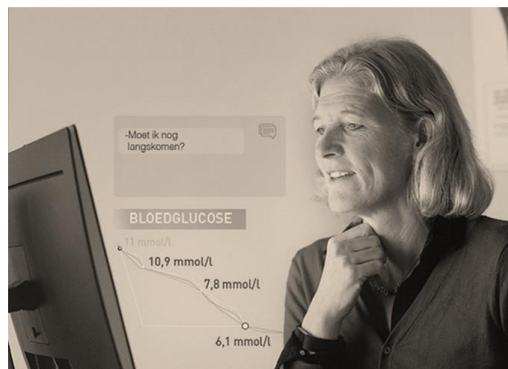
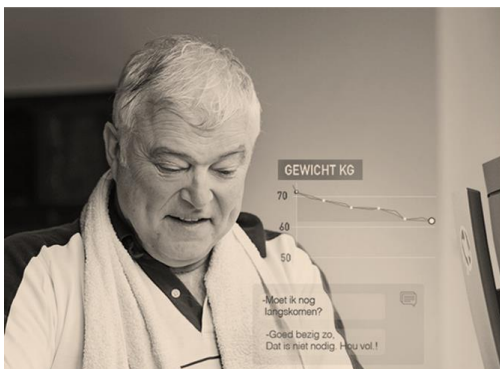


Social Return on Investment Analyse Zelfzorg Ondersteund!

Update 2018



Zelfzorg
Ondersteund



DEFINITIEVE RAPPORTAGE
Mei 2019

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Voorwoord	3
Samenvatting	4
1. Inleiding	9
2. Aanpak	11
3. Afbakening en uitgangspunten maatschappelijke businesscase	13
4. Theory of change	18
5. Stakeholders	20
6. Regionale Impact peilingen	21
7. Het effect van zelfmanagement op het zorggebruik en de zorgkosten	24
8. Landelijk beeld: Maatschappelijke investeringen	32
9. Landelijk beeld: Maatschappelijke opbrengsten	40
Bijlage A: Waardes en berekeningen (per gemiddelde praktijk)	56

Voorwoord

In de coöperatie Zelfzorg Ondersteund werken vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen om ondersteunde zelfzorg een logisch en integraal onderdeel te maken in het leven voor iedereen met een (chronische) ziekte in Nederland. Zelfzorg Ondersteund wil dat mensen in Nederland met chronische aandoeningen, zoals diabetes, COPD of hart- en vaatziekten, het gezondste uit zichzelf kunnen halen, zodat zij een hoge kwaliteit van leven kunnen behouden en zo veel mogelijk eigen regie hebben.

Vital Innovators heeft sinds 2014 in opdracht van ZO! jaarlijks een maatschappelijke kosten-baten analyse opgesteld op basis van de Social Return on Investment (SROI) methodiek. Dit heeft inzicht gegeven in de te verwachten economische en maatschappelijke kosten en baten van de implementatie van ondersteunde zelfzorg. De maatschappelijke kosten-baten analyse maakte bovendien inzichtelijk met welke partijen afspraken over de verwachte kosten en opbrengsten nodig zijn. De SROI-analyse heeft daarmee bijgedragen aan het realiseren van een compensatie van de benodigde initiële investering door de zorggroepen en huisartspraktijken én aan het in gang zetten van structurele financiering van zelfmanagement.

Bij de gehanteerde SROI methodiek hoort ook het proces van monitoring: door validering en metingen nagaan of de maatschappelijke kosten en baten inderdaad zo uitpakken als voorzien, en op basis hiervan bijsturen. ZO! heeft medio 2018 aan Vital Innovators gevraagd om de SROI analyse te updaten op basis van:

1. twee regionale impact peilingen (Quick Scan SROI's);
2. monitoring van de implementaties bij de zorggroepen;
3. nieuwe data m.b.t. kosten en baten van zelfmanagement;
4. een update van het onderzoek naar het effect van zelfmanagement op het zorggebruik en de zorgkosten over 2015 en 2016 door Vektis.

Dit rapport is hiervan het resultaat.

Pim Ketelaar
Maarten Ploeg

Maart 2019
Vital Innovators

Samenvatting

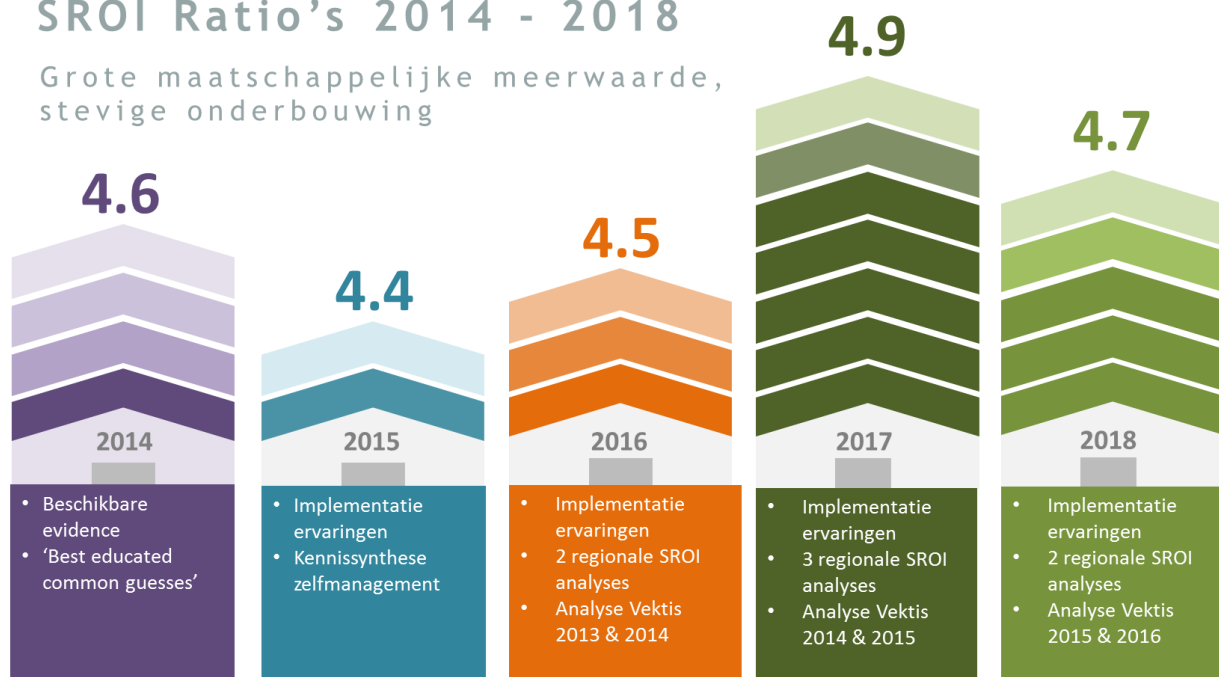
Conclusies

Maatschappelijke businesscases én return on investment analyses over 2014-2018 bevestigen de visie en aanpak Zelfzorg Ondersteund!:

- Grote maatschappelijke meerwaarde
- Stevige onderbouwing
- Perspectief voor reguliere contractering

SROI Ratio's 2014 - 2018

Grote maatschappelijke meerwaarde, stevige onderbouwing



Toelichting

1. De SROI ratio komt in 2018 uit op 4,7.
Elke euro input levert een maatschappelijke winst op ter waarde van 4,7 euro (gemiddeld over 5 jaar). De belangrijkste *value drivers* hiervoor zijn een toename in de kwaliteit van leven, een afname van de zorgkosten en een afname in het langdurig ziekteverzuim.
2. De validering betreft:
 - a. Beschikbare evidence (2014)
 - b. Implementatie ervaringen (2014-2018)
 - c. Kennissynthese zelfmanagement (2015)
 - d. Aanvullend wetenschappelijk onderzoek t.a.v. zelfmanagement (2016-2019)
 - e. 7 regionale SROI analyses (2016 - 2018)
 - f. Vektis cijfers zorgkosten (over 2013-2016)
3. De ratio voor 2018 is ten opzichte van 2017 voornamelijk bijgesteld op basis van de Vektis analyse van cijfers over 2014-2016. De totale zorgkosten van chronische patiënten in

zorggroepen die met ondersteunde zelfzorg aan de slag zijn in de periode 2014-2016 met €151 verminderd, ten opzichte van chronische patiënten in de controlegroep.

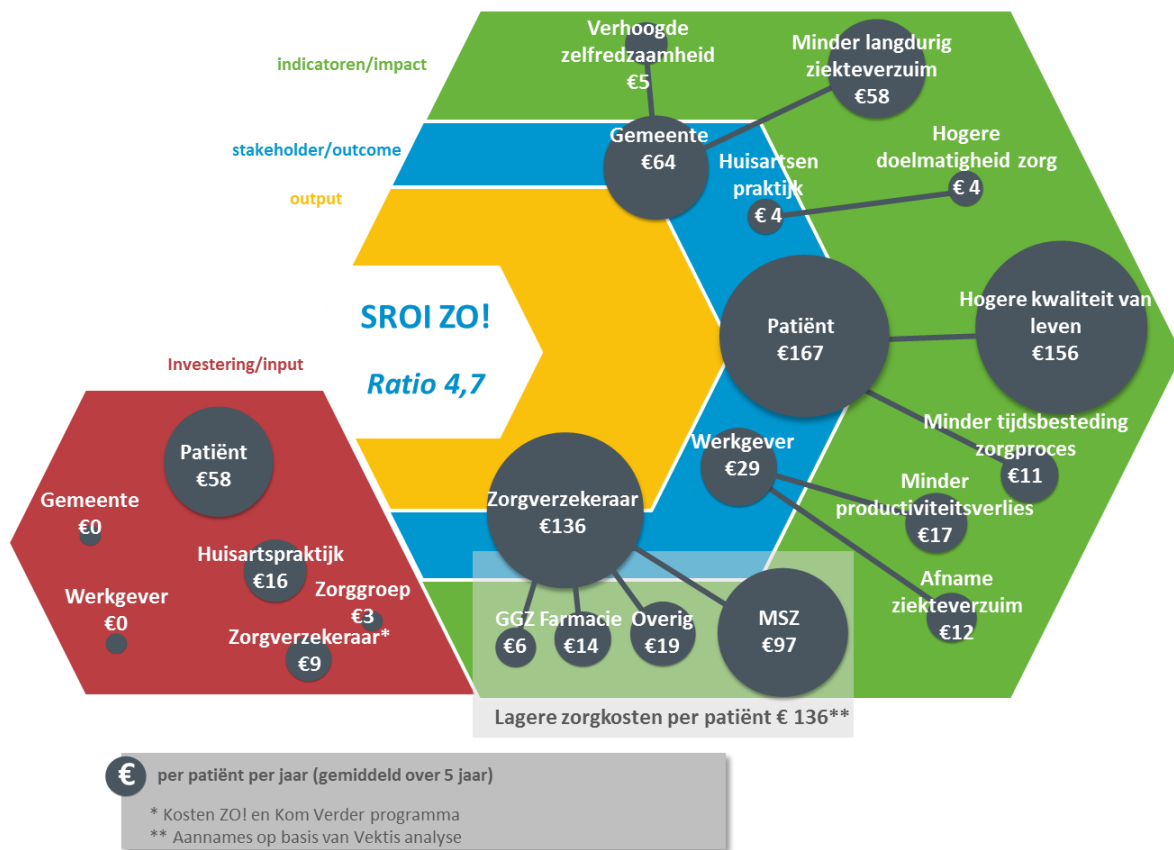
4. De verschillen tussen de zorggroepen die met ondersteunde zelfzorg aan de slag zijn en de controlegroepen nemen toe over 2014-2016 (10-18% minder kosten t.o.v. controlegroep).
5. Deze verschillen worden hoofdzakelijk veroorzaakt door minderkosten farmacie en medisch specialistische zorg. Er zijn mogelijk meer oorzaken voor de minderkosten, dit moet in regionale verdiepingen nader onderzocht worden.
6. De kosten in de eerste lijn (huisartszorg en fysiotherapie) zijn daarentegen hoger.
7. Deze verschillen zijn in lijn met de bevindingen uit de kennissynthese (2015) en de bevindingen uit later onderzoek naar zelfmanagement.
8. De cijfers van Vektis onderbouwen een positieve Return On Investment vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar.
9. Om de implementatie van ondersteunde zelfzorg en bijbehorende opbrengsten te realiseren en voort te zetten is vooral inbreng (initieel en structureel) nodig van patiënten (tijd), de huisartsenpraktijk en de zorggroep (beide in tijd en middelen).
10. Hiervoor is het nodig dat ondersteunde zelfzorg daadwerkelijk wordt meegenomen in reguliere contractering.

Gehanteerde kaders voor de SROI 2018

De update van de SROI analyse is gemaakt op basis van de volgende kaders:

- SROI analyse periode: 5 jaar (2015-2019)
- Opschaling conform doelstellingen van ZO!
- Gemiddelde huisartspraktijk (met 3326 ingeschreven patiënten) als basis
- Opschaling verloopt via zorggroepen
- Zorgprogramma's: diabetes, CVRM en COPD/astma
- 30% van de patiënten komt in aanmerking voor ondersteunde zelfzorg
- Compensatie van de initiële investering is meegenomen
- De onkosten van ZO! zelf over de periode 2015-2018 zijn meegenomen
- De impactfactoren van de verschillende uitkomsten liggen tussen de 9% en 20%.

De uitkomsten van de SROI-analyse zijn in de onderstaande figuur samengevat. Hierbij zijn de maatschappelijke inbreng en opbrengsten in gemiddelde waarde per stakeholder weergegeven (per patiënt uit de doelgroep, per jaar, gemiddeld over 5 jaar).



Ten aanzien van regionale Quick Scans SROI

- De twee uitgevoerde regionale Quick Scans SROI hebben een SROI ratio van 5,0 (Synchroon) en 4,5 (Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra). Daarmee ondersteunen de regionale SROI's in 2018 evenals in 2016 en 2017 het landelijke beeld.
- De regionale impact peilingen richten zich op programma's rondom verandering van gedrag (van patiënt en zorgprofessional) zoals: de implementatie van persoonsgerichte zorg, begeleiding van gezondheid en gedrag en de inzet van coachende gesprekstechnieken.
- De zelfzorg interventies van Synchroon richten zich op persoonsgerichte zorg en bestaan uit 6 modules: Positieve Gezondheid, Gespreksmodel en video coaching, 3 goede vragen, Leefstijlactiviteiten, e-Vita/Engage, Minddistrict.
- LRJG werkt met gezondheidsgerichte gesprekken.

Alle stakeholders hebben een positieve businesscase

De businesscase is **positief** te maken voor **huisartsen** en **zorggroepen** indien wordt gecompenseerd voor de benodigde initiële investeringen (training, ICT implementatie en projectmanagement) en **indien structurele kosten worden gefinancierd vanuit reguliere contractering**.

De totale kosten voor een gemiddelde huisartsenpraktijk (aangesloten bij een zorggroep) over 5 jaar bedragen €9.015. Voor een landelijke uitrol is een investering van zo'n €36 miljoen (over 5 jaar) nodig, waarvan €13,6 miljoen op het niveau van de zorggroepen.

De businesscase is **positief** voor de **zorgverzekeraar**. Door de implementatie van ondersteunde zelfzorg worden besparingen op de zorgkosten gerealiseerd (€136 lagere zorgkosten, per patiënt per jaar; met inachtneming van impactfactoren).

De businesscase is **positief** voor de **patiënt**. Hoewel patiënten relatief veel tijd investeren, levert het hen meer op. Vooral een toename in ervaren kwaliteit van leven is te verwachten. Daarnaast levert het hen meer efficiëntie op in de tijd die zij aan zorg en ondersteunde zelfzorg besteden.

De businesscase is **positief** voor de **werkgever**. Zonder extra investeringen zullen er door de implementatie van ondersteunde zelfzorg besparingen zijn op verzuim en zal de arbeidsproductiviteit toenemen.

De businesscase is **positief** voor de **gemeente**. Zonder extra investeringen zullen er door de implementatie van ondersteunde zelfzorg besparingen zijn op Wmo uitgaven en op de kosten voor langdurig ziekteverzuim.

SROI monitor ZO!

In onderstaande tabel en figuur worden de belangrijkste resultaten van de SROI analyses van 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018 samengevat:

	SROI Ratio	Onderbouwing data op basis van:	
2014	4,6	<ul style="list-style-type: none"> Beschikbare evidence 'Best educated common guesses' 	<p>per patient per jaar (gemiddeld over 5 jaar)</p>
2015	4,4	<ul style="list-style-type: none"> Implementatie ervaringen Kennissynthese zelfmanagement 	<p>* Compensatie van initiële investeringen door zorgverzekeraars per patient per jaar (gemiddeld over 5 jaar)</p>
2016	4,5	<ul style="list-style-type: none"> Implementatie ervaringen 2 regionale SROI analyses Analyse Vektis 2013 & 2014 	<p>* Compensatie van initiële investeringen door zorgverzekeraars per patient per jaar (gemiddeld over 5 jaar)</p>
2017	4,9	<ul style="list-style-type: none"> Implementatie ervaringen 3 regionale SROI analyses Analyse Vektis 2014 & 2015 	<p>per patient per jaar (gemiddeld over 5 jaar)</p> <p>* Kosten ZOI en Koin Verder programma ** Toelichting vanaf 2015 in 2018</p>
2018	4,7	<ul style="list-style-type: none"> Implementatie ervaringen 2 regionale SROI analyses Analyse Vektis 2015 & 2016 	<p>per patient per jaar (gemiddeld over 5 jaar)</p> <p>* Kosten ZOI en Koin Verder programma ** Assumten op basis van Vektis analyse</p>

1. Inleiding

Er zijn in Nederland al veel prachtige initiatieven op het gebied van ondersteunde zelfzorg. Tegelijkertijd merken we dat grootschalige, landelijke invoering nog niet zo snel gaat. Daarom hebben vertegenwoordigers van patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars en kennisorganisaties de handen ineengeslagen in de coöperatie Zelfzorg Ondersteund (ZO!). Samen willen we ondersteunde zelfzorg realiseren door het een vanzelfsprekend onderdeel van de zorg voor mensen met een chronische aandoening te maken. Zelfzorg Ondersteund bestaat uit vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Mensen met een chronische aandoening zoals astma, COPD, diabetes en hart- en vaatziekten ontvangen gemiddeld 1 procent van hun tijd zorg van professionele zorgverleners, zoals huisartsen, praktijkondersteuners en specialisten. Voor de overige 99 procent moeten ze zelf een manier vinden hun aandoening in het dagelijks leven te managen. Dagelijks maken mensen met een chronische aandoening zelf keuzes over de balans tussen hun leefwijze en hun ziekte. De leden van de coöperatie willen mensen met een chronische aandoening daarbij zo goed mogelijk helpen.

Ondersteunde zelfzorg is daar een goede oplossing voor, leert de praktijk. Het helpt patiënten zelf hun aandoening te managen, zelf een deel van de zorg te bepalen en een passende leefstijl te ontwikkelen. Ze worden hierbij ondersteund door de inzet van ICT, hulpmiddelen en hun omgeving. Hoeveel en welke ondersteuning iemand nodig heeft, hangt af van zijn mogelijkheden, doelen en uitdagingen. Door hier goed naar te kijken, kan er altijd passende en gerichte ondersteuning geboden worden.

Implementatie op grote schaal

Ondersteunde zelfzorg op grote schaal implementeren. Dat was het hoofddoel van de coöperatie. In de praktijk betekent dit, dat mensen met een chronische aandoening meer uren zelfzorg realiseren en daardoor hun kwaliteit van leven verhogen. Hierdoor neemt de ziektelast af en de doelmatige inzet van professionele zorg toe.

Cruciaal voor opschaling is het aantonen door de coöperatie dat de netto integrale zorgkostenbesparing significant hoger zijn dan de netto integrale kosten voor ondersteunde zelfzorg.

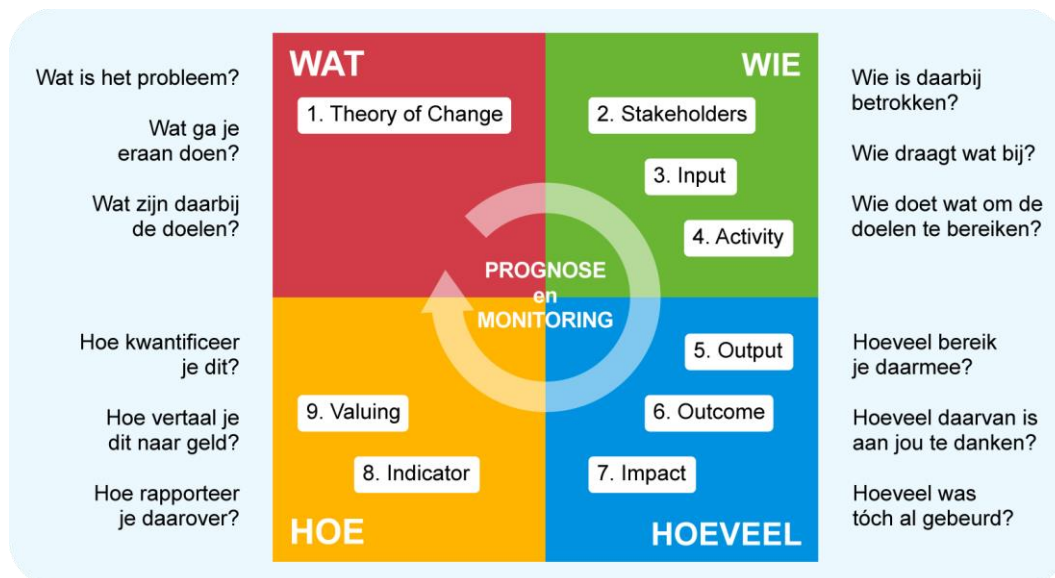
Vital Innovators heeft sinds 2014 in opdracht van ZO! jaarlijks een maatschappelijke businesscase opgesteld op basis van de Social Return on Investment (SROI) methodiek. Het opstellen van de maatschappelijke businesscase heeft inzicht gegeven in de te verwachten economische en maatschappelijke kosten en baten van de implementatie van ondersteunde zelfzorg. De maatschappelijke businesscase maakte bovendien inzichtelijk met welke partijen afspraken over de verwachte kosten en opbrengsten nodig zijn. De SROI-analyse heeft daarmee bijgedragen aan het realiseren van een compensatie van de benodigde initiële investering door de zorggroepen en huisartspraktijken én aan het in gang zetten van structurele financiering van zelfmanagement.

2. Aanpak

Voor het opstellen van de maatschappelijke businesscase maken we gebruik van de Social Return on Investment (SROI) methode. Dit is een methode om de maatschappelijke waarde-creatie van een organisatie te berekenen en te managen. SROI benadert de maatschappelijke waarde vanuit een stakeholdersperspectief. Op deze manier meet SROI veranderingen op een wijze die relevant is voor de mensen of organisaties die deze veranderingen beleven of hieraan bijdragen.

De SROI methode maakt duidelijk hoe een organisatie maatschappelijke waarde creëert door sociale en economische uitkomsten (outcomes) te meten en in geld uit te drukken. De outcomes vergelijken we met de maatschappelijke kosten (input) die nodig zijn om deze verandering tot stand te brengen. We richten de SROI analyse specifiek op zelfzorg bij patiënten met diabetes, CVRM en COPD/astma en de bijdrage van ZO! om deze zelfzorg tot stand te brengen.

Voor het opstellen van de SROI analyse doorlopen we de volgende stappen:



1. Wat: Scope en Theory of Change

De verandertheorie vormt de basis voor de SROI analyse en dient zo concreet mogelijk beschreven te worden. Input voor de scope en theory of change wordt verkregen vanuit het startgesprek met de opdrachtgever en dialoog met betrokken partijen.

2. Wie: Stakeholders en inbreng

In deze stap benoemen we de betrokken of belanghebbende stakeholders en geven hierbij aan welke inbreng zij hebben. De inbreng kan geld, tijd of activiteiten in natura betreffen en wordt gekwantificeerd.

3. Hoeveel: Impact map

De impact map geeft een samenvatting van de betrokken stakeholders en op welke wijze zij bijdragen of baat hebben bij zelfzorg door patiënten met chronische aandoeningen. Per

stakeholder wordt vastgesteld welke input, activiteiten, output, outcome en indicatoren relevant zijn.

4. Hoe: Waardering en monetaarisering

Bij deze stap gaan we de activiteiten, output, outcomes en indicatoren kwantificeren en uiteindelijk in geld uitdrukken (monetaarisering). Hierbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van (wetenschappelijk) onderbouwde gegevens.

Stappen 1 tot en met 4 worden nadrukkelijk getoetst en gevalideerd met de betrokken stakeholders. Reeds opgedane kennis en inzichten worden zo veel mogelijk gebruikt. En gezamenlijk worden eventuele witte vlekken benoemd en worden afspraken gemaakt over hoe die in te kleuren.

Bij het opstellen van een SROI analyse hanteren we de volgende principes:

-  **Betrek de stakeholders**
-  **Onderzoek en begrijp wat er zal veranderen**
-  **Waardeer wat er toe doet**
-  **Betrek alleen relevante en significante zaken**
-  **Claim niet teveel**
-  **Wees transparant**
-  **Verifieer de aannames en resultaten**

3. Afbakening en uitgangspunten maatschappelijke businesscase

De coöperatie ZO! is eind 2013 gestart. In de loop van 2014 -2018 zijn implementatie ervaringen opgedaan. In de update van de SROI analyse beschouwen we de periode 2015-2019. Hierbij maken we dus gebruik van de ervaringsgegevens en wetenschappelijke inzichten uit 2014 - 2018 en maken we een forecast voor de periode 2018-2019. De doelstellingen en ambities van ZO! ten aanzien van opschaling (aantal huisartsen en patiënten aan de slag met ondersteunde zelfzorg) zijn hierbij een belangrijk uitgangspunt.

Om de SROI analyse te kunnen maken is het nodig om uit te gaan van een specifieke setting waarin ondersteunde zelfzorg wordt geïmplementeerd.

Ondersteunde zelfzorg

Onder “ondersteunde zelfzorg” verstaat ZO! het volgende:

“Ondersteunde zelfzorg gaat om de inspanningen die een persoon met een chronische ziekte doet om een zo goed mogelijk compromis te vinden tussen de eisen van de ziekte en de eisen van het leven (CBO, 2014). Mensen voeren de eigen regie zolang ze dat willen en kunnen en bepalen zelf de persoonlijke streefdoelen ten aanzien van gezondheid, leefstijl en gedrag. Het leven staat centraal, niet de ziekte. Om de streefdoelen te bereiken wordt de patiënt bij het werken aan zijn gezondheid ondersteund door zorgverleners, ICT, hulpmiddelen en omgeving.”

Vanuit ZO! wordt geen keuze gemaakt voor een specifieke aanbieder of product. Wel worden minimale functionele en technische eisen opgesteld waaraan zelfmanagementinterventies en – instrumenten moeten voldoen. Voor de SROI analyse doen we een aantal aannames om een inschatting van de verwachte impact te kunnen maken. Hierbij gaan we uit van een combinatie van zelfzorg instrumenten en interventies minimaal bestaande uit:

- een individueel zorgplan dat de basis vormt voor ondersteunde zelfzorg;
- toegang tot een digitale infrastructuur bestaande uit een persoonlijk gezondheidsdossier en patiëntenportaal;
- toegang tot applicaties zoals modules voor het uitwisselen van berichten, het maken van afspraken, uitwisselen van berichten, zelfmonitoring en bestellen van medicijnen.

Het betreft hier dus een integrale aanpak inclusief web-based zelfmanagement. Dit vormt de basis om verschillende soorten interventies aan te kunnen bieden en dit te ondersteunen vanuit de zorgverlener, bijvoorbeeld met educatie of motivational interviewing. Er is veel variatie bekend in de manier van aanbieden en de insteek van de interventies. Zie voor een compleet overzicht van zelfmanagement interventies de review studie door Barlow et al. (2002)¹.

De insteek vanuit ZO! is om een basis te leggen: brede implementatie van een zelfzorgplatform, een online omgeving waarin de verschillende onderdelen die nodig zijn voor het (digitaal)

¹ Barlow et al.: Self-management approaches for people with chronic conditions; a review, 2002.

ondersteunen van het zelfzorgproces in samenhang met elkaar functioneren. Welke functies en onderdelen er precies inzitten, hangt af van de wensen en behoeften van de gebruikers.

Doelgroepen: mensen met diabetes, CVRM en COPD/astma

We richten ons bij de update van de SROI analyse op de implementatie van ondersteunde zelfzorg bij patiënten met diabetes, CVRM en COPD/astma. Hiervoor rekenen we met de volgende gegevens:

Aantal patiënten met diabetes, hartfalen, COPD en astma (per 1000)	105,8²
Stijging aantal patiënten met chronische aandoeningen gemiddeld per jaar	2%³
Gemiddeld aantal patiënten DM 2 in keten per zorggroep	6883⁴
Gemiddeld aantal patiënten COPD in keten per zorggroep	1701⁴
Gemiddeld aantal patiënten VRM in keten per zorggroep	10296⁴
Patiënten in aanmerking komend voor ondersteunde zelfzorg Piloten en co-piloten, op basis van regiemodel diabeteszorg; verdeling niet voor elke praktijk gelijk. Dit kan gerelateerd worden aan een hoge Patient Activation Measure (PAM) score; de gemiddelde PAM13 score in Nederland is 61,3 ⁵	30%⁶

De meeste mensen met diabetes, CVRM en COPD/astma worden in de eerste lijn behandeld (70 á 80%)⁷. Er is daarom gekozen voor een SROI analyse voor implementatie van ondersteunde zelfzorg in een gemiddelde huisartsenpraktijk als onderdeel van een zorggroep.

Patiënten met diabetes, CVRM en COPD/astma die in de eerstelijns worden begeleid, zijn over het algemeen mensen waarbij de diagnose recent is gesteld en/of mensen die redelijk stabiel zijn ingesteld. Eén van de belangrijkste doelen van behandeling is het voorkomen of uitstellen van complicaties⁸. Wanneer behandoelen in de eerstelijns niet worden gehaald of wanneer sprake is van onvoldoende verbetering, acute ontregeling of het optreden van (ernstige) complicaties, vindt doorverwijzing naar de tweede lijn plaats.

Uit een publicatie van het NIVEL⁹ blijkt dat ongeveer 40% van de chronisch zieken niet in staat is een actieve rol in de eigen zorg op zich te nemen en te komen tot succesvol zelfmanagement. Dit zijn met name laag opgeleiden, chronisch zieken met een beperking en/of meerdere aandoeningen en alleenstaanden. Mensen die wel in staat zijn een actieve rol te spelen onderscheiden zich niet zozeer in de medisch complexiteit van hun aandoening, maar meer op het terrein van

² RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2015

³ RIVM 2014

⁴ Marktscan ketenzorg 2014, NZa

⁵ Rademakers et al. Measuring patient activation in the Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13), 2013

⁶ Diabetes Vereniging Nederland, 2015

⁷ Zorgstandaard Diabetes

⁸ Diabetes tot 2025, preventie en zorg in samenhang. RIVM, 2009

⁹ De Nederlandse patiënt en zorggebruiker in beeld. NIVEL, oktober 2013.

vaardigheden. Het Regiemodel Diabeteszorg onderscheid hierbij de volgende persona's: passagier (passief); stewardess (volgend); copiloot (actief) en piloot (eigen regie).

Voor het meten van de zelfmanagementvaardigheden wordt de Patient Activation Measure (PAM) vragenlijst toegepast. De PAM-score toont inderdaad een samenhang met demografische kenmerken: ouderen, mensen met een lage opleiding, uit een lagere sociale klasse, met meerdere beperkingen en aandoeningen en een slechtere gezondheid blijken minder in staat tot zelfmanagement.¹⁰

Oorspronkelijke uitgangspunten en aannames

In de SROI analyse bepalen we de integrale kosten voor de inbedding van zelfzorg in een gemiddelde huisartsenpraktijk. De belangrijkste uitgangspunten hierbij in 2014 waren:

- De integrale kosten worden berekend over een (cyclus) periode van 5 jaar (2015-2019), voor een gemiddelde praktijk (3326 patiënten¹¹) met een gemiddelde casemix.
- Er is gekozen voor de gemiddelde praktijk (i.p.v. de normpraktijk à 2350 patiënten), omdat een aantal investeringen op het niveau van de groepspraktijk (als onderdeel van een zorggroep) gedaan worden.
- Deze gemiddelde praktijk maakt deel uit van een zorggroep; hiervan zijn er ongeveer 100 in heel Nederland¹².
- 30% van de diabetes, CVRM en COPD/astma patiënten komen het meest in aanmerking voor zelfzorg, d.w.z. zij hebben de competenties om, samen met de zorgverlener en de juiste tooling, aan de slag te gaan met zelfzorg. 30% is een conservatieve aanname op basis van expert input. Dit zijn de zogenaamde piloten en co-piloten, op basis van regiemodel diabeteszorg; de verdeling is niet voor elke praktijk gelijk.
- We gaan uit van een stijging van het aantal patiënten met diabetes, CVRM en COPD/astma met gemiddeld 2% per jaar ¹³ (bij ongewijzigd beleid).
- De implementatiegraad (als % van het aantal participerende zorggroepen) van ondersteunde zelfzorg loopt op van 10% van de zorggroepen in 2015 tot 90% in 2017.
- De implementatiegraad (als % van patiënten dat in aanmerking komt voor ondersteunde zelfzorg) loopt op van 20% in 2015 tot 100% in 2019. D.w.z.: in 5 jaar zijn alle piloten en co-piloten aan de slag met ondersteunde zelfzorg (van de participerende zorggroepen).

Op de volgende pagina het oorspronkelijke uptake scenario uit 2014 waarmee gerekend is.

¹⁰ Hendriks, M. et al. Minder zelfmanagementvaardigheden, dus meer zorggebruik?, Nivel, 2014

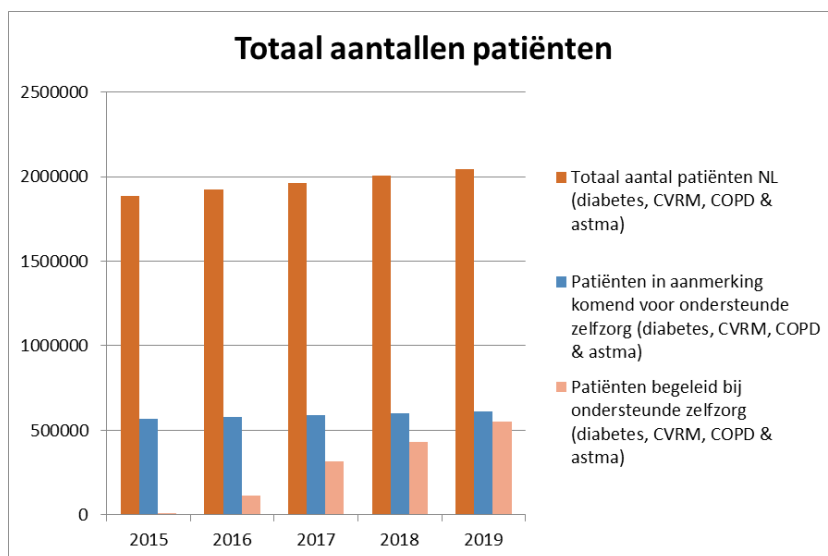
¹¹ NIVEL 2012, Huisartsenpeiling & LHV

¹² Het perspectief van zorggroepen en gezondheidscentra op onderhandelingen en contracten met zorgverzekeraars, Nivel 2015

¹³ RIVM 2014

Tabel 1: Uptake scenario zoals gedefinieerd in 2014

	2015	2016	2017	2018	2019	Opmerkingen:
Implementatiegraad (% participerende zorggroepen)	10%	50%	90%	90%	90%	
Implementatiegraad (als % van patiënten dat in aanmerking komt voor ondersteunde zelfzorg)	20%	40%	60%	80%	100%	Dus in 5 jaar zijn alle piloten en co-piloten aan de slag met ondersteunde zelfzorg (van de participerende zorggroepen)
Geïnccludeerde aantallen ZO!						
Totaal deelnemende zorggroepen	10	50	90	90	90	De omvang van de zorggroepen zal gedurende de looptijd constant blijven.
Totaal deelnemende gemiddelde huisartsen praktijken	509	2.544	4.579	4.579	4.579	Het aantal huisartsen praktijken per zorggroep blijft gedurende de looptijd constant.
Patiënten begeleid bij ondersteunde zelfzorg (diabetes, CVRM, COPD & astma)	11.328	115.546	318.213	432.769	551.781	Totaal in Nederland
Als % van totaal aantal patiënten in de keten	1%	6%	17%	23%	29%	Doel ZO!: In 2019 is bij ten minste 5 chronische aandoeningen voor een kwart van de patiënten sprake van succesvolle ondersteunde zelfzorg.
Patiënten begeleid bij ondersteunde zelfzorg (diabetes, CVRM, COPD & astma)	2	23	63	85	108	Gemiddeld, per gemiddelde praktijk
Nieuwe begeleide patiënten	2	20	40	23	23	Gemiddeld, per gemiddelde praktijk
Nieuwe zorggroepen	10	40	40	0	0	Het aantal zorggroepen dat per jaar begint met de implementatie



Figuur 1: Oorspronkelijke uptake scenario aantallen patiënten

Uptake: Realisatie 2018 versus aannames

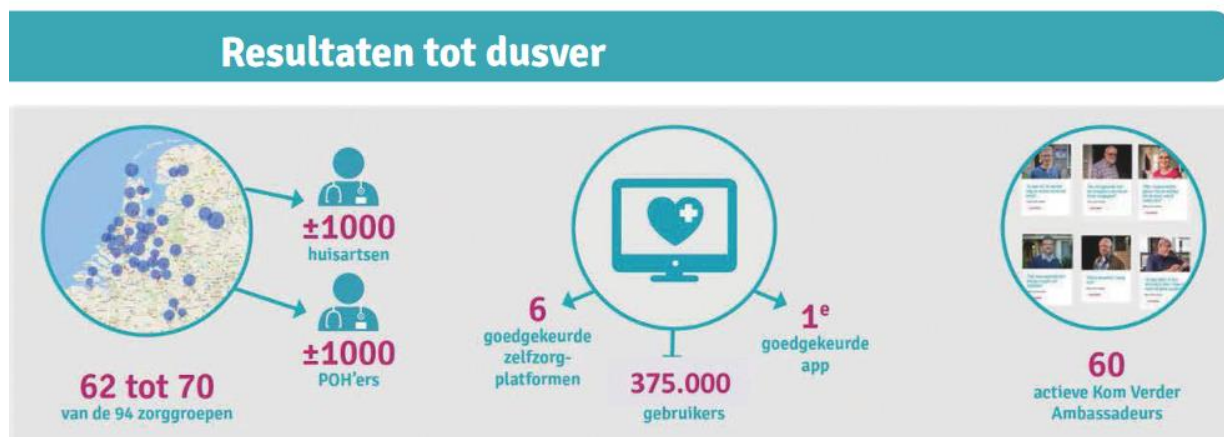
In deze SROI analyse over 2018 is gerekend met de verwachte uptake voor eind 2019. Relevant hierbij zijn de totalen van zorggroepen, huisartsenpraktijken en patiënten die met ondersteunde zelfzorg aan de slag zijn.

De realisatie medio 2018 is als volgt¹⁴:

Inmiddels zijn **62 van de 94 zorggroepen** in Nederland betrokken¹⁵. Binnen deze zorggroepen nemen zo'n **1000 huisartsen** deel en **1000 POH'ers** en wordt een grote groep van patiënten met een chronische aandoening bereikt (omvang varieert sterk per zorggroep/huisarts afhankelijk van de stap die zij zetten rond implementatie).

Ongeveer **375.000 mensen** met een chronische aandoening (1e en 2e lijn) maken gebruik van een **zelfzorgplatform** dat aan de basiseisen voldoet zoal door ZO! geformuleerd.

Alle deelnemende zorgverzekeraars hebben ondersteunde zelfzorg en de verdere opschaling ervan mee genomen in de inkoopvoorwaarden. Beschikbare tools zijn overzichtelijk bij elkaar gebracht in de instrumentenkiezer.¹⁶



De uiteindelijke uptake (zoals gerealiseerd medio 2018) van het aantal deelnemende zorggroepen was met 62 van de 94 zorggroepen (=66%) dus minder dan de in 2014 aangenomen 90%. Voor deze SROI gaan we wel uit van een uiteindelijke implementatiegraad van 90%. Het bereiken hiervan duurt alleen dus langer dan in 2014 aangenomen.

Het aantal patiënten dat medio 2018 gebruik maakt van een zelfzorg platform (375.000) blijft slechts beperkt achter bij de in aangenomen 433.000 patiënten (eind 2018, aantal patiënten begeleid bij ondersteunde zelfzorg).

¹⁴ Op basis van het ZO! jaarplan 2019: <https://zelfzorgondersteund.nl/wp-content/uploads/20454-Jaarplan-2019-HR-Iosse-paginas.pdf>

¹⁵ Meer informatie over lopende projecten <https://zelfzorgondersteund.nl/doet-mijn-zorggroep-al-mee/>

¹⁶ <https://zelfzorgondersteund.nl/instrumentenkiezer/>

4. Theory of change

De Theory of Change voor Zelfzorg Ondersteund, als uitgangspunt voor het maken van de SROI analyse, is als volgt gedefinieerd:

Sociaal probleem

Zelf regie voeren op het zorgproces, maar vooral op de kwaliteit van leven, is een groeiende behoefte van mensen met een chronische aandoening. Er zijn steeds meer middelen en mogelijkheden om de rol als actieve patiënt te kunnen vervullen. Het aanbod van ondersteunde zelfzorg is echter versnipperd, niet geïntegreerd en sluit vaak niet aan bij de zorg. Bovendien blijft de invoering en het gebruik in de zorg achter. Verwachte baten zoals gezondheidswinst en een efficiënt gebruik van de zorg blijven hierdoor uit.

Urgentie

Mensen met een chronische aandoening hebben een minder goede kwaliteit van leven vergeleken met mensen zonder een chronische aandoening. Daarnaast gebruiken mensen met een chronische ziekte relatief veel en langdurig zorg. De kosten nemen toe naarmate men de ziekte minder goed onder controle heeft en complicaties optreden. Met het toenemende aantal chronisch zieken neemt de druk op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg steeds verder toe. Zelf regie voeren op het zorgproces is daarom niet alleen een behoefte, maar ook steeds meer van belang voor de houdbaarheid van de zorg.

Tevens neemt het belang van participatie in de samenleving steeds verder toe. Enerzijds vanuit een economisch perspectief (betaalde arbeid) en anderzijds vanuit het maatschappelijk perspectief (mantelzorg/vrijwilligerswerk).

Schaal van het probleem

In Nederland heeft bijna een derde van de bevolking één of meer chronische aandoeningen. Dit komt neer op ongeveer 5,3 miljoen mensen. De verwachting is dat het aantal mensen met chronische aandoeningen alleen maar verder zal stijgen. Zo neemt het aantal mensen met de diagnose diabetes naar verwachting toe van 834.100 in 2011¹⁷ naar 1,4 miljoen in 2025¹⁸.

Oplossing

De coöperatie Zelfzorg Ondersteund wil gedragsverandering bij patiënten en een rolverandering bij professionals bewerkstelligen. Hiervoor brengt zij partijen met executiekracht samen en stroomlijnt zij (bestaande) initiatieven. Dit moet zorgen voor een versnelde implementatie van ondersteunde zelfzorg.

¹⁷ Nationaal Kompas Volksgezondheid

¹⁸ Diagnose Diabetes 2025, NDF 2012

Doelstellingen ZO!

Oorspronkelijke doelstelling: In 2017 is bij tenminste 1 chronische aandoening te weten diabetes, voor 25% van de patiënten sprake van succesvolle ondersteunde zelfzorg en is een aanvang gemaakt met de implementatie van ondersteunde zelfzorg bij tenminste twee andere aandoeningen door bijvoorbeeld toepassen van de opgestelde criteria van inkoop en tooling.

5. Stakeholders

De stakeholders die betrokken zijn bij de implementatie van ondersteunde zelfzorg in de huisartsenpraktijk zijn in onderstaande tabel benoemd. Per stakeholder is weergegeven met welke input en activiteiten we rekenen. De stakeholders die geen input hebben, zijn wel als belanghebbend genoemd.

Stakeholder	Input	Activiteit
Patiënt	Tijd	Initieel (leren kennen zelfzorg tools) en structureel (gebruik van tools*)
Huisartsenpraktijk	Tijd + kosten implementatie	Implementatie en uitvoering ondersteunde zelfzorg: initieel (training) en structureel (selectie, extra consulten, bij- en nascholing)
Zorggroep	Tijd + kosten implementatie	Implementatie en uitvoering ondersteunde zelfzorg (activiteiten op zorggroep niveau): initieel (training, ICT implementatie) en structureel (bij- en nascholing, intervisie, ICT licenties, projectmanagement)
Zorgverzekeraar	Kosten	Compensatie van initiële kosten huisartspraktijk Onkosten ZO!
Werkgever	Geen	Geen
Gemeente	Geen	Geen

* als inbreng bij de patiënt is alleen de extra tijd benodigd voor het leren kennen en het gebruik van het platform meegenomen.

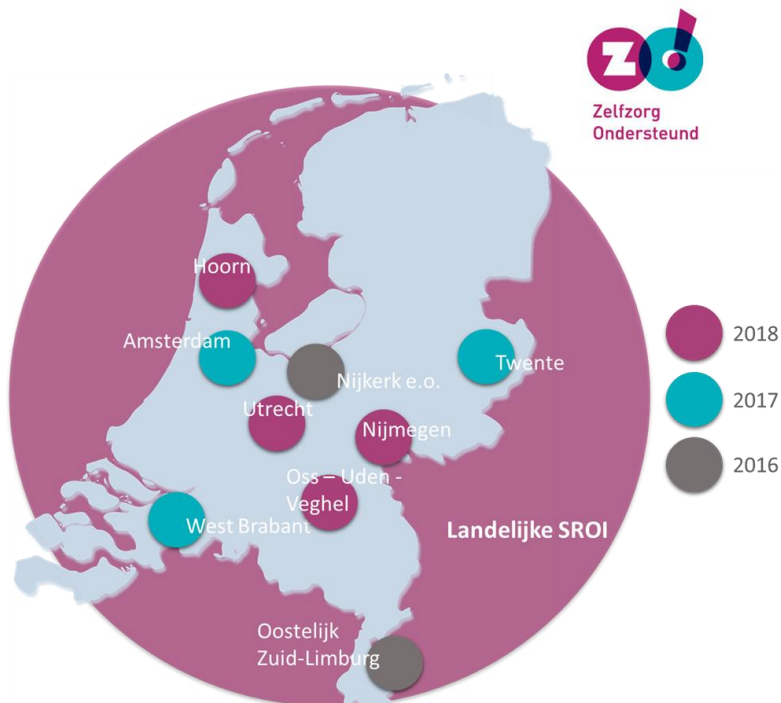
Een aantal stakeholders is kwalitatief benoemd, maar wordt niet meegenomen in de SROI-analyse. Dit zijn:

- Ministerie VWS: voor het Ministerie van VWS draagt de implementatie van ondersteunde zelfzorg bij aan de doelstellingen op het gebied van kwaliteit van zorg en doelmatigheid. VWS heeft ZO! ook benoemd in de eHealth brief¹⁹. De waarde van de bijdrage van ZO! aan deze doelstellingen is moeilijk te kwantificeren en nemen we dus niet mee.
- Mantelzorgers: de partner en/of omgeving speelt een belangrijke rol bij zelfzorg. De bijdrage van de mantelzorg en ook de invloed op de uitkomsten van zelfzorg zullen per persoon aanzienlijk variëren. Deze inbreng en uitkomsten zijn moeilijk te kwantificeren. Aangezien de primaire doelgroep de patiënt betreft, nemen we de mantelzorger niet mee.

¹⁹ [Kamerbrief over e-health en zorgverbetering, VWS, juli 2014](#)

6. Regionale Impact peilingen

Als vervolg op de regionale SROI analyses zoals uitgevoerd in 2016 en 2017 hebben we in 2018 twee regionale impact peilingen uitgevoerd. Doel is om de maatschappelijke kosten en baten van de implementatie van ondersteunde zelfzorg in de setting van een specifieke regio en met de focus op een bepaalde interventie in korte tijd in kaart te brengen.



Hiertoe hebben we een template gecreëerd op basis van de landelijke analyses, met hierin de stakeholders, input, activiteiten, output, uitkomsten en waarderingen zo veel als mogelijk reeds ingevuld. De daadwerkelijke gegevens zijn per zorggroep ingevuld, tijdens een interview met de programmamanager en betrokken zorgprofessionals vanuit de zorggroep. De input uit de regionale impact peilingen is vervolgens gebruikt om de landelijke SROI analyse verder aan te scherpen.

Bij de volgende twee zorggroepen zijn in 2018 regionale impact peilingen uitgevoerd:

Zorggroep	Regio	Beschrijving	Preferente zorgverzekeraar	Scope
Synchroon	Oss, Uden, Veghel	Persoonsgerichte Zorg	CZ, VGZ	<i>De zelfzorg interventies van Synchroon richten zich op persoonsgerichte zorg en bestaan uit 6 modules: Positieve Gezondheid, Gespreksmodel en video coaching, 3 goede vragen, Leefstijlactiviteiten, e-Vita/Engage, Minddistrict.</i>
LRJG	Utrecht	Gezondheidsgerichte gesprekken	Zilveren Kruis	<i>LRJG werkt met gezondheidsgerichte gesprekken.</i>



Persoonsgerichte zorg Synchron

Zorggroep Synchron implementeert persoonsgerichte zorg. Synchron faciliteert door middel van een patiëntenportaal, gebruik Mindistrict, scholing eHealth en Motivational Interviewing, implementatie ondersteuning, drie goede vragen/ gebruik keuzehulpen en organisatie van leefstijlactiviteiten en digitaliseren van logistieke processen zoals online afspraken maken en consultvoorbereiding. De interventies zijn uitgewerkt in zes concrete modules.

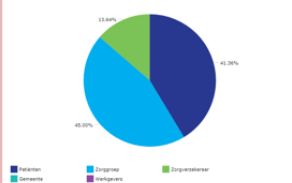
Quick Scan Social Return On Investment

Wat levert deze zelfzorg interventie op? ZOI liet een Social Return on Investment (SROI) analyse uitvoeren. Een Social Return On Investment perspectief beschrijft per stakeholder de kosten en baten van een zelfzorg innovatie.

Een positieve ratio opent de weg naar duurzame inbedding. Wanneer de kosten en baten per stakeholder onevenredig verdeeld zijn, biedt de SROI perspectief om financiële afspraken over opschaling te maken.

Inbreng | kosten

Wat is de inbreng voor het inzetten op persoonsgerichte zorg?



Waarde | baten

En wat levert het op per stakeholder?



SROI ratio

5.0 (±0.5)

De SROI Ratio geeft de toegevoegde waarde over 5 jaar aan. Een investering van € 1,- is over 5 jaar €5 waard.

Value drivers

Wat levert de implementatie van 'Persoonsgerichte zorg' op? De toegevoegde waarde volgens de groep van stakeholders:

- Verhoging kwaliteit van leven
- Lagere zorgkosten
- Minder langdurig ziekteverzuim

Kosten | Baten

- Patiënten +
- Zorggroep -
- Zorgverzekeraar +
- Gemeente +
- Werkgever +

Conclusies

- De zelfzorg-methode 'Persoonsgerichte zorg' biedt voldoende perspectief voor duurzame inbedding en financiering.
- Kosten / Baten verdeling per stakeholder belemmert implementatie.

Scenario duurzame inzet Persoonsgerichte zorg

- Duurzame bekostiging door zorgverzekeraar en/of werkgever en/of gemeente.

De SROI ratio geeft de toegevoegde waarde over 5 jaar aan. Een investering van € 1,- is over 5 jaar € 5 waard. De berekende uitkomsten zijn gecorrigeerd voor de kans dat dit effect spontaan optreedt en de kans dat dit effect toe te schrijven is aan inspanningen van anderen.

Colofon
Onderzoekslocatie: Synchron
Opdrachtgever: Zelfzorg Ondersteund!
Informatie: www.zelfzorgondersteund.nl

Datum van publicatie: Januari 2019
Zelfzorg Innovatie: Persoonsgerichte zorg
Uitgevoerd door: Vital Innovators



Gezondheidsgerichte gesprekken LRJG Utrecht

De 5 gezondheidscentra van de Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra (LRJG) willen de gezondheid van de inwoners vergroten. Hiertoe voeren zij gezondheidsgerichte gesprekken waardoor patiënten meer eigen regie kunnen nemen. In de gesprekken worden het sociaal en medisch domein verbonden met behulp van het 4-domeinen model en het model van Positieve Gezondheid.

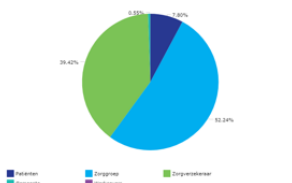
Quick Scan Social Return On Investment

Wat levert deze zelfzorg interventie op? ZOI liet een Social Return on Investment (SROI) analyse uitvoeren. Een Social Return On Investment perspectief beschrijft per stakeholder de kosten en baten van een zelfzorg innovatie.

Een positieve ratio opent de weg naar duurzame inbedding. Wanneer de kosten en baten per stakeholder onevenredig verdeeld zijn, biedt de SROI perspectief om financiële afspraken over opschaling te maken.

Inbreng | kosten

Wat is de inbreng voor het inzetten van gezondheidsgerichte gesprekken?



Waarde | baten

En wat levert het op per stakeholder?



SROI ratio

4.5 (±0.5)

De SROI Ratio geeft de toegevoegde waarde over 5 jaar aan. Een investering van € 1,- is over 5 jaar €4,50 waard.

Value drivers

Wat levert zelfzorg-methode 'Gezondheidsgerichte gesprekken' op? De toegevoegde waarde volgens de groep van stakeholders:

- Verhoging kwaliteit van leven
- Lagere zorgkosten
- Minder langdurig ziekteverzuim

Kosten | Baten

- Patiënten +
- Zorggroep -
- Zorgverzekeraar +
- Gemeente +
- Werkgever +

Conclusies

- De zelfzorg-methode 'Gezondheidsgerichte gesprekken' biedt voldoende perspectief voor duurzame inbedding en financiering.
- Kosten / Baten verdeling per stakeholder belemmert implementatie.

Scenario duurzame inzet Coachende Gesprekstechnieken

- Investering van zorgverzekeraar en/of werkgever en/of gemeente

De SROI ratio geeft de toegevoegde waarde over 5 jaar aan. Een investering van € 1,- is over 5 jaar € 4,50 waard. De berekende uitkomsten zijn gecorrigeerd voor de kans dat dit effect spontaan optreedt en de kans dat dit effect toe te schrijven is aan inspanningen van anderen.

Colofon
Onderzoekslocatie: LRJG Utrecht
Opdrachtgever: Zelfzorg Ondersteund!
Informatie: www.zelfzorgondersteund.nl

Datum van publicatie: november 2018
Zelfzorg Innovatie: Gezondheidsgerichte gesprekken
Opdrachtnemer: Vital Innovators
Tel.: 06 46168083

Reprise: Diabetes Challenge

Voor de SROI analyse van ZO! in 2016 voerden we een regionale SROI analyse uit voor de Diabetes Challenge zoals geïnitieerd door Gezondheidscentrum de Nije Veste in Nijkerk. We concludeerden hieruit een SROI ratio van 4,6 – gemiddeld over 5 jaar. We maakten hiervoor, samen met de stakeholders, aannames over de impact van de Diabetes Challenge op de kwaliteit van leven van de deelnemers, op de medische uitkomsten, op zorggebruik en zorgkosten, op zelfredzaamheid en op arbeidsproductiviteit en verzuim.

In 2017 is onderzoek²⁰ gedaan naar de veranderingen op het gebied van de mentale en fysieke gezondheid van de deelnemers (n=160) aan de Nationale Diabetes Challenge (NDC) met type 2 diabetes. Uit het onderzoek komt naar voren dat deze deelnemers na deelname aan de NDC erop zowel de fysieke als mentale gezondheid op vooruit zijn gegaan. Er is een verbetering te zien van het psychisch welbevinden (65.9 ± 18.4 naar 71.8 ± 15.7 , $p < .0001$) en daarnaast is er sprake van minder depressieve klachten. Van de deelnemers die bij aanvang van de interventie een verminderd welbevinden hadden, met soms depressieve klachten, had 59% dit aan het eind van de interventie niet meer. Ook hebben meer deelnemers met type 2 diabetes het idee dat ze hun ziekte en zorg naar behoren kunnen en willen managen.

Het onderzoek laat daarnaast zien dat het gewicht, BMI, HbA1c, en buik- en heupomvang van de deelnemers met T2DM significant zijn afgenomen ten opzichte van de start van de NDC. Naast de effecten van de NDC op de deelnemer met T2DM, blijkt de interventie ook invloed te hebben op de behandelrelatie met de zorgprofessionals die meelopen met de NDC. 82% van de betrokken zorgprofessionals geeft aan dat de NDC een (sterk) positieve invloed heeft gehad op de kwaliteit van de geleverde zorg binnen de praktijk. 88% geeft daarnaast aan dat meedoen aan de NDC het contact met hun patiënten op een positieve manier heeft beïnvloed.

Samengevat geven deze onderzoeksresultaten aan dat de NDC op een laagdrempelige manier een bijdrage heeft geleverd aan een gezonde leefstijl en een verbetering van de kwaliteit van leven van mensen met diabetes. Wandelen is behandelen!

Deze resultaten zijn een bevestiging van de aannames die we met de betrokkenen in 2016 maakten.



²⁰ Regeer, H. et al, Beknopte rapportage van de resultaten van het onderzoek naar de effecten van de Nationale Diabetes Challenge 2017, 2017

7. Het effect van zelfmanagement op het zorggebruik en de zorgkosten

Vanaf 2016 zijn we, op basis van analyses die Vektis maakt, de ontwikkeling van zorggebruik en zorgkosten in kaart gaan brengen. Voor de SROI update van 2018 heeft Vektis twee analyses voor ZO! gemaakt:

1. Update Monitor 2018

Een update van de monitor zoals we die de afgelopen jaren (2016, 2017) is gemaakt, met de zelfde indeling van zorggroepen:

- 'Fase 1': Een groep van patiënten van huisartsenpraktijken waarvan bekend was dat zij in 2014 op een integrale en gestructureerde wijze aan de slag waren met ondersteunde zelfzorg.
- 'Fase 2': Een groep van patiënten van huisartsenpraktijken waarvan bekend was dat zij in 2015 op een integrale en gestructureerde wijze aan de slag waren met ondersteunde zelfzorg.

2. Andere indeling zorggroepen

Een analyse op basis van een andere indeling van zorggroepen: 'Beginners', 'Starters' en 'Goed op weg', als volgt gedefinieerd:

- 'Beginners': De patiënten van de zorggroepen die nog aan het begin staan van ondersteunde zelfzorg (nog geen gedragen visie hebben) of zich focussen op andere thema's/projecten, zoals ICT of fusies.
- 'Starters': De patiënten van de zorggroepen waarvan een eerste groep van tenminste 10 huisartspraktijken van start is gegaan en die een gedragen visie hebben omtrent ondersteunende zelfzorg.
- 'Goed op weg': De patiënten van de zorggroepen waarvan het merendeel van de aangesloten huisartspraktijken actief betrokken is bij implementatie en opschaling van ondersteunde zelfzorg op 1 of meerdere terreinen van het House of Care zoals nieuwe consultmodellen, eHealth, gericht verwijzen leefstijl.

In deze analyse zijn de inclusiecriteria voor CVRM-patiënten aangescherpt: alleen inclusie op basis van ketenzorg en/of MSZ, niet meer op basis van ATC (medicatie).

De groep mensen die CVRM gerelateerde medicatie krijgt voorgeschreven in namelijk erg groot (3,2 miljoen mensen, t.o.v. 800 duizend op basis van ketenzorgdeclaraties en 1,3 miljoen op basis van MSZ codes) en valt grotendeels buiten de scope van de interventies waarop ZO! zich met de zorggroepen richt.

Voor beide analyses geldt:

- De onderzoeksgroepen zijn gedefinieerd op basis van AGB-codes. Daarnaast zijn controlegroepen gedefinieerd, die zijn gematcht op basis van leeftijd(klasse), chronische aandoening, geslacht en inkomensklasse.

- De declaratiegegevens van 2014, 2015, 2016 en 2017 zijn meegenomen. 2017 was op moment van analyse nog niet volledig uitgedeclareerd.
- De volgende kosten zijn in kaart gebracht:
 - de gemiddelde kosten per patiënt per kostensoort;
 - de gemiddelde kosten voor medisch specialistische zorg uitgesplitst naar specialisme;
 - de gemiddelde kosten voor farmacie, uitgesplitst per ATC categorie.
- De kosten voor Wijkzorg zijn niet meegenomen omdat wijkzorg per 2015 in de Zvw zit en dit anders tot onvergelijkbare totalen zou leiden.
- Alle patiënten met erg hoge zorgkosten worden niet meegenomen. Uit ervaring weten we namelijk dat enkele verzekerden met extreem hoge kosten het beeld van een praktijk erg kunnen verstoren. Vaak wordt er daarom voor gekozen om deze groep verzekerden niet mee te nemen bij dergelijke analyses. Verzekerden vallen in een jaar in de categorie hoge kosten wanneer:
 - de totale kosten van een verzekerde voor de basisverzekering in het betreffende jaar meer dan € 22.500,- bedroegen.
 - de kosten van een verzekerde voor de vanuit de basisverzekering vergoede GGZ meer dan € 10.000,- bedroegen in het betreffende jaar 2014.

Over de indeling in zorgkosten:

- Kosten huisartsenhulp: zijn alle zorgkosten opgenomen die vergoed zijn vanuit de basisverzekering, exclusief de modules en consulten POH GGZ en verloskunde.
- Kosten farmaceutische hulp: zijn alleen de zorgkosten opgenomen die zijn vergoed vanuit de basisverzekering.
- Kosten MSZ: medisch-specialistische hulp door of vanwege het ziekenhuis.
- Kosten fysiotherapie: zijn alleen de zorgkosten opgenomen die zijn vergoed vanuit de basisverzekering
- Kosten eerstelijns psychologische zorg en tweedelijns GGZ:
 - De declaraties voor de POH-GGZ (consulten POH-GGZ),
 - kosten eerstelijns GGZ (tot 2013)/generalistische basis GGZ (vanaf 2014);
 - kosten tweedelijns GGZ (tot 2013)/specialistische GGZ (vanaf 2014).
- Overige kosten: zijn de zorgkosten voor alle overige zorgsegmenten opgenomen die zijn vergoed vanuit de basisverzekering. Dit omvat onder andere de kosten voor hulpmiddelen, overige paramedische zorg (niet zijnde fysiotherapie).

Indeling naar chronische aandoening:

Vektis koppelt patiënten aan een huisartsenpraktijk op basis van een combinatie van het AGB-register en de gedeclareerde inschrijvingen op naam (ION). Vervolgens selecteert Vektis binnen de betrokken praktijken de patiënten met de volgende chronische aandoeningen:

- diabetes;
- COPD/astma;
- CVRM.

De chronische patiënten worden bepaald op basis van ketenprogramma's, farmaceutische zorg en medisch-specialistische zorg (analyse 1) en op basis van ketenprogramma's en medisch-specialistische zorg (analyse 2).

Opmerking:

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van de bij Vektis aanwezige declaratiegegevens van de zorgverzekeraars. De cijfers die Vektis heeft opgeleverd bieden inzicht in de kostenontwikkeling van de praktijken die werken met zelfmanagement ten opzichte van een vergelijkbare populatie die dat niet doen. Om hier conclusies uit te trekken over het daadwerkelijke effect van zelfmanagement op deze kostenontwikkeling moeten verschillende aspecten worden beschouwd. Dit ligt buiten de scope van de opdracht aan Vektis. Wij hebben de resultaten van het onderzoek door Vektis als zodanig beschouwd en hier, met inachtneming van een aantal van deze aspecten, conclusies uit getrokken. Zie hiervoor hoofdstuk 9. *Landelijk beeld: Maatschappelijke opbrengsten*. Deze conclusies zijn voor rekening van Vital Innovators en Zelfzorg Ondersteund.

Resultaten en conclusies analyse 1: Update monitor 2018

Zie op de volgende pagina de samenvatting van de **resultaten** in tabelvorm en grafieken. Voor het complete onderzoek zie de verslaglegging van Vektis.

Conclusies:

- De minderkosten (voor de Fase 2 onderzoeksgroep) blijven vrijwel constant: €283 pppj. Dit verschil was reeds in 2014 aanwezig, dus we moeten voorzichtig zijn met het toeschrijven van deze minderkosten aan ondersteunde zelfzorg.
(NB: in 2017 was dit geanalyseerd op €354, maar wijkzorg ad €69 is hier nu uitgehaald).
- De minderkosten worden vooral veroorzaakt door besparingen MSZ en Farmacie.
- Voor 2017 zijn MSZ, GGZ en Overig nog niet uitgedeclareerd. Besparingen Farmacie in 2016 en 2017 zijn significant hoger.
- De meerkosten in eerstelijns lopen op over 2014-2017 conform verwachting.

Gemiddelde kosten per verzekerde (in euro's) in 2014 t/m 2017 voor fase 2

Jaar	Huisartsen		Farmacie		MSZ		Fysiotherapie		GGZ		Overig		Totaal	
	ZOI populatie	Controle populatie	ZOI populatie	Controle populatie	ZOI populatie	Controle populatie	ZOI populatie	Controle populatie	ZOI populatie	Controle populatie	ZOI populatie	Controle populatie	ZOI populatie	Controle populatie
2014	372	353	647	729	1645	1834	68	59	76	105	626	637	3434	3718
2015	382	352	656	740	1478	1664	64	56	73	101	461	483	3113	3396
2016	400	365	645	748	1630	1807	64	56	72	106	448	461	3259	3542
2017	414	376	664	758			66	57					1144	1190

Meer- of minderkosten per Jaar (=ZOI populatie - Controle populatie):



Figuur 2: Resultaten van Vektis analyse 1: Update Monitor 2018

Resultaten en conclusies analyse 2: Andere indeling zorggroepen

Zie op de volgende pagina's de samenvatting van de **resultaten** in tabelvorm en grafieken. Voor het complete onderzoek zie de verslaglegging van Vektis.

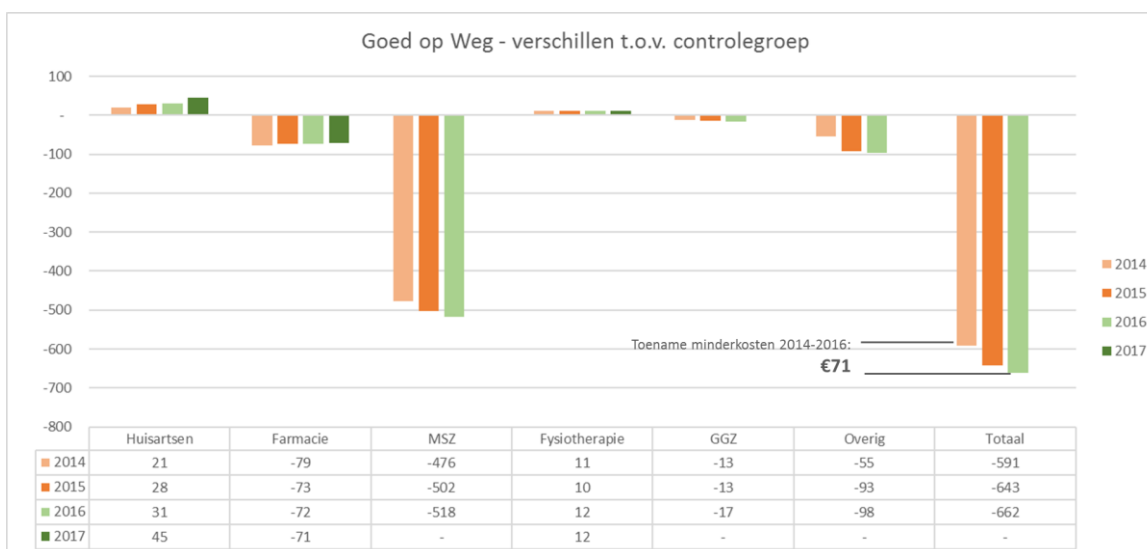
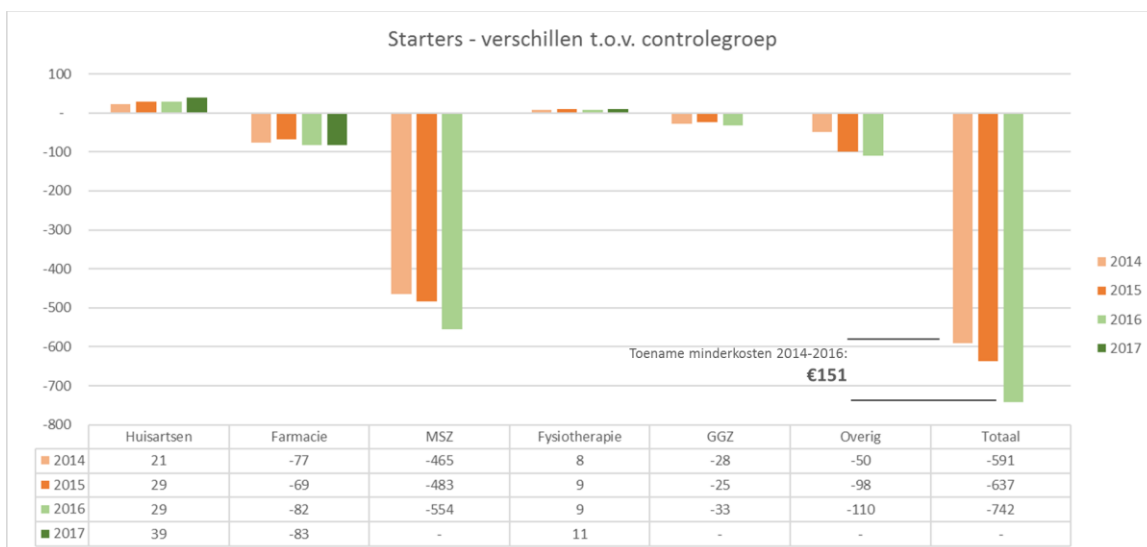
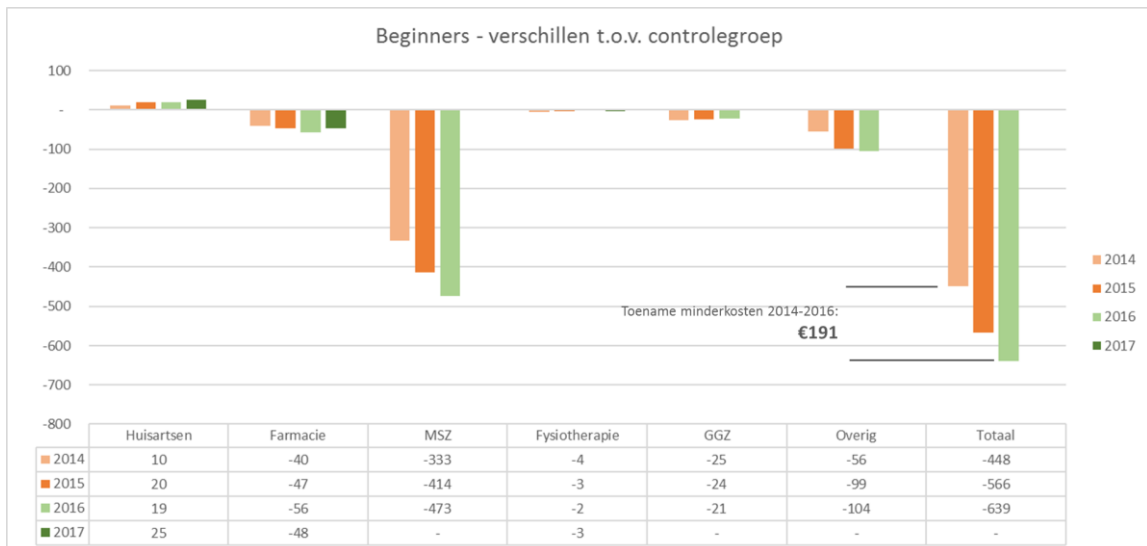
Conclusies algemeen:

- Verschillen tussen alle groepen en controlegroepen nemen toe over 2014-2016. De toename in minderkosten (Totale kosten) over de periode 2014-2016 is voor de groep 'Beginners' €191 pppj, voor de groep 'Starters' €151 pppj, en voor de groep 'Goed op weg' €71 pppj.
- Deze toenemende minderkosten voor de onderzoeksgroepen (dit zijn de groepen die met ondersteunde zelfzorg aan de lag zijn) is een duidelijke indicatie dat zelfzorg bijdraagt aan minder zorgkosten en zorggebruik.
- De totale minderkosten zijn 10-18% t.o.v. de controlegroepen.
- Kosten Huisartsen en Fysiotherapie zijn juist iets hoger en nemen iets toe.
- Deze verschillen zijn in lijn met de bevindingen uit de kennissynthese (2015) en de bevindingen uit later onderzoek naar zelfmanagement, op hoofdlijnen (zie hoofdstuk 9. Landelijk beeld: Maatschappelijke opbrengsten):
 - In het algemeen laten de studies zien dat zelfmanagementinterventies in eerste instantie vaak meer geld kosten, maar dat kostenbesparingen vooral op de langere termijn mogelijk zijn.
 - De meeste studies tonen aan dat zelfmanagementinterventies het zorggebruik kunnen terugdringen en leiden tot betere klinische uitkomstmaten dan de huidige standaardzorg.
 - De kostenbesparingen van interventies worden in de meeste gevallen veroorzaakt door een afname van het gebruik van duurdere spoedeisende hulp en ziekenhuiszorg.
 - De meest relevante studies laten een besparing zien van 10%-25%.
 - Hoe beter de interventie afgestemd is op de doelgroep, hoe beter de resultaten.

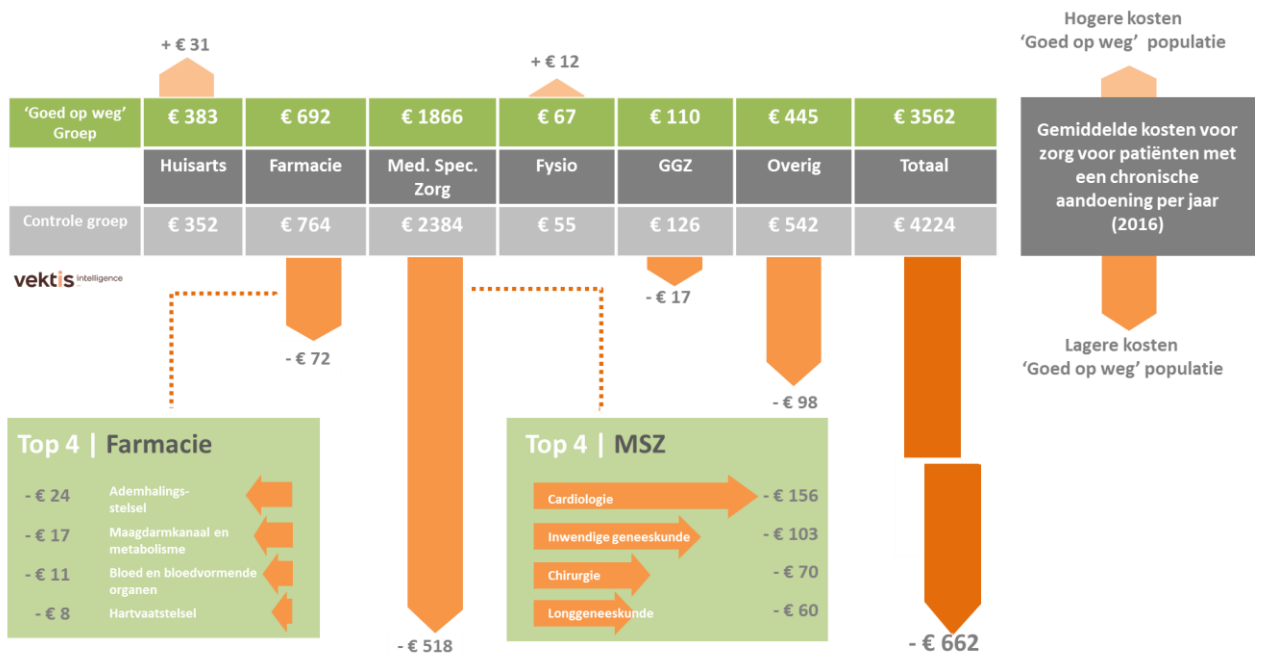
Conclusies voor 2016:

- Minderkosten voor 'Goed op weg groep' € 662 pppj t.o.v. steekproef (gemiddeld per verzekerde).
- Dit verschil is groter dan uit eerdere analyse, als gevolg van nauwere kadering van de CVRM groep. De patiënten met alleen ATC (medicatie) zijn niet geïncludeerd; hierdoor zijn de gemiddelde zorgkosten voor de geïncludeerde groep hoger.
- Het verschil wordt voornamelijk veroorzaakt door minderkosten MSZ (€ 518: voornamelijk door minderkosten 1) cardiologie, 2) inwendige geneeskunde, 3) chirurgie en 4) longgeneeskunde) en: minderkosten farmacie (€ 72: voornamelijk door minderkosten medicatie voor 1) ademhalingsstelsel, 2) maagdarmkanaal en metabolisme, 3) bloed en bloedvormende organen en 4) hart vaatstelsel).
Dit is in lijn met de verandertheorie van ZO!

- De totale minderkosten bij de groep 'Beginners' zijn in 2016 het laagst (-€639 t.o.v. controlegroep). De meerkosten voor huisartszorg zijn voor de groep 'Beginners' het laagst (+€19 t.o.v. controlegroep. Dit is in lijn met de verandertheorie van ZO!
- De totale minderkosten bij de groep 'Starters' zijn in 2016 hoger dan bij de groep 'Goed op weg' (-€742 versus -€662 pppj t.o.v. de controlegroepen). Dit is een minder eenduidig resultaat. Mogelijke verklaringen:
 - Alle zorggroepen die bij ZO! in beeld zijn, zijn actief zijn met zelfmanagement, waarbij er sprake is van een leereffect, waardoor de verschillen nivelleren (zorggroepen die later starten boeken eerder resultaat).
 - Het inclusiepercentage voor groep 'Goed op weg' is 12,3% en voor de groep "Starters" 11,7%. De prevalentie van COPD, CVRM en diabetes in de patiëntenpopulatie van de 'Goed op weg' groep is dus hoger en deze patiëntenpopulatie is mogelijk ook 'zwaarder' in zorggebruik en zorgkosten.
 - Bij de 'Goed op weg' groep vlakken de totale minderkosten t.o.v. de controlegroep af in 2016, in tegenstelling tot de minderkosten bij de 'Beginners' en 'Starters' groepen die nog steeds lijven toenemen. Dit zou kunnen wijzen op een limiet aan de te realiseren minderkosten.
- Om de verschillen tussen de groepen nader te duiden is vervolgonderzoek nodig.



Figuur 3: Verschillenanalyse - Onderzoeksgroepen versus controlegroepen (meer- of minderkosten)



Figuur 4: Verschillenanalyse 'Goed op weg' groep versus controlegroep, 2016

8. Landelijk beeld: Maatschappelijke investeringen

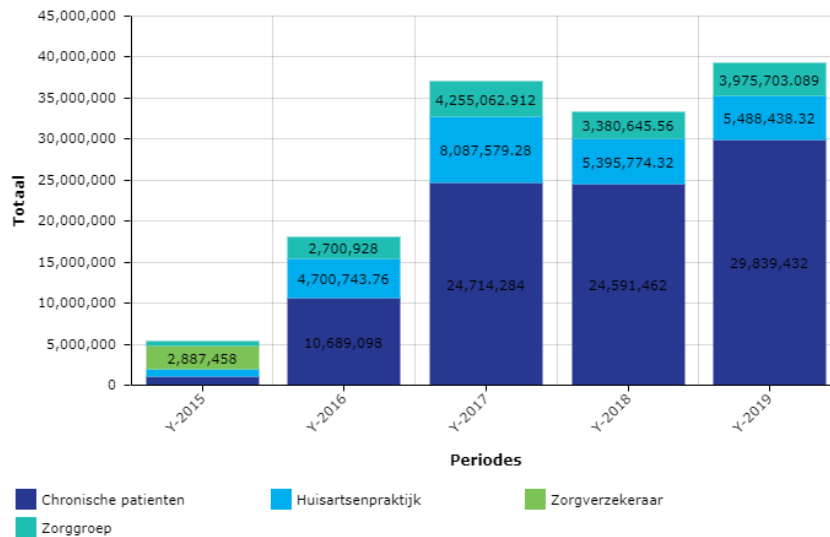
Om de totale maatschappelijke investeringen in kaart te brengen, kwantificeren we de input van de stakeholders. De inbreng kan in tijd of in geld zijn, maar wordt in alle gevallen omgerekend naar een waarde in euro's. In onderstaande tabel is de inbreng per stakeholder berekend (teruggerekend naar inbreng per gemiddelde huisarts praktijk). Het bedraagt de totale inbreng voor de periode van 5 jaar (2015-2019). Voor de investering van de huisartsenpraktijken en zorggroepen is een onderliggende berekening gemaakt, die in dit hoofdstuk verder is toegelicht.

Tabel 2: Inbreng per stakeholder, per gemiddelde huisartspraktijk, 2015-2019

Stakeholder	Waardering input	Toelichting
Patiënt	€ 17.874	Initieel: 4 uur investering in leren kennen van zelfzorg interventies / instrumenten, initiële training. Structureel: 3 uur per jaar voor structurele training en extra tijd nodig voor zelfzorg tools Voor het uptake scenario (aantallen patiënten per jaar) zie Tabel 1 De tijdsinvestering van patiënten waarderen we op €14 per uur (gemiddelde in casemix). Deze tijdsprijs wordt gewaardeerd volgens de aanbevolen waarderingsmethodiek van Zorginstituut Nederland. ²¹
Huisartsenpraktijk	€ 5.570	Het betreft een combinatie van initiële en structurele investeringen in tijd en geld. Deze tijdsprijzen wordt gewaardeerd volgens de aanbevolen waarderingsmethodiek van Zorginstituut Nederland. Voor een verdere toelichting zie de kostenanalyse huisartsenpraktijk en zorggroep.
Zorggroep	€ 3.445	Het betreft een combinatie van initiële en structurele investeringen in tijd en geld. Voor een verdere toelichting zie de kostenanalyse huisartsenpraktijk en zorggroep.
Zorgverzekeraar	€ 2.533	Dit betreft een verrekening van de compensatie die de zorgverzekeraars beschikbaar hebben gesteld voor de initiële kosten in de huisartspraktijk (€10 miljoen voor 3 jaar). Tevens meegenomen: de onkosten van ZO! (€2.887.458 voor de periode 2015-2017)

Hieronder het overzicht van de input over 5 jaar door de verschillende stakeholders.

²¹ Zorginstituut Nederland. Kostenhandleiding: Methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. 2015



Figuur 5: Overzicht input totaal (in €, voor heel Nederland)

Toelichting inbreng patiënten

Onder patiënten vallen de patiënten met diabetes, CVRM, COPD & astma. De aantallen patiënten uit de jaardoelstellingen van ZO! zijn aangehouden. Hieraan ten grondslag liggen aannames over de uptake van ZO! en karakteristieken van de patiënten: 30% is piloot of co-piloot (komt in aanmerking voor zelfzorg). Implementatiegroei: 20% per jaar. (Dus in 5 jaar zijn alle piloten en co-piloten aan de slag met ondersteunde zelfzorg, van de participerende zorggroepen).

De inbreng per patiënt is een gemiddelde over de verschillende patiëntgroepen en over de verschillende zelfzorg interventies. De inbreng door patiënten varieert uiteraard per patiënt, afhankelijk van het type patiënt en de manier waarop zij met hun ziekte omgaan (piloot of passagier?). We doen hier een aanname voor het gemiddelde van de groep die het meest in aanmerking komt voor ondersteunde zelfzorg op basis van de ervaringsgegevens uit de bestaande implementaties (op basis van de rapportage van ResCon²²) welke zijn besproken in de workshops met de betrokken stakeholders.

Zie voor de gedetailleerde berekende input: Bijlage A: Waardes en berekeningen.

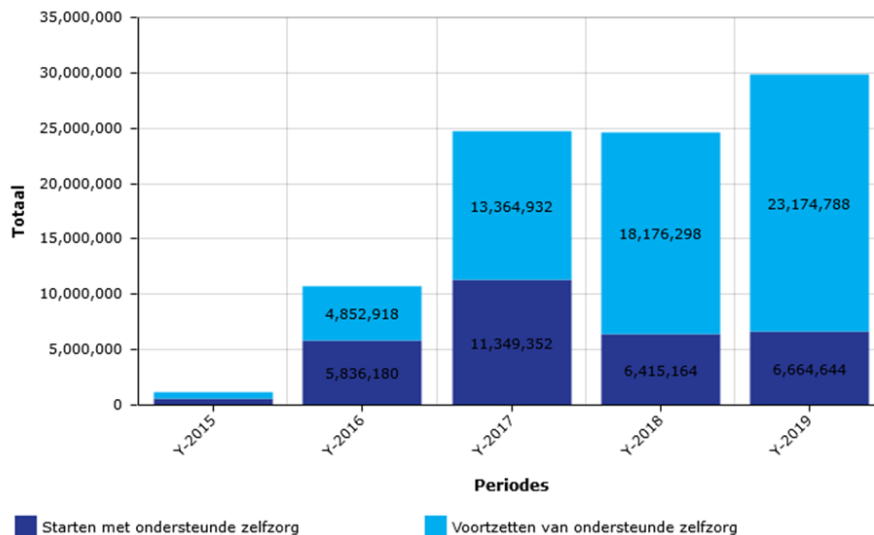
NB: Het gaat hierbij nadrukkelijk om de extra investering door patiënten (in tijd, zowel initieel als structureel) om met ondersteunde zelfzorg (met de ZO! focus zoals hierboven beschreven) te starten en dit voort te zetten:

- Initieel: de investering (in tijd) in het leren kennen van zelfzorg interventie en/of instrumenten en initiële training.
- Structureel: de investering (in tijd) die nodig is om ondersteunde zelfzorg voort te zetten (het leren kennen van nieuwe interventies en/of instrumenten, structurele training en de extra tijd die nodig is voor registratie en monitoring in zelfzorg tools).

²² ResCon, Monitoring- en evaluatieonderzoek implementatiepilots, 2015

Het deelnemen aan generieke zelfzorg activiteiten, zoals het bijwonen van een patiëntbijeenkomst, het meedoen aan een wandelgroep etc. is niet meegenomen in als input in de SROI analyse. Dit wordt niet gezien als extra investering om ondersteunde zelfzorg toe te passen maar als een andere manier van met tijd omgaan.

Zie voor de gedetailleerde berekende input: Bijlage A: Waardes en berekeningen. Hieronder het overzicht van de input over 5 jaar door de patiënten.



Figuur 6: Overzicht input patiënten (in €, voor heel Nederland)

Toelichting inbreng huisartsen en zorggroep

Inleiding

In grote lijnen vindt de zorg voor het merendeel van de patiënten met diabetes, CVRM, COPD & astma plaats in de huisartsenpraktijk. Het betreft over het algemeen mensen bij wie de diagnose recent is gesteld en patiënten die stabiel zijn ingesteld of een minder complexe behandeling nodig hebben.

Huisartsen werken samen in zorggroepen die ketenzorg leveren aan patiënten met chronische ziekten. Ze hanteren daarbij de zorgstandaarden voor deze aandoeningen als uitgangspunt voor de ketenzorgprogramma's die ze samen met hun ketenpartners aanbieden. Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd. De zorggroep is verantwoordelijk voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio. Met de term 'zorggroep' wordt de hoofdcontractant van de ketenzorgprogramma's bedoeld.

De inhoud van de zorg voor mensen met chronische ziekten wordt beschreven zorgstandaarden. In deze standaarden wordt beschreven welke medische interventies nodig zijn, welke educatie noodzakelijk is, welke adviezen er met betrekking tot de leefstijl gegeven moeten worden en in welke situaties consultatie van of verwijzing naar een andere hulpverlener met specifieke deskundigheden wenselijk is.

Het verloop van het ziekteproces en de bijbehorende behandeling worden gemonitord door het multidisciplinair behandelteam onder verantwoordelijkheid van de behandelend huisarts.

Zorg voor patiënten met chronische ziekten is altijd zorg-op-maat. De patiënt zelf speelt een sleutelrol bij de uitvoering, evaluatie en bijsturing van de behandeling en begeleiding. De patiënt dient hiertoe volledig geïnformeerd te zijn over de ziekte, de behandelmogelijkheden en het eigen behandelplan.

Eén van de belangrijkste doelstellingen bij de implementatie van ketenzorg voor chronische patiënten is het verbeteren van de kwaliteit van de geleverde zorg en daarmee de uitkomsten van deze zorg.

Zie hieronder het overzicht van de prevalentie van de genoemde chronische aandoeningen en welk percentage onder behandeling is in de eerste lijn. (Bron: Benchmark Keten zorg, InEen²³).

Zorgprogramma	Prevalentie	Onder behandeling in eerste lijn (opgenomen in zorgprogramma)	Opmerkingen
Diabetes Mellitus type 2	5,3%	85%	Percentage onder behandeling in de eerste lijn is de laatste jaren gestabiliseerd
Vasculair Risico Management bij patiënten met een hart vaatziekte (HVZ)	4,6%	60%-65%	Grote spreiding in prevalentie Grote spreiding in inclusie in zorgprogramma
COPD	2,0%	63%	Percentage onder behandeling in de eerste lijn is de laatste jaren gestabiliseerd
Astma	4,8%	34%	Inclusiepercentage in zorgprogramma neemt af

Uitgangspunten

In de maatschappelijke businesscase bepalen we de integrale kosten voor de inbedding van zelfzorg in een gemiddelde huisartsenpraktijk. De belangrijkste uitgangspunten hierbij zijn (in aanvulling op de afbakening zoals hiervoor beschreven):

- De kosten per uur (loonkosten plus praktijkkosten) van huisarts, POH en huisartsassistente zijn gebaseerd op gegevens van de Nza²⁴ en de LHV²⁵.
- Er wordt uitgegaan van integrale bekostiging via een keten-dbc. Integrale bekostiging houdt in dat de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder per chronische zorgvorm één, vrij onderhandelbaar, tarief afspreken voor de totale multidisciplinaire zorgverlening.²⁶
- De controles worden gedaan door, conform de zorgstandaarden, de huisarts dan wel de POH.

²³ InEen, Transparante ketenzorg diabetes mellitus, COPD en VRM, rapportage zorggroepen over 2016, juni 2017

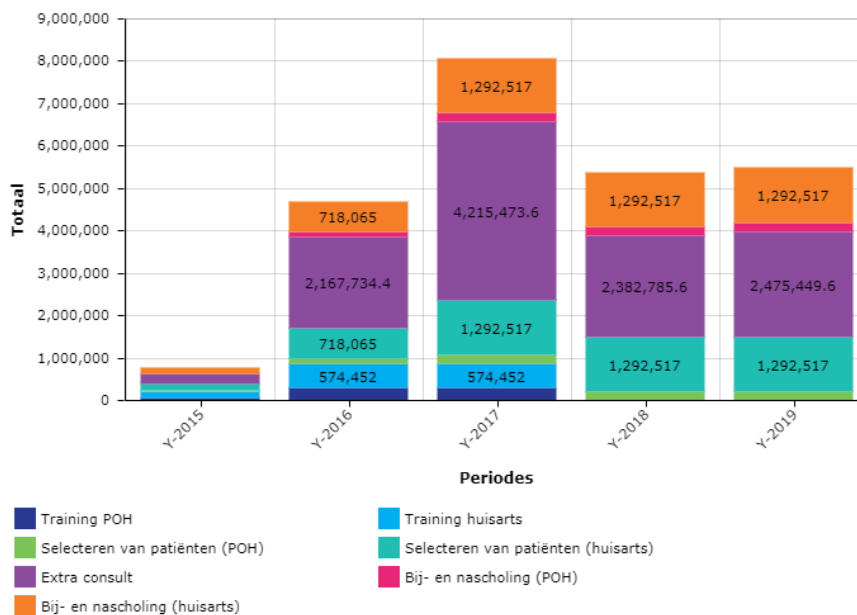
²⁴ Nza, Tariefbeschikking Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2017 (TB/REG-17621-03)

²⁵ LHV Rekenhulp, lhv.artsennet.nl

²⁶ Nza, Marktsctan ketenzorg 2014

- De kosten voor de implementatie van zelfzorg in een gemiddelde praktijk zijn berekend voor een periode van 5 jaar (2015-2019). De kosten bestaan uit initiële en structurele kosten.
- De initiële kosten bestaan uit de kosten voor training van huisarts en POH en ICT implementatie.
- De structurele kosten bestaan uit kosten voor het selecteren en uitnodigen van patiënten voor een intake / eerste consult om zelfzorg op te starten, de kosten voor het doen van de extra praktijkconsulten om de zelfzorg op te starten, de kosten voor jaarlijkse bij- en nascholing, de kosten licenties voor tooling en de kosten voor projectmanagement.
- Het gaat hierbij dus nadrukkelijk om de extra investeringen (in tijd en geld) om ondersteunde zelfzorg in de praktijk mogelijk te maken (met de ZO! focus zoals hierboven beschreven), met behulp van adequate tooling, inclusief de inspanning om gedragsverandering te bewerkstelligen.
- Een aantal kosten wordt op zorggroep niveau gemaakt: de kosten voor initiële training, de initiële kosten voor ICT implementatie, de structurele kosten voor licenties voor tooling, en de structurele kosten voor projectmanagement.
- Er wordt gerekend met de resulterende inspanningen per gemiddelde praktijk met 3326 ingeschreven patiënten. Deze gemiddelde praktijk is aangesloten bij een zorggroep bestaande uit gemiddeld 100 gemiddelde huisartspraktijken^{27,28}.

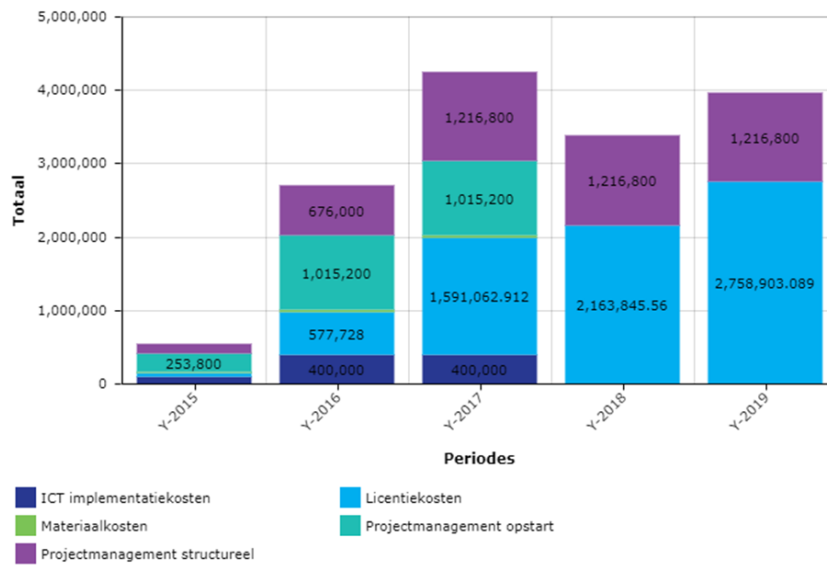
Hieronder het overzicht van de input over 5 jaar door de huisartspraktijken en zorggroepen. Zie voor de gedetailleerde berekende input: Bijlage A: Waardes en berekeningen.



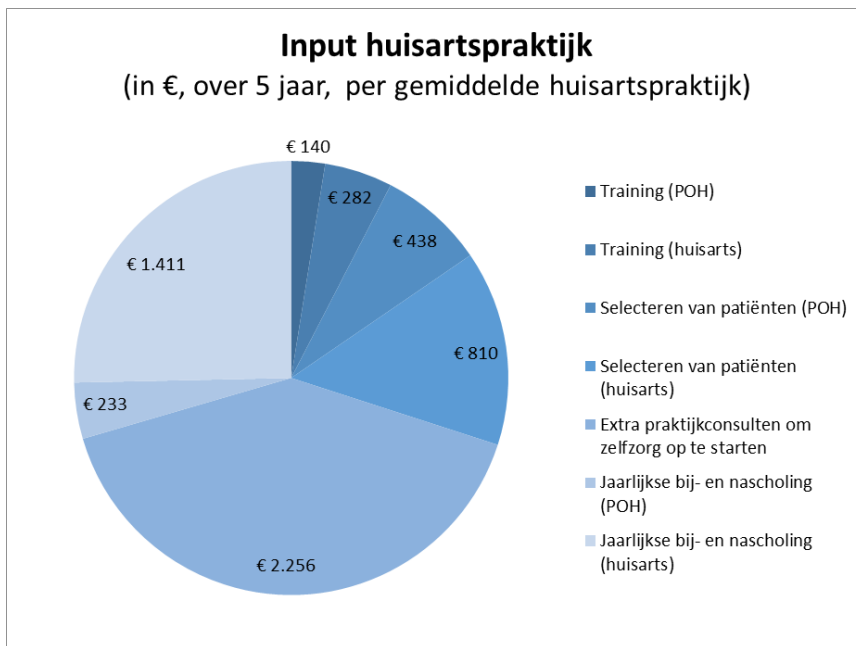
Figuur 7: Overzicht input huisartspraktijk (in €, voor heel Nederland)

²⁷ Nivel, Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2013

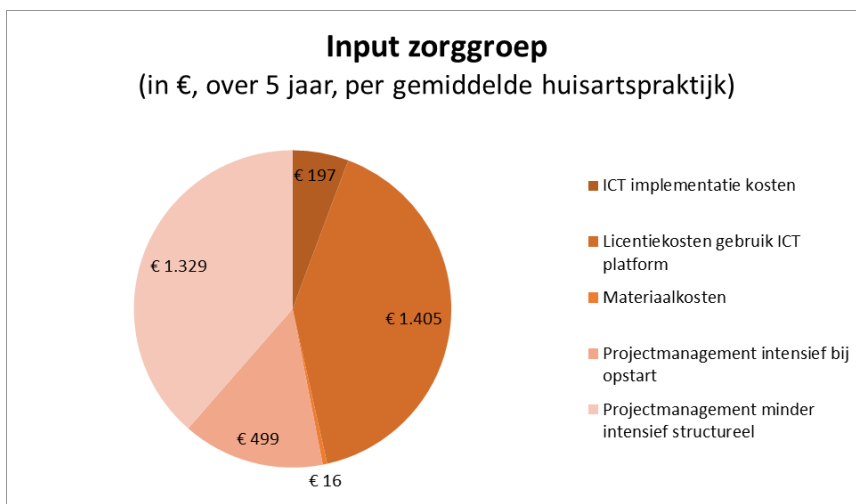
²⁸ LHV, <https://www.lhv.nl/uw-beroep/over-de-huisarts/kerncijfers-huisartsenzorg>



Figuur 8: Overzicht input zorggroep (voor heel Nederland)



Figuur 9: Verdeling input huisartspraktijk



Figuur 10: Verdeling input zorggroep

De totale kosten voor een gemiddelde huisartsenpraktijk (aangesloten bij een zorggroep) over 5 jaar bedragen € 9.015. Voor een landelijke uitrol is een investering van zo'n € 36 miljoen (over 5 jaar) nodig, waarvan €13,6 miljoen op het niveau van de zorggroepen.

Toelichting inbreng zorgverzekeraars

Als inbreng van de zorgverzekeraar rekenen we met compensatie die de zorgverzekeraars beschikbaar hebben gesteld voor de initiële kosten in de huisartspraktijk. €10 miljoen voor 3 jaar verdeeld over alle 5088 gemiddeld huisartspraktijken = € 1.965

Tevens nemen we mee: de onkosten van ZO! voor de periode 2015-2017. Totaal €2.887.458 verdeeld over alle 5088 gemiddeld huisartspraktijken = € 568

Niet meegenomen: de tijdinvestering door zorginkopers in het overleg met zorggroepen, bijvoorbeeld over inkoop van zelfzorg en betrokken blijven bij het proces. Dit wordt beschouwd als behorend tot de reguliere werkzaamheden.

9. Landelijk beeld: Maatschappelijke opbrengsten

Voor het berekenen van de maatschappelijke opbrengsten hebben we per stakeholder bepaald welke toegevoegde waarde (outcome) wordt geleverd door de implementatie van ondersteunde zelfzorg in de huisartsenpraktijk. De toegevoegde waarde corrigeren we daarbij voor de kans dat dit effect spontaan optreedt (deadweight) en dat dit effect toe te schrijven is aan inspanningen van anderen (attributie). De toegevoegde waarde wordt aan de hand van gekozen indicatoren omgerekend naar een waarde in euro's. Op deze manier kunnen de uitkomsten met elkaar worden vergeleken en afgezet worden tegen de investering. Hieronder is het model voor het berekenen van het maatschappelijke rendement weergegeven.

Over aannames en evidence

Voor het waarderen van de outcomes is gebruik gemaakt van:

- data en rapporten zoals reeds beschikbaar voor de SROI analyse vanaf 2014 (o.a. RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, Diagnose Diabetes 2025²⁹ en het ZonMw programma Diseasemanagement Chronische Ziekten (DMCZ) zoals dat door iBMG is uitgevoerd³⁰;
- de Kennissynthese Zelfmanagement (2015), zoals opgesteld door NIVEL, RIVM, CBOimpact en TNO, in opdracht van ZonMw;
- aanvullend wetenschappelijk onderzoek in de periode 2015-2018;
- de ervaringskennis van betrokkenen bij ZO!, middels workshops, uitvraag en gesprekken;
- de regionale SROI analyses zoals die in 2016, 2017 en 2018 zijn uitgevoerd;
- de Vektis analyses van de ontwikkeling van zorggebruik en zorgkosten van patiënten van huisartsen die bezig zijn met zelfmanagement t.o.v. patiënten van huisartsen die niet bezig zijn met zelfmanagement (uitgevoerd in 2016 over de periode 2013-2014, in 2017 over de periode 2014-2015 en in 2018 over de periode 2014-2017 (waarbij het jaar 2017 eind 2018 nog niet volledig uitgedeclareerd was). Zie de toelichting in hoofdstuk 7. *Het effect van zelfmanagement op het zorggebruik en de zorgkosten.*

Door de Vektis analyse ontstaat een steeds scherper beeld van de minderkosten van ondersteunde zelfzorg.

Voor het berekenen van de outcomes voor de werkgever en gemeente zijn zo goed mogelijk gevalideerde aannames gedaan, op basis van wetenschappelijke bevindingen en de inzichten en expertise vanuit ZO! Nader onderzoek naar met name de effecten van zelfmanagement (in de context van ZO!) op productiviteit en langdurig verzuim op langere termijn is echter nodig. Hiervoor moeten deze stakeholders (werkgevers en gemeenten) nadrukkelijk worden betrokken.

²⁹ Achterliggende berekeningen van Diagnose Diabetes 2025 zijn verkregen via de NDF.

³⁰ Samenvatting iBMG DMCZ evaluatie, 2014

Stakeholder	Outcome	Indicator	Methode van waarden
Patiënt	Hogere kwaliteit van leven	Kwaliteit van leven	QALY
	Minder netto tijdsbesteding eigen zorgproces	Tijdsbesteding	Tijdsbesteding zorg en ondersteunde zelfzorg
Huisartsenpraktijk	Verlichten werkdruk huisartsenpraktijk	Ervaren werkdruk	Perceived value*
	Hogere kwaliteit van zorg	Ervaren toegevoegde waarde	Perceived value* ³¹
Zorggroep	Hogere doelmatigheid van zorg	Minder directe kosten per patiënt	Tijdsbesparing door minder consulten
	Geen	n.v.t.	n.v.t.
Zorgverzekeraar	Lagere zorgkosten per patiënt	Gemiddelde zorgkosten per patiënt (Vektis data)	Besparing zorgkosten tweede lijn
Werkgever	Minder productiviteitsverlies	Afwezigheid t.g.v. zorg	Tijdsduur afwezigheid i.c.m. loonkosten
	Afname ziekteverzuim	Verzuimkosten per werknemer	Kosten gemiddelde verzuimdag
Gemeente	Verhoogde zelfredzaamheid	Omvang aanspraak Wmo	Waarde gemiddelde Wmo-aanspraak
	Minder langdurig verzuim	Instroom WIA	Kosten WIA uitkering o.b.v. modaal inkomen

*Perceived value is gebruikt indien de waarde alleen vast te stellen is door de stakeholder te raadplegen. Dit valt buiten de scope van deze maatschappelijke businesscase, maar kan in later onderzoek worden vastgesteld.

De opbrengsten zijn aan de hand van bovenstaand model gekwantificeerd en gemonetariseerd. Zie voor de gedetailleerde berekening van de outcomes: Bijlage A: Waardes en berekeningen.

In onderstaande tabel en grafiek een overzicht van de uitkomsten (berekend voor heel Nederland).

³¹ ACIC of PACIC meetinstrumenten kunnen hiervoor gebruikt worden

Outcomes

Tabel 3: Outcomes en impact claim (totaal voor heel Nederland)

Stakeholder	Outcome	Impact Claim	Valuation (totaal voor heel Nederland over 5 jaar)	Per patiënt per jaar (gemiddeld over 5 jaar)
Chronische patiënten	Hogere kwaliteit van leven	12%	€ 223.119.359	€ 156
Chronische patiënten	Minder tijdbesteding eigen zorgproces	12%	€ 15.900.341	€ 11
Huisartsenpraktijk	Hogere doelmatigheid zorgverlening	14%	€ 6.146.107	€ 4
Zorgverzekeraar	Lagere zorgkosten per patiënt	20%	€ 194.971.199	€ 136
Werkgever	Minder productiviteitsverlies	12%	€ 24.752.304	€ 17
Werkgever	Afname ziekteverzuim	9%	€ 16.704.900	€ 12
Gemeente	verhoogde zelfredzaamheid	12%	€ 7.313.357	€ 5
Gemeente	Minder langdurig ziekteverzuim	12%	€ 83.539.607	€ 58

Impact: deadweight en attributie

Eén van de essentiële principes bij het maken van een SROI analyse is niet te 'overclaimen'.

De berekende uitkomsten worden gecorrigeerd voor:

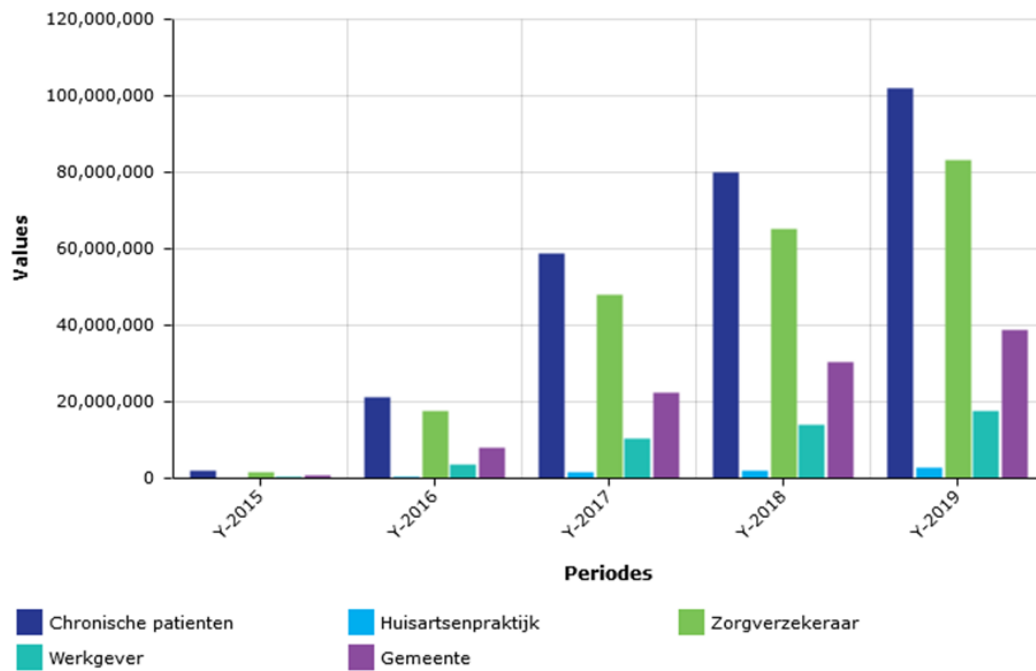
- de kans dat dit effect spontaan optreedt (deadweight);
- de kans dat dit effect toe te schrijven is aan inspanningen van anderen (attributie).

De impactfactoren deadweight en attributie worden standaard conservatief (hoog) gesteld.

Door op een conservatieve manier de impactfactoren deadweight en attributie toe te passen wordt overclaimen voorkomen en worden al te rooskleurige jubelscenario's vermeden.

Voor deze SROI analyse update voor ZO! hebben we gerekend met waardes voor deadweight en attributie tussen de 50%-70%. M.a.w.: de netto impact van het effect waarmee gerekend wordt, dat niet spontaan optreedt en alleen aan de desbetreffende innovatie is toe te schrijven, ligt daarmee tussen de 9% en 20%.

Hieronder het overzicht van de outcomes over 5 jaar.



Figuur 11: Outcomes totaal (voor heel Nederland)

Hieronder worden de belangrijkste aannames toegelicht.

Outcomes – Patiënt

Hogere kwaliteit van leven - QALY

Over het gebruik van QALY in maatschappelijke kosten baten analyses³⁷:

(De QALY winst) is bedoeld als een kengetal. Het zijn geen échte euro's die je zou kunnen uitgeven, of die meetellen in het bruto binnenlands product (BBP). Het gaat ook niet om een drempelwaarde die beslissend is of de maatregel (bijvoorbeeld de beslissing om een bepaalde behandeling al dan niet uit de basisverzekering te financieren) wel of niet doorgaat. Het doel van moneteriseren is om een zorgvuldige afweging van alle kosten en baten van een interventie-beleidsmaatregel niet alleen te inventariseren, maar ook te waarderen om zo een zorgvuldige afweging mogelijk te maken.

(...) Een belangrijke witte vlek in het bestaande onderzoek naar het waarderen van de baten van de volksgezondheid betreft de care. Alle beschikbare schattingen van de waarde van een QALY hebben betrekking op de curatieve zorg.

Uit de kennissynthese:

Kwaliteit van leven: In de studies waarin gekeken is naar de effecten op de kwaliteit van leven van mensen met chronische ziekten worden vaak meerdere aspecten van kwaliteit van leven onderzocht. De effecten van zelfmanagementondersteuning op fysiek functioneren en psychisch welbevinden (met name depressieve klachten) zijn niet eenduidig en het is lastig te bepalen welk type interventie nu de meest gunstige uitkomsten geeft, aangezien de interventies enorm verschillen in opzet en doelgroep. Wel kan men stellen dat zelfmanagementinterventies die zich specifiek richten op het leren omgaan met de gevolgen van een chronische ziekte in het dagelijks leven vaker ook verbeteringen laten zien op kwaliteit van leven als uitkomstmaat.

Gezondheidsuitkomsten: Overzichtsstudies waarin gekeken is naar effecten op gezondheidsuitkomsten bieden over het geheel genomen positief bewijs voor betere klinische uitkomsten als gevolg van zelfmanagement. In de studies waarin een meta-analyse werd uitgevoerd, is de grootte van het effect meestal klein tot matig. Een meta-analyse van 23 RCTs gericht op leefstijlverandering bij mensen met hart- en vaatziekten en waarin zelfmanagementvaardigheden werden aangeleerd zoals het stellen van doelen, zelfmonitoring, plannen en zelfevaluatie, liet zien dat deze programma's leidden tot een daling van de mortaliteit zowel algemeen als ten gevolge van hart- en vaatziekten. Ook daalde het aantal ongeplande ziekenhuisopnames en het aantal fatale hartinfarcten.

In verschillende een kosteneffectiviteitsanalyses (KEA's) van zelfmanagement worden de kosten vergeleken met de winst in QALY (Quality-Adjusted Life Years). We halen een aantal relevante onderzoeken aan:

- In een KEA naar educatie en zelfmanagement van diabetes patiënten is een toename van 0,04 QALY geconcludeerd³².

³² Gilllett, M. et al, Delivering the diabetes education and self management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cost effectiveness analysis, BMJ 2010

- Uit een internationale meta analyse uit 2016 is de relatie tussen HbA1c en QALY geconcludeerd: 1% reductie van het HbA1c resulteert in een toename van 0,371 QALY³³. Uit verschillende studies blijkt dat zelfmanagement op langere termijn het HbA1c verlaagd. Zo werd voor groepstraining ter bevordering van zelfmanagement een daling van gemiddeld 1% van het HbA1c geconcludeerd³⁴.
- In KEA's naar een zelfmanagementprogramma voor patiënten met COPD is een toename van tussen de 0.0831 QALY en 0,1 QALY geconcludeerd^{35,36}

Waardering QALY varieert tussen 18.000-80.000. We rekenen met €36.000, gezien de relatief lage ziektelast van DMII, COPD/Astma en CVRM. Dit is ook de waarde die het RIVM in 2014 concludeert, rekening houdend met onder andere inflatiecorrectie³⁷. Uitgaande van een gemiddeld effect voor iedere patiënt. We rekenen met een toename van 0,04 QALY. De toegevoegde waarde van 0,04 QALY bedraagt dan €1440 per jaar. Deze uitkomst wordt gerekend vanaf het moment dat een patiënt met ondersteunde zelfzorg start.

We rekenen met een impactclaim van 12%, dus de netto opbrengst waarmee gerekend wordt is €173.

Minder netto tijdsbesteding eigen zorgproces

We rekenen met een besparing tijd op 3 onderdelen:

- reguliere consulten, 1,5 fysieke consulten minder per jaar (wel 1 e-consult extra). Dit bedraagt een besparing van 20 minuten per jaar;
- een verwachte besparing op reis- en wachttijd van 1 uur per jaar;
- een besparing in tijd besteed aan zelfmanagement door het geïntegreerd aanbieden en de verbinding met de zorg. Aannee op 30 min per maand.

De totale besparing bedraagt 7 uur en 20 minuten per jaar per patiënt. We rekenen met een gemiddelde waarde van €14 per uur (gemiddelde in casemix) voor contacttijd, wachttijd, reistijd en zelfmanagement. Deze tijdprijs wordt gewaardeerd volgens de aanbevolen waarderingmethodiek van Zorginstituut Nederland.³⁸

We rekenen met een impactclaim van 12%, dus de netto opbrengst waarmee gerekend wordt is €12.

³³ Hua et al, How Consistent is the Relationship between Improved Glucose Control and Modelled Health Outcomes for People with Type 2 Diabetes Mellitus? a Systematic Review, 2016

³⁴ Deakin et al, Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005

³⁵ Jordan et al, Supported self-management for patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an evidence synthesis and economic analysis, 2015

³⁶ Dritsaki et al, An economic evaluation of a self-management programme for patients with COPD, 2015

³⁷ [Pomp, M. et al, Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning, RIVM 2014](#)

³⁸ Zorginstituut Nederland. Kostenhandleiding: Methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. 2015

Uit de kennissynthese

Gebruik van zorg: Over het algemeen lieten studies naar zelfmanagement bij mensen met diabetes, hart- en vaatziekten en astma een afname in het zorggebruik zien, met name via een daling in het aantal (ongeplande) ziekenhuisopnames en het gebruik van eerstelijnszorg.

Het Nivel benoemt dat lange termijn effecten van zelfmanagement voor patiënten buiten de 5 jaar termijn van de SROI analyse vallen.

M.b.t. zelfmanagementgedrag en determinanten: de meeste interventies waarin educatie centraal stond leidden tot een vermeerdering van kennis, maar niet automatisch tot gedragsverandering of een toename van de eigen effectiviteit. Dit is als uitkomst daarom verder niet meegenomen.

Outcomes – Huisartspraktijk en zorggroep

Hogere doelmatigheid (minder directe kosten per patiënt)

Aanname: minder driemaandelijke consulten; van 4 naar 2 consulten door POH'er, 1 extra consult voor opstart. Door het wegvallen van een consult wordt hier efficiëntie winst behaald. Dit geldt alleen voor de 30% piloten en co-piloten.

Een relevante recente ontwikkeling in dit verband is dat in 2014 binnen de ketenzorg Diabetes is besloten dat de frequentie van het aantal consulten van standaard 4 consulten naar 2 of 3 bij de mindere gecompliceerde diabeten (stabiele instelling) patiënten kan. Voor dergelijke effecten wordt gecompenseerd door de impactfactoren deadweight en attributie (zie hieronder).

Niet meegenomen:

- Vermindering van ervaren werkdruk. Hierover is gesproken tijdens de workshops. Hiervoor zijn aanwijzingen maar geen evidence. Uit de ResCon rapportage:
Een POH'er geeft aan dat ze veel meer rust ervaart en met een minder zwaar gevoel naar huis gaat.
- Ervaren van meer toegevoegde waarde. Hierover is gesproken tijdens de workshops. Hiervoor zijn aanwijzingen maar geen evidence. Uit de ResCon rapportage:
Een POH'er zegt: 'Ik ervaar veel leukere consulten. De patiënt neemt een actieve houding aan. Het geeft mij tijdwinst.'

Uit de kennissynthese

Gebruik van zorg: Over het algemeen lieten studies naar zelfmanagement bij mensen met diabetes, hart- en vaatziekten en astma een afname in het zorggebruik zien, met name via een daling in het aantal (ongeplande) ziekenhuisopnames en het gebruik van eerstelijnszorg. Deze uitkomst wordt gekwantificeerd bij de zorgverzekeraars.

Outcomes – Zorgverzekeraar

Lagere zorgkosten per patiënt

Conclusies uit het onderzoek van Vektis:

Ondersteunde Zelfzorg leidt tot lagere zorgkosten:

- De patiënten uit de onderzoeksgroepen die met ondersteunde zorg aan de slag zijn laten 8 tot 18% lagere zorgkosten zien dan in de controlegroepen.
- Bij de zorggroepen uit Fase 2 (zorggroepen aan de slag met ondersteunde zelfzorg in 2015 of eerder) is het verschil 8% (= €283 minderkosten pppj).
- De toename in minderkosten (Totale kosten) over de periode 2014-2016 is voor de groep 'Starters' €151 pppj.
- Het geconcludeerde verschil in kosten betreft de gehele patiëntenpopulatie.
- De uitkomst 'Lagere zorgkosten' in de SROI onderbouwen we hiermee verder als volgt:
 - We gaan uit van €151 minderkosten pppj.
 - 20% van de patiënten is in 2016 daadwerkelijk met ondersteunde zelfzorg aan de slag in de onderzoeksgroepen.
 - We rekenen met een impactfactor van 20% (deadweight en attributie) d.w.z. 20% van het geconstateerde verschil in zorgkosten rekenen we toe aan ondersteunde zelfzorg (zoals door de zorggroepen geïmplementeerd).
 - De netto besparing waarmee gerekend wordt is daarmee €151 gemiddeld per patiënt per jaar.
- Dit is exclusief eventuele meer- of minderkosten voor wijkverpleging en Wlz zorg.
- Voor de verdeling van de meer- of minderkosten over de verschillende kostenposten gaan we uit van de percentages die we concluderen uit de verschillenanalyse van Figuur 3, voor de groep 'Starters'.

Uit de kennissynthese:

Het is niet eenvoudig om harde uitspraken te doen over de kosteneffectiviteit van zelfmanagementinterventies. (...) In het algemeen laten de studies zien dat zelfmanagementinterventies in eerste instantie vaak meer geld kosten, maar dat kostenbesparingen vooral op de langere termijn mogelijk zijn. Echter, doordat de meeste studies een korte doorlooptijd hebben, zijn kostenbesparingen niet altijd aan te tonen. Soms blijken interventies wel effectief op klinische uitkomsten, kwaliteit van leven en zorggebruik maar toch niet kosteneffectief. En soms blijkt dat de interventie niet kosteneffectief is voor een gehele patiëntenpopulatie maar wel voor een bepaalde subgroep, bijvoorbeeld alleen voor mensen met slecht gereguleerde diabetes, voor mensen met een slechte astmacontrole, ernstige depressie of alleen voor mensen met hartfalen in de eerste jaren na diagnose. Dit onderstreept nogmaals dat zorg op maat van belang is voor het succesvol inzetten van zelfmanagementondersteuning binnen de zorg voor mensen met chronische ziekten.

De meeste studies, ook die met een korte doorlooptijd, tonen aan dat zelfmanagementinterventies het zorggebruik kunnen terugdringen en leiden tot betere klinische uitkomstmaten dan de huidige standaardzorg. De kostenbesparingen van interventies worden in de meeste gevallen veroorzaakt door een afname van het gebruik van duurdere spoedeisende hulp en ziekenhuiszorg. Studies

waarin de effecten van zelfmonitoring ten opzichte van standaardzorg onderzocht zijn, laten in alle gevallen positieve effecten zien: zelfmonitoring van bijvoorbeeld bloedglucose, bloeddruk of bloedwaarden ten behoeve van anti-stollingsmedicatie, leidt in alle gevallen tot betere klinische uitkomsten en een grotere toename in gewonnen levensjaren dan standaardzorg. De kosten van dit soort interventies zijn vaak binnen één of twee jaar terug verdiend.

Aanvullende gegevens vanuit de meest relevante studies:

- Als bijna de helft van de medicatieontrouwe diabetespatiënten hun medicatietrouw verbetert, zijn besparingen mogelijk van 17,8 mln. euro (1,5% van de huidige totale zorgkosten aan diabetes³⁹).
- Diabetespatiënten die moeite hebben met zelfzorg kosten tussen de 1500 en 2000 euro per jaar meer aan zorg⁴⁰.
- Chronisch Disease Self-Management Program (CDSMP): Resultaten lieten een significante daling zien in bezoeken aan de spoedeisende hulp (5%) zowel na 6 als 12 maanden follow-up. Ook was het aantal ziekenhuisopnames na 6 maanden gedaald met 3% onder patiënten die het CDSMP volgden. Het programma levert kostenbesparingen op maar over de hoogte van de kostenbesparingen wordt geen informatie gegeven⁴¹.
- My Health Guardian (MHG) is een Australisch zelfmanagementprogramma waarbij patiënten toegang hebben tot een online zelfmanagementprogramma (met hierin self-assessments, doelen stellen en actieplannen maken, zelfmonitoring en info over leefwijze etc.). Over een periode van 4 jaar zijn er significante verschillen (ten opzichte van gematchte controlegroep), waarbij de verzekerden met toegang tot MHG-programma minder opnames, heropnames en ligdagen hebben. Idem voor geclaimde kosten van ziekenhuisopname. De besparingen (t.o.v. gematchte controlegroep) nemen toe per jaar, resulterend in gemiddelde besparing van ca. 3500 Australische dollars over de hele periode van 4 jaar. Men verwacht dat de besparingen in werkelijkheid nog groter zijn, als ook naar andere kostenposten (bijv. spoedeisende hulp) zou worden gekeken (maar was niet mogelijk in deze claimdata). Interessant is dat deze studie een lange follow-up (4 jaar) heeft en dus laat zien, wat vaak wordt aangenomen door andere auteurs, dat de kostenbesparing toeneemt over een langere periode.⁴²
- ZonMw heeft de afgelopen jaren veel onderzoek naar zelfmanagement gefinancierd en ontwikkelprojecten in gang gezet. Dat heeft uiteenlopende inzichten en resultaten opgeleverd.⁴³

³⁹ APE, E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? 2012

⁴⁰ Hendriks, M. et al. Minder zelfmanagementvaardigheden, dus meer zorggebruik?, Nivel, 2014

⁴¹ Ahn et al, The impact of chronic disease self-management programs: healthcare savings through a community-based intervention, 2013

⁴² Hamar et al, Long-term impact of a chronic disease management program on hospital utilization and cost in an Australian population with heart disease or diabetes, 2015

⁴³ Serie over zelfmanagement, ZonMw i.s.m. De Eerstelijns en Zorgenz (2017-2018), <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/betere-organisatie-van-zorg/zelfmanagement/>

- E-health kan namelijk bijdragen aan de gezondheid van mensen en kan helpen de zorg betaalbaar te houden (Elbert et al. 2014). De systematische review van Elbert et al. (2014) geeft aan dat het bewijs voor de (kosten)effectiviteit van e-health interventies voor lichamelijke aandoeningen (somatische zorg) op zijn minst beloftevol is en vaak ook (kosten)effectiviteit aantoont.⁴⁴
- Praktijkverkleining in combinatie met een wekelijkse casusbespreking en werken volgens de dimensies van positieve gezondheid resulteert in 25% minder verwijzingen.⁴⁵

⁴⁴ Digitale gezondheidsregie, Rathenau, 2018 <https://www.rathenau.nl/sites/default/files/2018-06/Rapport%20Digitale%20gezondheidsregie.pdf>

⁴⁵ Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen, Jung et al., 2018 <https://www.netwerkpositievegezondheid.nl/files/media/hw-meer-tijd-voor-patiënten-minder-verwijzingen-maart-2018.pdf>

Outcomes – Werkgever

Minder productiviteitsverlies

Als indicator rekenen we met de afwezigheid ten gevolge van zorg.

Werkgerelateerde problemen worden door veel mensen met een chronische aandoening, waaronder diabetes genoemd⁴⁶: een vierde van de chronisch zieken van 65 jaar of jonger rapporteert problemen met werken tegenover 10% in de algemene bevolking.

Aannames: 50% van de doelgroep zal behoren tot de beroepsbevolking. De gemiddelde leeftijd van alle diabetes patiënten was in 2007 64 jaar voor mannen en 68 jaar voor vrouwen. Hiervan verwacht heeft 50% een baan, t.o.v. 40% gemiddeld bij diabetes.

Het betreft een afname in werkonderbreking vanwege afspraken met de zorgverlener en bijhorende reistijd. De NVAB⁴⁷ verwijst naar onderzoek van Biermann m.b.t. telemonitoring bij diabetes berekent de waarde hiervan op €639⁴⁸, gecorrigeerd voor de doelgroep is dit $25\% * €639 = €160$. We rekenen met een impactclaim van 14%, dus de netto opbrengst waarmee gerekend wordt is €19.

Afname ziekteverzuim

Als indicator rekenen we met de verzuimkosten per werknemer.

Zie ook de toelichting bij afwezigheid ten gevolge van zorg hierboven. De kosten voor een dag verzuim bedragen gemiddeld €230 voor de werkgever⁴⁹. Mensen met diabetes verzuimen tweemaal zoveel als gemiddeld (15 dagen).

Er zijn geen gegevens beschikbaar over in welke mate het verzuim daalt als gevolg van zelfmanagement. Andere types interventiestudies (zoals intensieve leefstijlbegeleiding) laten zien dat een daling mogelijk is van 4,4 dagen.

Voor zelfmanagement schatten we deze besparing op 2,5 dag. Gecorrigeerd voor doelgroep (25% behorende tot de beroepsbevolking en heeft een baan). $25\% * 2.5 * €230 = €144$. We rekenen met een impactclaim van 9%, dus de netto opbrengst waarmee gerekend wordt is €13.

Door de verplichting het loon over verzuimde dagen door te betalen hebben werkgevers groot belang bij het terugdringen van het ziekteverzuim van hun werknemers. Verzuim leidt tot economische schade omdat personele kosten verloren gaan, zonder dat hier opbrengst tegenover staat. Daarnaast hebben werkgevers een morele en wettelijke plicht tot het beperken van werkgerelateerd verzuim.

⁴⁶ Heijmans M, Veer J van der, Spreeuwenberg P, Rijken M. Kernegevens Werk en Inkomen: rapportage 2011. Utrecht: NIVEL, 2011.

⁴⁷ NVAB, Achtergronddocument bij de Multidisciplinaire Richtlijnmodule Diabetes en Arbeid, oktober 2011.

⁴⁸ Biermann E, Dietrich W, Rihl J, Standl E. Are there time and cost savings by using telemanagement for patients on intensified insulin therapy? A randomised, controlled trial. *Comput Methods Programs Biomed.* 2002

⁴⁹ TNO, De kosten van ziekteverzuim voor werkgevers in Nederland, 2014

Outcomes – Gemeente

Verhoogde zelfredzaamheid

Als indicator rekenen we met de vermindering van de aanspraak op de Wmo.

We rekenen met een gemiddelde aanspraak op de Wmo per bewoner.

Het macrobudget Wmo 2015 is €8,032 miljard (Rijksoverheid 2014). Gemiddelde aanspraak per inwoner op de Wmo is daarmee €472. We gaan er van uit dat door het versterken van zelfmanagement de aanspraak op maatschappelijke ondersteuning vanuit de gemeente kan worden beperkt. Een conservatieve aanname is dat de gemiddelde aanspraak met 10% kan worden verlaagd voor de groep die met ondersteunde zelfzorg aan de slag gaat.

$10\% * €472 = €47$. We rekenen met een impactclaim van 12%, dus de netto opbrengst waarmee gerekend wordt is €5,70.

Minder langdurig verzuim

Als indicator rekenen we met de verminderde instroom in de Instroom WIA.

Iedereen die voor een werkgever werkt, ziek wordt en na 2 jaar ziekte ten minste 35% arbeidsongeschikt is, heeft recht op WIA-uitkering. (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen). Er zijn 2 WIA-uitkeringen: de WGA-uitkering en de IVA-uitkering.

De WIA wordt gefinancierd uit premies ten behoeve van de WIA en de WAO die als onderdeel van de loonheffing geheven worden bij de werkgever door het UWV. Omwille van de overzichtelijkheid rekenen we de outcome “Minder langdurig ziekteverzuim” voornamelijk toe aan de stakeholder gemeente.

Aannames: 50% van de doelgroep behoort tot de beroepsbevolking, hiervan is 27% arbeidsongeschikt of gaat het worden. Instroom in de WIA vindt plaats na 2 jaar. Een modaal inkomen in 2015 is €35.500⁵⁰. De WIA bij een modaal inkomen is €26.625 (75%). Aanname is 25% daling in WIA instroom bij potentieel arbeidsongeschikten in de primaire doelgroep (de groep die met ondersteunde zelfzorg aan de slag gaat) vanaf jaar 3.

$50\% * 27\% * (75\% * €35.500) * 25\% * 3/5 = €539$. We rekenen met een impactclaim van 12%, dus de netto opbrengst waarmee gerekend wordt is €65.

⁵⁰ CPB, 2015

Witte vlekken

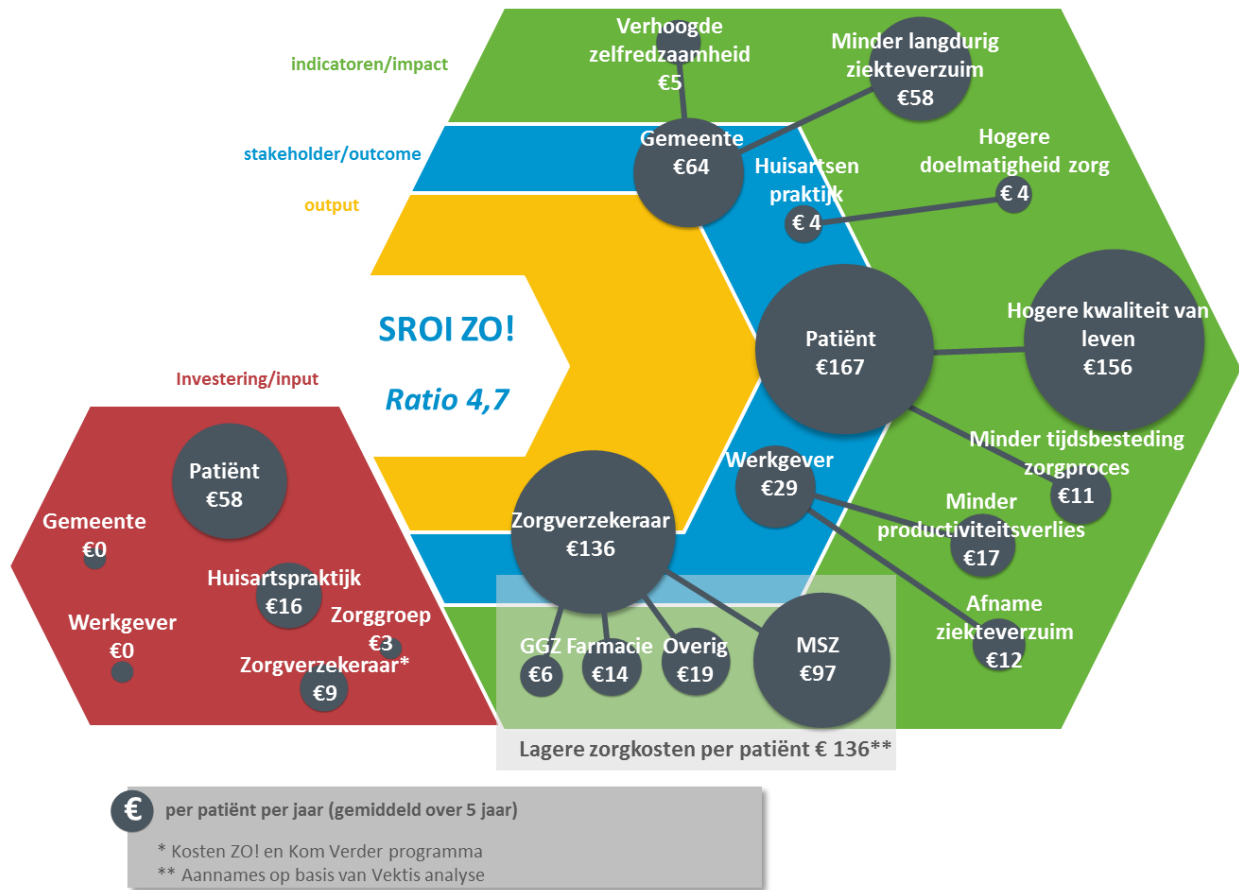
Deze update van de SROI analyse heeft tevens inzicht gegeven in de belangrijkste 'witte vlekken' ten aanzien van de beschikbare evidence. We concluderen dat nader onderzoek nodig is naar:

- De effecten van ondersteunde zelfzorg op zorggebruik en zorgkosten, op regionaal niveau, voor specifieke populaties en interventies (regionale verdieping).
- Patiëntprofielen en patiëntkenmerken die van invloed zijn op de motivatie, voorkeuren en mogelijkheden van mensen met chronische ziekten op het gebied van zelfmanagement.
- De effecten van zelfmanagement op de belangrijkste value drivers voor de maatschappelijke businesscase (ook op langere termijn): naast het zorggebruik en de zorgkosten (continuering van de monitoring zoals met Vektis ingezet), kwaliteit van leven en ziekteverzuim.
- Hoe zorgorganisaties, zorgverzekeraars en de lokale infrastructuur het zelfmanagement van mensen met chronische ziekten en de ondersteuning daarvan door hun zorgverleners kunnen faciliteren.

Met die uitkomsten van dit aanvullende onderzoek moet de maatschappelijke businesscase bij volgende updates steeds verder worden onderbouwd en aangescherpt.

Resultaat

De uitkomsten van de SROI-analyse zijn in de onderstaande figuur samengevat. Hierbij zijn de maatschappelijke inbreng en opbrengsten in gemiddelde waarde per stakeholder weergegeven (per patiënt uit de doelgroep, per jaar, gemiddeld over 5 jaar).



- De SROI ratio komt in 2018 uit op 4,7.
Elke euro input levert een maatschappelijke winst op ter waarde van 4,7 euro (gemiddeld over 5 jaar). De belangrijkste *value drivers* hiervoor zijn een toename in de kwaliteit van leven, een afname van de zorgkosten en een afname in het langdurig ziekteverzuim.
- De validering betreft:
 - Beschikbare evidence (2014)
 - Implementatie ervaringen (2014-2017)
 - Kennissynthese zelfmanagement (2015)
 - Aanvullend wetenschappelijk onderzoek t.a.v. zelfmanagement (2016-2019)
 - 7 regionale SROI analyses (2016 - 2018)
 - Vektis cijfers zorgkosten (over 2013-2016)
- De ratio voor 2018 is ten opzichte van 2017 voornamelijk bijgesteld op basis van de Vektis analyse van cijfers over 2014-2016. De totale zorgkosten van chronische patiënten in zorggroepen die met ondersteunde zelfzorg aan de slag zijn in de periode 2014-2016 met €151 verminderd, ten opzichte van chronische patiënten in de controlegroep.

4. De verschillen tussen de zorggroepen die met ondersteunde zelfzorg aan de slag zijn en de controlegroepen nemen toe over 2014-2016 (10-18% minder kosten t.o.v. controlegroep).
5. Deze verschillen worden hoofdzakelijk veroorzaakt door minderkosten farmacie en medisch specialistische zorg. Er zijn mogelijk meer oorzaken voor de minderkosten, dit moet nader onderzocht worden.
6. De kosten in de eerste lijn (huisartszorg en fysiotherapie) zijn daarentegen hoger.
7. Deze verschillen zijn in lijn met de bevindingen uit de kennissynthese (2015) en de bevindingen uit later onderzoek naar zelfmanagement.
8. De cijfers van Vektis onderbouwen een positieve Return On Investment vanuit het perspectief van de zorgverzekeraar.
9. Om de implementatie van ondersteunde zelfzorg en bijbehorende opbrengsten te realiseren en voort te zetten is vooral inbreng (initieel en structureel) nodig van patiënten (tijd), de huisartsenpraktijk en de zorggroep (beide in tijd en middelen).
10. Hiervoor is het nodig dat ondersteunde zelfzorg daadwerkelijk wordt meegenomen in reguliere contractering.

Bijlage A: Waardes en berekeningen (per gemiddelde praktijk)

Input - Patiënten

Patiënt (€ per gemiddelde huisartsen praktijk)	investering	eenheid	prijs (€)	subtotaal	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Input (€)
Enmalig										
Leren kennen zelfzorg tools	4 uur per nieuwe patiënt		€ 14	€ 56	€ 125	€ 1.147	€ 2.231	€ 1.261	€ 1.310	€ 6.073
Structureel										
Gebruik van platform voor registratie en monitoring	3 uur/jaar		€ 14	€ 42	€ 94	€ 954	€ 2.627	€ 3.572	€ 4.555	€ 11.801
Totaal				€ 98	€ 218	€ 2.101	€ 4.857	€ 4.833	€ 5.865	€ 17.874

Input - Huisartspraktijk

Huisartsenpraktijk (€ per gemiddelde huisartsen praktijk)	investering	eenheid	prijs (€)	subtotaal	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Input (€)
Enmalig										
Training (POH)	6 uur		€ 44	€ 263	€ 140				€ 0	€ 140
Training (huisarts)	2 uur		€ 81	€ 162	€ 282				€ 0	€ 282
Structureel (2015-2019)										
Selecteren van patiënten (POH)	2,0 uur/jaar/gem. huisartsen		€ 44	€ 88	€ 88	€ 88	€ 88	€ 88	€ 88	€ 438
Selecteren van patiënten (huisarts)	2,0 uur/jaar/gem. huisartsen		€ 81	€ 162	€ 162	€ 162	€ 162	€ 162	€ 162	€ 810
Extra praktijkconsulten om zelfzorg op te starten	1 per nieuwe patiënt		€ 21	€ 21	€ 46	€ 426	€ 829	€ 468	€ 487	€ 2.256
Jaarlijkse bij- en nascholing (POH)	2 uur/jaar		€ 44	€ 88	47 €	47 €	47 €	47 €	47	€ 233
Jaarlijkse bij- en nascholing (huisarts)	2 uur/jaar		€ 81	€ 162	282 €	282 €	282 €	282 €	282	€ 1.411
Totaal					€ 1.047	€ 1.005	€ 1.407	€ 1.047	€ 1.065	€ 5.570

Input - Zorggroep

Zorggroep (€ per gemiddelde huisartsen praktijk)	Investeringen	Eenheid	Prijs (€)	subtotaal	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Input (€)
ICT implementatie kosten	1 per zorggroep		€ 10.000	€ 10.000	€ 197					€ 197
Licentiekosten gebruik ICT platform	1 per patient/jaar		€ 5	€ 5	€ 11	€ 114	€ 313	€ 425	€ 542	€ 1.405
Materiaalkosten	1 per zorggroep		€ 800	€ 800	€ 16					€ 16
Projectmanagement intensief bij opstart	423 uur/zorggroep/halfjaar		€ 60	€ 25.380	€ 499					€ 499
Projectmanagement minder intensief structureel	169 uur/jaar/zorggroep		€ 80	€ 13.520	€ 266	€ 266	€ 266	€ 266	€ 266	€ 1.329
Totaal				€ 0	€ 988	€ 379	€ 578	€ 691	€ 808	€ 3.445

Input – Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraar (€ per gemiddelde huisartsen praktijk)	investering	eenheid	prijs (€)	subtotaal	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Input (€)
Compensatie gemiddelde huisartsen praktijk (€10 mln over 3 jaar)	1 totaal		€ 10.000.000	€ 10.000.000	€ 1.965					€ 1.965
Onkosten ZO!	1 totaal		€ 2.887.458	€ 2.887.458	€ 568					€ 568
Totaal			€ 12.887.458	€ 0	€ 2.533	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 2.533

Outcomes

Patient	Eenhede	eenheid	waardering	subtotaal	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Outcome
Hogere kwaliteit van leven	0,04	QALY/patiënt	€ 36.000	€ 1.440	€ 3.206	€ 32.702	€ 90.060	€ 122.482	€ 156.164	€ 404.614
Minder tijdsbesteding eigen zorgproces:										
1. Reguliere consulten	0,33	uur/patiënt/jaar	€ 14	€ 5	€ 10	€ 105	€ 289	€ 393	€ 501	€ 1.298
2. Reis en wachttijd	1	uur/patiënt/jaar	€ 14	€ 14	€ 31	€ 318	€ 876	€ 1.191	€ 1.518	€ 3.934
3. Efficiëntere aanbieding zelfzorg	6	uur/patiënt/jaar	€ 14	€ 1.459	€ 3.247	€ 33.124	€ 91.225	€ 124.066	€ 158.184	€ 409.846
Totaal					€ 6.495	€ 66.249	€ 182.449	€ 248.131	€ 316.367	€ 819.692
Gemiddelde huisartsen praktijk	Eenhede	eenheid	waardering	subtotaal	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	outcome
Hogere doelmatigheid zorgverlening	2	consult/patiënt/j	€ 17	€ 34	€ 76	€ 772	€ 2.126	€ 2.892	€ 3.687	€ 9.553
Zorgverzekeraar	Eenhede	eenheid	waardering	subtotaal	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	outcome
Lagere zorgkosten per patiënt	1,0	€/patiënt/jaar	€ 755	€ 755	€ 1.681	€ 17.146	€ 47.219	€ 64.218	€ 81.878	€ 212.141
Werkgevers	Eenhede	eenheid	waardering	subtotaal	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	outcome
Minder productiviteitsverlies	1	€/patiënt	€ 160	€ 160	€ 356	€ 3.628	€ 9.991	€ 13.588	€ 17.324	€ 44.887
Afname ziekteverzuim	1	€/patiënt	€ 144	€ 144	€ 320	€ 3.264	€ 8.990	€ 12.227	€ 15.589	€ 40.391
Totaal					€ 676	€ 6.892	€ 18.981	€ 25.815	€ 32.914	€ 85.278
Gemeenten	Eenhede	eenheid	waardering	subtotaal	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	outcome
Verhoogde zelfredzaamheid	1	€/patiënt	€ 29	€ 29	€ 65	€ 661	€ 1.820	€ 2.475	€ 3.156	€ 8.177
Minder langdurig ziekteverzuim	1	€/patiënt	€ 539	€ 539	€ 1.200	€ 12.244	€ 33.720	€ 45.859	€ 58.470	€ 151.493
Totaal					€ 1.265	€ 12.905	€ 35.540	€ 48.334	€ 61.626	€ 159.670