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. 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 dit o.a.:

- **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.

Bijlagen

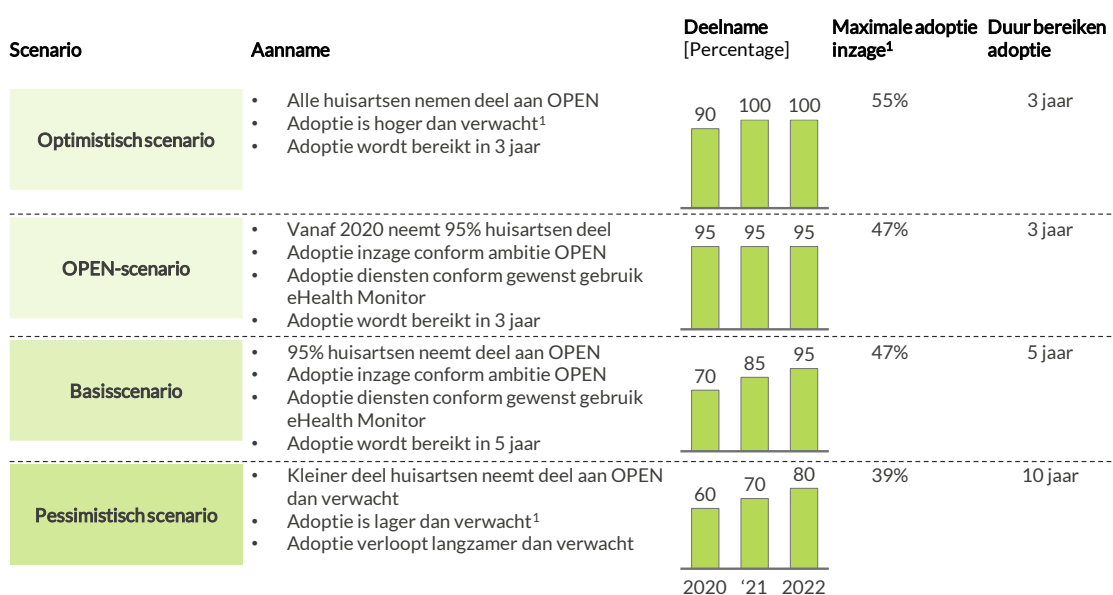
1| Methodologie

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.⁷ De werkwijze is hier en daar aangepast aan het specifieke doel van de analyse.

Vier scenario's

Bij de initiële MKBA zijn vier scenario's berekend. De scenario's zijn niet aangepast over tijd. In de monitoring tijdens de looptijd van OPEN is de geactualiseerde SROI berekend en geplot ten opzichte van de originele scenario's.

De kosten en baten van OPEN zijn afhankelijk van het aantal deelnemende huisartsenpraktijken en de adoptiegraad onder patiënten. Om gevoeligheid van de uitkomst van de MKBA te tonen, zijn 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. Figuur 11 geeft de belangrijkste aannames in de vier scenario's weer.⁸



Figuur 11: Overzicht scenario's t.b.v. de gevoeligheidsanalyse






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,

⁷ Romijn, G. en Renes, G. (2013) Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse, Den Haag: CPB/PBL

⁸ Genoemde deelnamepercentages betreffen deelname aan module 1. Aanname is dat deelname aan module 2 t/m 5 mee schaaft 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

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 12 bevat de gebruikte deadweight- en attributiefactoren. Er was geen aanleiding om deze te actualiseren tijdens het OPEN-programma.

Ontvanger baten	Impactfactor directe baten [Percentage]			Impactfactor indirecte baten [Percentage]		
	Deadweight ¹	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 12: Overzicht deadweight en attributie

2| Bronvermelding

De MKBA is zoveel mogelijk gebaseerd op kengetallen en gepubliceerde resultaten van wetenschappelijk onderzoek door derden.

Aantal gebruikers

In vier scenario's uit de initiële MKBA is zijn schattingen gemaakt van het verwacht gebruik, zowel van het percentage deelnemende praktijken, als van het aantal op naam ingeschreven patiënten dat gebruik maakt van online inzage. In de actualisatie van de MKBA zijn werkelijke gebruikscijfers tot en met 31 december 2022 verwerkt, op basis van gegevens uit de OPEN Monitor 2020/2021/2022.

Kosten

De kosten in de initiële MKBA zijn gebaseerd op de OPEN-programmabegroting, wetenschappelijke literatuur en inschattingen van experts. In de actualisatie van de MKBA zijn gerealiseerde kosten gebruikt. De kosten van begeleiding in de regio zijn gebaseerd op de realisatie en de daadwerkelijk aangevraagde subsidies.

- 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 en 2022
- 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 2020/2021/2022 naar de gemiddelde instructie- en uitlegtijd aan patiënten over online inzage in het medisch dossier van de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nivel, 2021, 2022.

Baten

De baten in de initiële MKBA zijn gebaseerd op wetenschappelijke literatuur en inschattingen van experts. In de actualisatie van de MKBA zijn gegevens uit de OPEN Monitor gekoppeld aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, om een indruk te krijgen van kenmerken van praktijken met een hoog percentage online inzage. Zo is verkend of er aanwijzingen zijn dat de consultduur in die praktijken anders is. Tevens is met behulp van gegevens uit onderzoek van CAPRI verkend hoe waarschijnlijk het is dat de patiënten die nu online inzage gebruiken behoren tot de doelgroep waarbij door gebruik maatschappelijke baten ontstaan.

- 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 Breemt 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)
- Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn 2019/2020/2021, door Nivel gekoppeld aan OPEN Monitor
- R.R.L.C. Thielmann, R. Crutzen, C. Hoving, J.W.L. Cals, [Wave 2] Patient perspective on online access to medical data in GP settings, <http://osf.io/8ezyu>, 2021

Tijdsbesteding in huisartsenpraktijken

De tijdsbesteding binnen de praktijken en de verwachte besparingen daarop, zijn gebaseerd op interviews met meerdere experts. Bij het opstellen van de MKBA in 2019 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. Het betreft:

- | | |
|--------------------------|---|
| • 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 Rooter | 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

Voor de actualisatie is de Nivel praktijkenquête 2020/2021/2022 uitgebreid met een vraag over de tijdsbesteding aan uitleg en instructie van patiënten over online inzage. Bij de actualisaties zijn geen nieuwe interviews met huisartsen afgenomen.

3| Werkgroep

De initiële MKBA 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 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.

4| Overige documentatie

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