

SROI QUICK SCAN

Maatschappelijke impact tijdig opereren van mensen met IBD

V03, April 2025

Pim Ketelaar, Koen Wijntjes, Tjarco Koppenaal



SROI Maatschappelijke impact tijdig opereren bij mensen met IBD VitaValley

De Social Return on Investment (SROI) analyse van het tijdig opereren bij mensen met Inflammatory Bowel Disease (IBD) laat zien dat elke geïnvesteerde euro 1,30 euro ($\pm 25\%$) oplevert aan maatschappelijke winst.

Zorgprofessionals merken dat de wachttijd van mensen met IBD, i.e., ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa, voor een electieve chirurgische ingreep toeneemt ten opzichte van andere patiëntenpopulaties, e.g., oncologische patiënten. Het tijdig uitvoeren van een electieve chirurgische ingreep conform de geldende Treeknormering bij deze aandoening met een hoge ziektelast heeft verschillende voordelen waaronder een afname van het aantal ernstige complicaties, een afname van de kans op complexere electieve chirurgie en een betere kwaliteit van leven voor patiënten.

Transformaties kosten tijd en geld.

Door middel van de SROI methodiek wordt een dialoog gestart over kosten en baten, waarbij belanghebbenden in openheid met elkaar in gesprek gaan.

Wat we hierin hebben berekend en gemonetariseerd zijn (over een periode van 5 jaar (2025-2029)):

- De inbreng en opbrengsten voor de patiënten.
- De inbreng van de ziekenhuizen.
- De inbreng van de zorgprofessionals.
- De inbreng van de beroepsverenigingen (MDL-artsen, chirurgen, verpleegkundig specialisten).
- De inbreng van het MDL Fonds.
- De opbrengsten voor de zorgverzekeraar.

Wat we niet hebben gemonetariseerd, maar wat wel relevante uitkomsten zijn:

- De effecten op relevante maatschappelijke (lange termijn) uitkomsten zoals relaties, kinderwens en arbeidsmarktpotentieel.
- Meer werkplezier; minder verzuim en/of uitstroom van zorgprofessionals.
- Het verkleinen van de gezondheidsverschillen.

Dit is een eerste analyse, op basis van wat we nu **weten, vermoeden en aannemen**. Deze analyse moet uiteraard nog verder getoetst en onderbouwd worden; deze SROI Quick Scan biedt daarvoor het **gespreksmodel** voor een vruchtbare dialoog met alle belanghebbenden.

- Alle instellingen voor medisch specialistische zorg zijn verplicht om elke twee weken de wachttijden voor electieve medisch specialistische zorg op hun website te publiceren. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt over maximaal aanvaardbare wachttijden in de zorg. Deze wachttijden worden Treeknormen genoemd. De Treeknorm voor poliklinische behandeling is 6 weken, en voor klinische behandeling 7 weken. In de registratie van wachttijden wordt geen onderscheid gemaakt in poliklinische en klinische behandeling. Omdat vrijwel alle behandelingen waarover ziekenhuizen en klinieken wachttijden rapporteren als dagbehandeling of klinische behandeling worden uitgevoerd, wordt er weergegeven hoe vaak de Treeknorm van 7 weken wordt overschreden (<https://www.vzinfo.nl>).
- Volgens gegevens van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) variëren de wachttijden voor electieve chirurgie aanzienlijk tussen verschillende landen. Nederland behoort tot de landen met relatief korte wachttijden voor geplande operaties. In vergelijking met landen zoals Estland en Chili, waar patiënten respectievelijk gemiddeld 460 en zelfs tot 840 dagen moeten wachten op een electieve ingreep, laat Nederland een gunstiger beeld zien (*Q-bital, 2021*).
- Ook andere Europese landen, zoals Denemarken, Italië en Zweden, hebben doorgaans kortere wachttijden. Deze landen voeren actief beleid om toegangstijden tot zorg te verkorten, wat resulteert in snellere doorstroming van patiënten en minder risico op complicaties door uitstel. Landen zoals Canada en Australië kampen daarentegen met langere gemiddelde wachttijden voor veel operaties – waaronder operaties gerelateerd aan IBD (*Q-bital, 2021*).
- Voor IBD-specifieke zorg zijn er in het Verenigd Koninkrijk richtlijnen die het belang van tijdig interveniëren bij deze aandoening benadrukken. IBD UK heeft samen met de National Health Service (NHS) IBD-standaarden opgesteld waarin een maximale termijn van 18 weken tussen verwijzing en behandeling als streefwaarde gehanteerd wordt (*NHS England, 2025; IBD UK, 2025*).
- Binnen Europa benadrukken de European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) en andere IBD-experts in diverse position papers dat buitensporige wachttijden voor electieve IBD-chirurgie kunnen leiden tot vermijdbare morbiditeit. Zij pleiten daarom voor duidelijke prioritering van deze patiëntengroep bij toegang tot electieve operatieve zorg (*Fiorino et al., 2020*).

SROI: het meten van impact



Wat is de maatschappelijke impact van de opschaling van het tijdig opereren van mensen met IBD?



Wat zijn de maatschappelijke kosten en baten en hoe zijn die verdeeld?



Wat gebeurt er als we niets zouden doen?

Om deze vragen te beantwoorden is een Social Return on Investment (SROI) Quick Scan analyse van de opschaling van het tijdig opereren van mensen met IBD gemaakt.

Over de SROI



SROI is een internationaal gevalideerde methode voor het maken van een maatschappelijke kosten-batenanalyse. Daarmee ontstaat inzicht in de totale gecreëerde maatschappelijke waarde en in de kosten-batenverhouding per stakeholder.

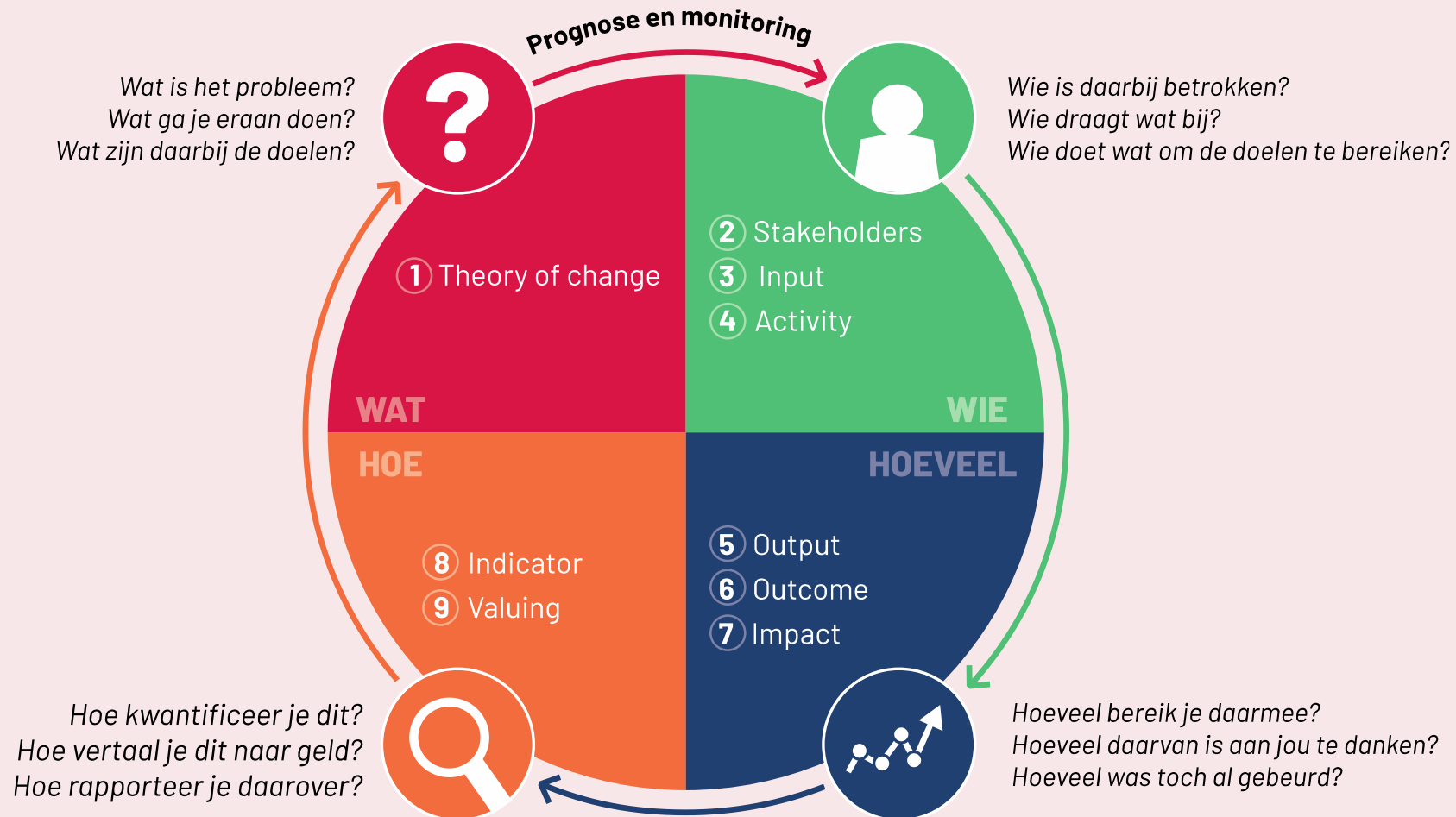


Het maken van een SROI Quick Scan doen we met alle stakeholders. Dit werkt samenbindend en inspirerend. Betrokkenen krijgen samen snel een concreter beeld hoe ze de lokale aanpak kunnen versterken.



De Social Return on Investment (SROI) methode is een **gespreksmodel**.

In deze samenvatting presenteren we een **SROI Quick Scan**. Dit is een eerste analyse, op basis van wat we nu weten, vermoeden en aannemen. Deze analyse moet uiteraard nog verder getoetst en onderbouwd worden; deze SROI Quick Scan biedt daarvoor het gespreksmodel voor een vruchtbare dialoog met alle belanghebbenden.



Theory of Change | Tijdig opereren bij mensen met IBD 2025-2029

Wat is het probleem?

IBD is een veelvoorkomende chronische groep darmontstekingsziekten, i.e. ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa. In Nederland hebben naar schatting 1 op de 170 mensen IBD en jaarlijks worden ongeveer 10 op de 100.000 nieuwe mensen gediagnosticeerd.

IBD is een aandoening met een hoge ziektelast en heeft grote impact op de kwaliteit van het leven van patiënten, zowel op persoonlijk, relationeel als socio-economisch vlak.

Zorgprofessionals merken dat de wachttijd van mensen met IBD voor een electieve chirurgische ingreep toeneemt ten opzichte van andere patiëntenpopulaties, e.g., oncologische patiënten. 40-55% van de mensen met ziekte van Crohn worden in de 1^e 10 jaar na de diagnose geopereerd en 20% van de mensen met IBD had een chirurgische ingreep in een eerder stadium willen overwegen als mogelijke behandeloptie.

Het uitstellen van een electieve chirurgische ingreep ten opzicht van de geldende Treeknormering, i.e., 7 weken, heeft verschillende nadelige gevolgen waaronder een toename van het aantal ernstige complicaties, een toename van de kans op complexere electieve chirurgie en een verminderde kwaliteit van leven.

Wat gaan we daaraan doen?

In 2029 wordt 100% van de mensen met IBD vanaf 18 jaar in de regio Noord Nederland conform de Treeknormering geopereerd.

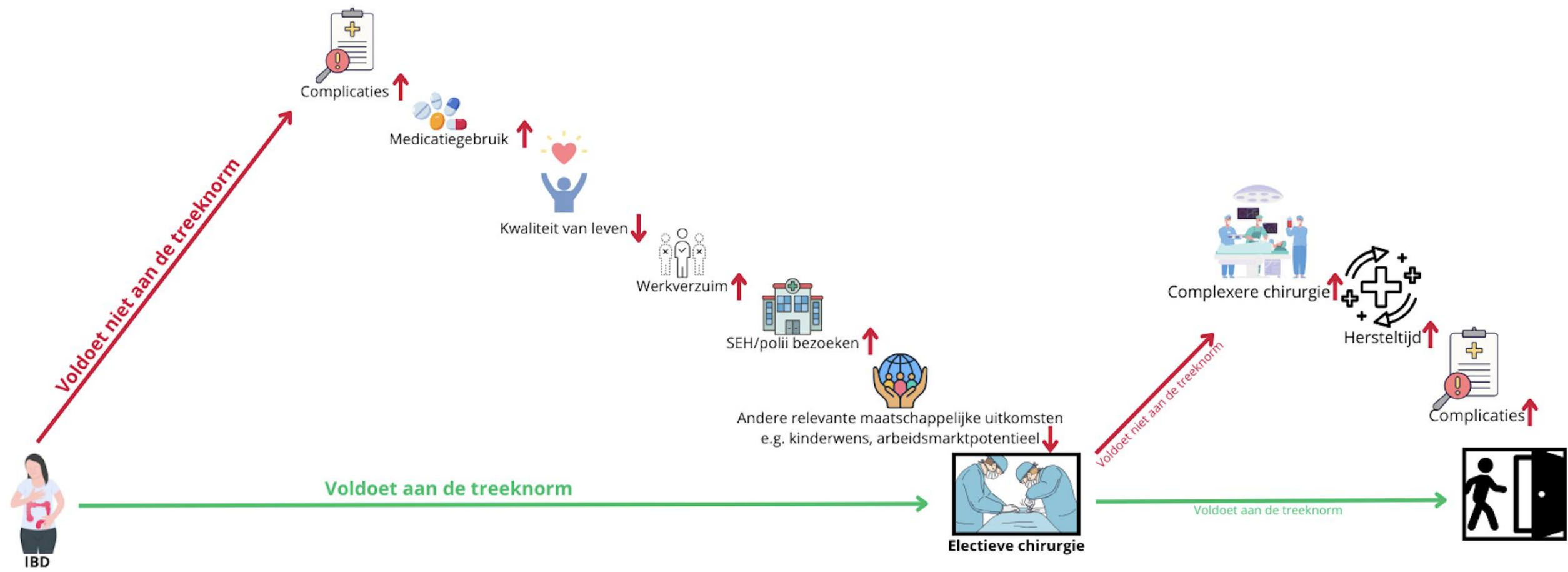
Wat zijn daarbij de doelen?

- Verminderen complicaties (aantal en ernst) en bijbehorende zorgvraag.
- Behoud van kwaliteit van leven.
- Verminderen arbeidsverzuim of productiviteitsverlies werk/school.
- Bevorderen van maatschappelijk meedoen, e.g., relaties, kinderwens, en arbeidsmarktpotentieel.
- De juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment.
- Verhogen van de zichtbaarheid voor IBD en de profilering van tijdige chirurgische ingrepen bij mensen met IBD.

Wat is de tijdshorizon?

We kijken over een periode van 5 jaar: 2025 – 2029. We gaan uit van een ambitiescenario waarbij de zorg voor mensen met IBD optimaal ingericht is, i.e., de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment, met een juiste invulling van de randvoorwaarden. Deze tijdshorizon is voldoende om zowel directe als niet direct zichtbare gevolgen van het niet tijdig opereren te belichten (e.g., kinderwens, arbeidsmarktpotentieel).

Theory of Change | Tijdig opereren bij mensen met IBD 2025-2029



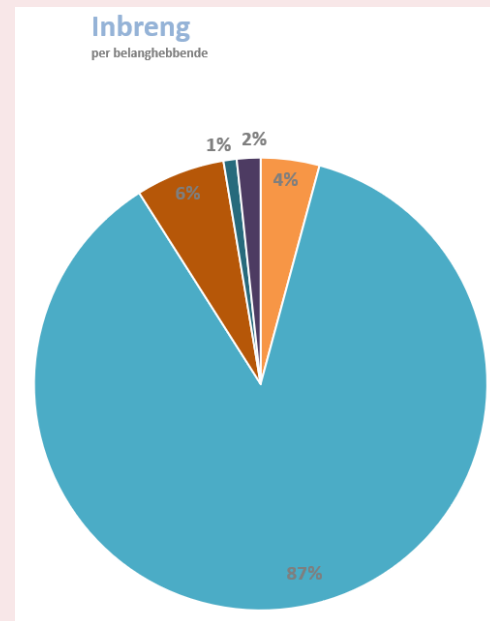
Invloed wachttijd electieve chirurgie bij IBD op mogelijke ziektelast

Impactmodel V0.2 | Tijdig opereren bij mensen met IBD



Value drivers

Belanghebbende	Value drivers	Resultaat
Patiënten	Kwaliteit van leven	+ + +
Patiënten	Arbeidsparticipatie	+ + +
Zorgverzekeraar	Minderkosten Zw	++



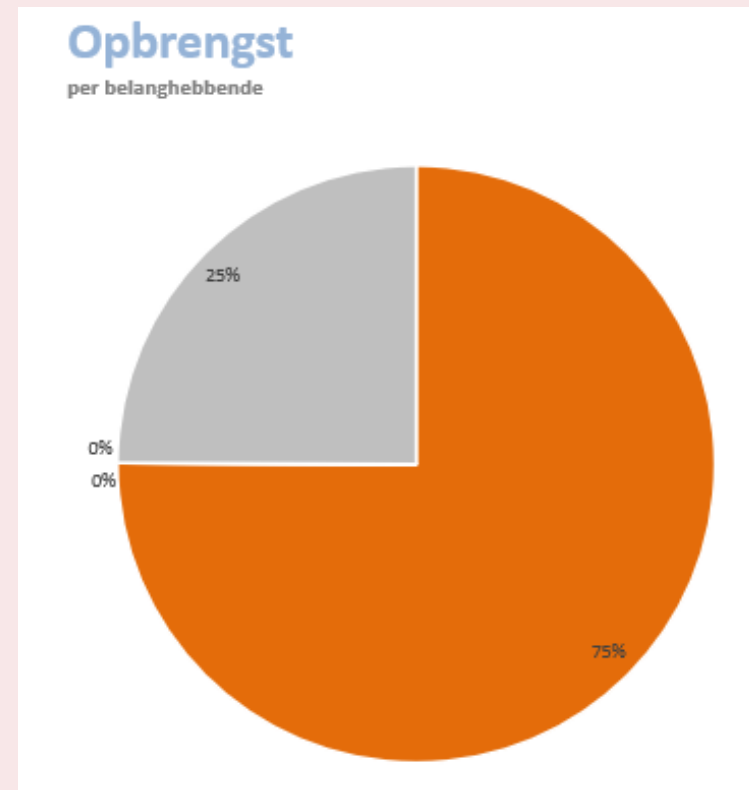
Totaal: €1,07M

SROI ratio: 1,30 ±25%



Ambitie: In 2029 wordt 100% van de mensen met IBD vanaf 18 jaar conform Treeknormering geopereerd.

Huidige situatie: In 2025 worden 54 mensen met IBD vanaf 18 jaar (37%) niet tijdig geopereerd in de provincies Groningen en Friesland (verzorgingsgebied UMCG en Frisius MC). De gemiddelde wachttijd tot electieve IBD chirurgie is 21,7 weken en de gemiddelde overschrijding van de Treeknormering is 14,7 weken (2023).



Totaal: €1,40M

Doelgroep tijdig opereren van mensen met IBD

Voor het bepalen van het aantal mensen met IBD dat niet conform de Treeknormering geopereerd wordt gaan we uit van de doelgroep van 18 jaar of ouder met ziekte van Crohn of Colitis Ulcerosa in de provincies Groningen en Friesland (verzorgingsgebied UMCG en Frisius MC). De aanname is dat het 1-jaars risico op chirurgie voor deze doelgroep 3,6% is en dat in 46% van de situaties (2023) de wachttijd tot electieve chirurgie langer is dan de Treeknorm van 7 weken. De gemiddelde overschrijding van de Treeknormering is 14,7 week (2023). We gaan uit van groeiscenario van 9% per jaar waarbij in 2029 100% van de mensen met IBD conform de Treeknormering geopereerd worden.

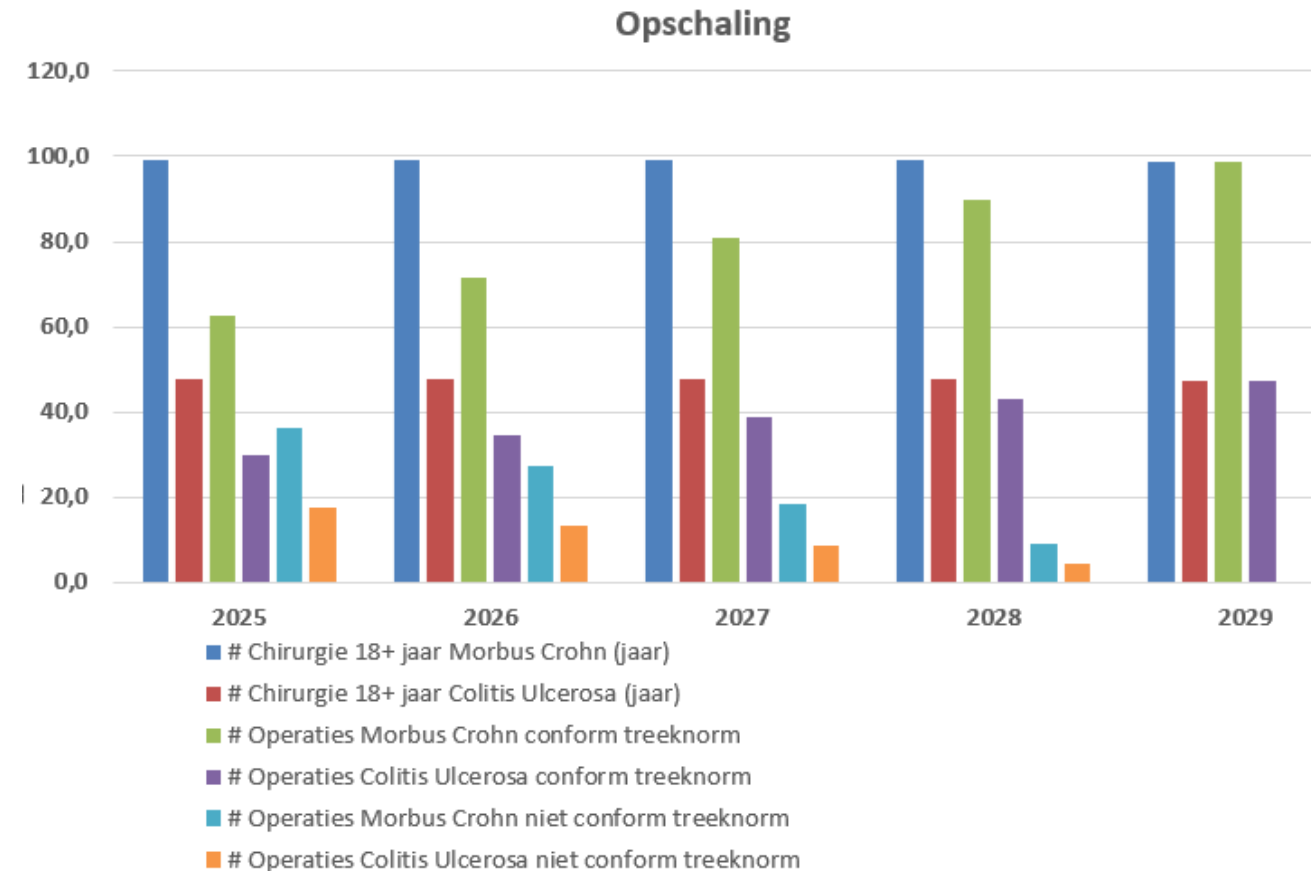
Ziekenhuis

We gaan er van uit dat door overschrijding van de Treeknormering de ziektelast (o.a. aantal complicaties, zorggebruik) voor mensen met IBD toeneemt. Dit leidt tot een 'meerprijs' voor het ziekenhuis per patiënt met IBD (i.e., €3291) welke niet conform de Treeknormering geopereerd wordt.

Opmerkingen hierbij:

- Dit is een ambitiescenario – waarbij we er van uitgaan dat de randvoorwaarden (financieel, technisch, organisatorisch) op orde zijn. Zie ook Inbreng, bijlage B.
- We rekenen met gemiddelde inbreng en opbrengst per gebruiker per jaar, op basis van een gemiddelde *casemix* en *interventiemix*.

Zie bijlage A voor de opschaling.



Inbreng en opbrengst | Tijdig opereren bij mensen met IBD 2025-2029 VitaValley

Inbreng

- **Patiënten** doen een tijdsinvestering om de ziekteprogressie van hun IBD te registreren.
- **Ziekenhuizen*** hebben kosten voor de gevolgen van het niet tijdig opereren van mensen met IBD en personeelskosten in 'extra' zorg bij tijdige electieve chirurgie van mensen met IBD. Daarnaast zijn er licentie-, ontwikkel- en beheerkosten voor registratie en scholing van zorgprofessionals.
- **Zorgprofessionals**** doen een tijdsinvestering om de ziekteprogressie van mensen met IBD te registreren om tijdige electieve chirurgie mogelijk te maken.
- **Beroepsverenigingen** (MDL-artsen, chirurgen en verpleegkundig specialisten) investeren in de ontwikkeling van een landelijke normeringsrichtlijn rondom chirurgie voor mensen met IBD.
- Het **MDL Fonds** investeert in een landelijke bewustwordingscampagne over het belang van tijdig opereren van mensen met IBD en de directe en niet direct zichtbare gevolgen van het niet tijdig opereren (e.g., kinderwens, arbeidsmarktpotentieel).

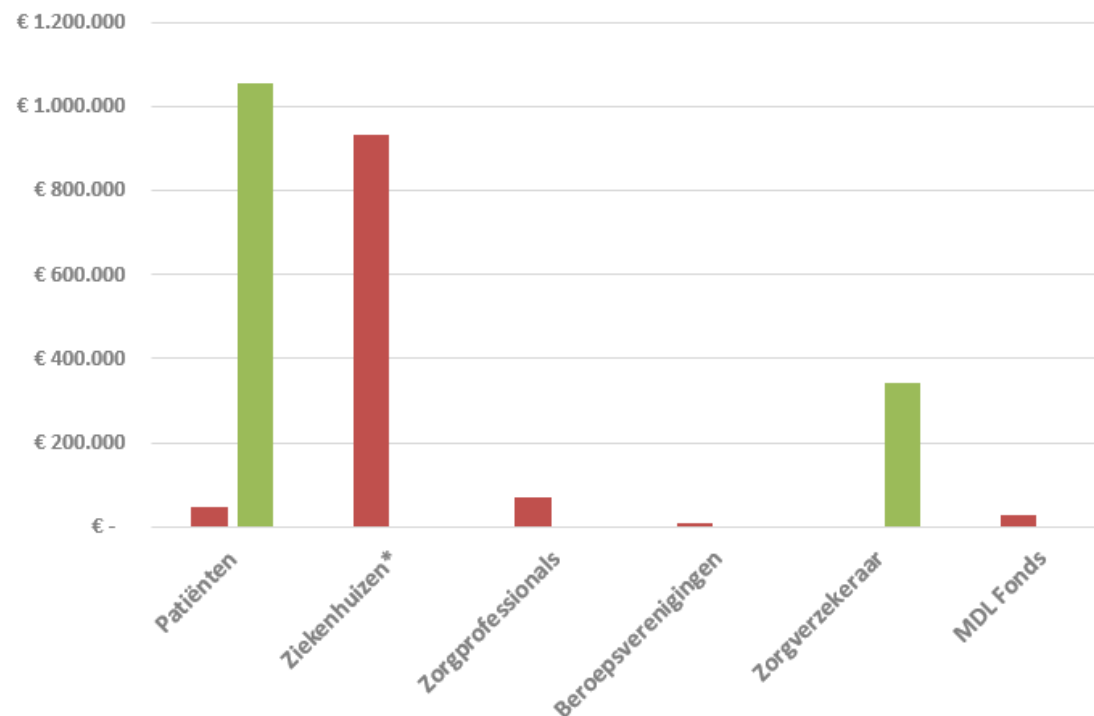
Details over de inbreng zijn te vinden in [bijlage B](#).

Opbrengst

- **Patiënten***** ervaren een toename in kwaliteit van leven en een toename in maatschappelijke participatie.
- De **zorgverzekeraar** bespaart op Zvw kosten (2^e-lijn) door de juiste zorg op het juiste moment.

Details over de opbrengsten zijn te vinden in [bijlage C](#).

Inbreng versus opbrengst
per belanghebbende

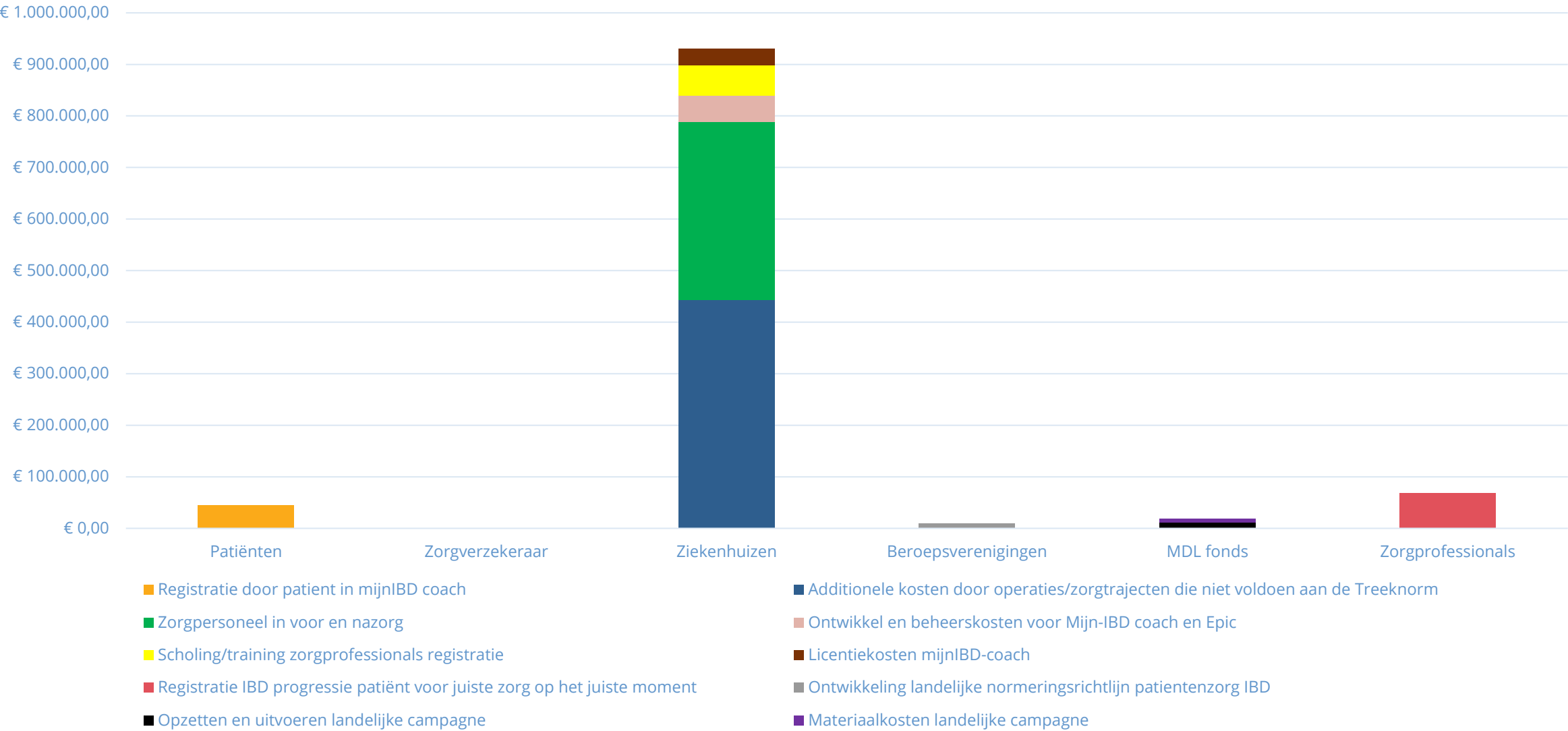


* De inbreng van ziekenhuizen voor electieve chirurgie conform Treeknormering bij mensen met IBD is niet als inbrengt gemonetariseerd aangezien deze vanuit de Zvw vergoed wordt. Daarnaast is de additionele investering in een eventuele achterstand in chirurgie niet meegenomen.

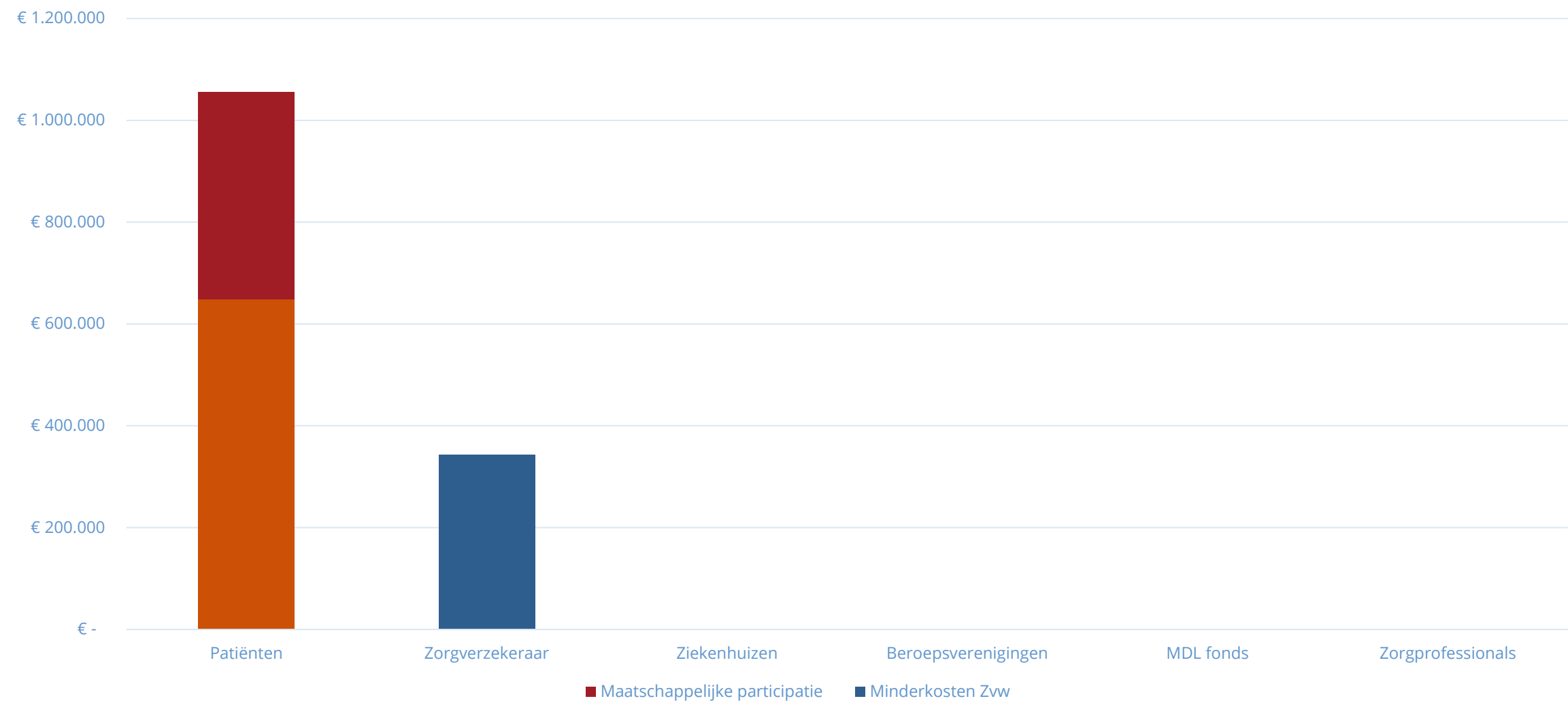
**Betrokken zorgprofessionals ervaren meer werkplezier door het kunnen leveren van de juiste zorg op de juiste plek. Dit leidt tot minder verzuim, verloop en/of uitstroom. Dit is vooralsnog niet gemonetariseerd als opbrengst.

*** Andere relevante (lange termijn) opbrengsten van tijdige chirurgie voor mensen met IBD, zoals relaties, kinderwens en arbeidsmarktpotentieel zijn niet gemonetariseerd.

Detailoverzicht opbouw inbreng per belanghebbende



Detailoverzicht opbouw opbrengst per belanghebbende



Waarde van het opereren volgens de Treeknormering van mensen 18+ jaar met IBD (2025-2029)

- Deze SROI laat zien dat de kosten en baten niet vanzelf gelijkmatig bij de belanghebbenden vallen. De patiënten ervaren de grootste **sociale opbrengst**: een toename in kwaliteit van leven, arbeidsparticipatie en andere relevante maatschappelijke uitkomsten (e.g. kinderwens, arbeidsmarktpotentieel).
- De grootste **economische opbrengsten** vallen bij de zorgverzekeraars: minderkosten Zvw.
- De **totale economische opbrengst** is hoger dan de economische inbreng in de periode van 5 jaar.
- De **grootste kosten** zitten bij de ziekenhuizen:
 - Additionele kosten voor operaties/zorgtrajecten om te voldoen aan de Treeknormering.
 - Investerings- en beheerskosten voor de voor- en nazorg van patiënten met IBD.
 - Ontwikkelings- en beheerskosten voor EPIC en MijnIBDcoach voor passende registratie en integratie.
 - Scholing en training van zorgpersoneel voor passende registratie van patiënten met IBD.

Impactclaim

De volledige opbrengst is bijna nooit in z'n geheel toe te schrijven aan alleen het tijdig opereren van mensen met IBD conform de Treeknormering. Wat gebeurt toch wel en wat is toe te schrijven aan andere initiatieven? In deze SROI gaan we uit van een impactclaim van **100% op kwaliteit van leven** en **100% op arbeidsparticipatie** door het tijdig opereren van mensen met IBD conform de Treeknormering. Daarnaast gaan we uit van een impactclaim van **80% voor de minderkosten Zvw in de 2^e-lijn**. Deze percentages schrijven we toe aan de transformatie van het wel voldoen aan de Treeknormering bij mensen met IBD. Dit deel van de berekende opbrengst treedt dus niet spontaan op, wordt niet door andere initiatieven veroorzaakt en **is alleen aan het tijdig opereren volgens de Treeknormering toe te schrijven**.

Daarmee voorkomen we overclaimen.

- Een **Social Return on Investment (SROI)-ratio van 1,30** betekent dat voor elke euro die we niet we **NIET** investeren in het tijdig opereren van mensen 18+ jaar met IBD er **€1,30 aan maatschappelijke waarde** verloren gaat. Dit geeft aan dat niets doen voor deze doelgroep geen optie is (op basis van conservatieve aannames).
- Zolang er mensen met IBD niet conform de Treeknormering electieve chirurgie ontvangen zal er bij deze doelgroep:
 - Een toename zijn van ziektelast door de langere wachttijd;
 - Complexere electieve chirurgie nodig zijn;
 - Een toename zijn van (ernstige) complicaties, zorg- en medicatiegebruik en aanvullende diagnostiek gedurende de wachttijd;
 - Een trager herstel optreden na electieve chirurgie omdat operaties complexer en ingrijpender zijn.
- Het te laat opereren van mensen 18+ jaar met IBD, vergeleken met het tijdig opereren, heeft daarmee een negatieve invloed op de kwaliteit van leven, het aantal productieve arbeidsjaren en zorgt voor een toename van Zvw-kosten. Op basis van conservatieve aannames, gaat het in Nederland* om:
 - €4.975 per patiënt per jaar aan verloren kwaliteit van leven
 - €3.127 per patiënt per jaar aan verloren productieve arbeidsjaren
 - €2.633 per patiënt per jaar aan toegenomen Zvw-kosten
- Echter, naast deze monetariseerbare maatschappelijke verliezen zal het te laat opereren van mensen 18+ jaar met IBD ook van invloed zijn op andere relevante, maar niet direct monetariseerbare, maatschappelijke waarden zoals on vervulde kindwensen, relaties en gelimiteerde ontwikkeling van het arbeidspotentieel (opleiding). Deze verliezen zijn lastig objectief te kwantificeren en daarom niet opgenomen in de SROI-berekening. Echter, deze verliezen kunnen aanzienlijk zijn gezien de maatschappelijke impact op het welzijn en de kwaliteit van leven van de betrokkenen.
- Dit betekent dat de werkelijke maatschappelijke waarde die verloren gaat door het te laat opereren bij mensen met IBD mogelijk onderbelicht is. Vandaar dat deze ratio als een **conservatieve berekening** wordt gezien. De daadwerkelijke maatschappelijke verliezen van het te laat opereren van mensen 18+ jaar met IBD zijn mogelijk groter dan op basis van deze conservatief gerapporteerde SROI-ratio gerechtvaardigd is.

*In Nederland hebben ongeveer 100.000 mensen IBD (*MDLFonds.nl*), de gemiddelde wachttijd voor electieve chirurgie is 5 maanden (*Medisch Contact*, 2023)

Belanghebbende	Inbreng - Totaal netto (5 jaar) - Gemiddelde netto waarde per patiënt* per jaar; n	Beschrijving en waardering
Patiënten	Tijd €44.972 €334; n = 27	Patiënten 18+ jaar met IBD besteden tijd om hun ziekteprogressie te registreren ten einde conform Treeknormering geopereerd te kunnen worden. Aanneame: gemiddeld besteedt een patiënt (n=27) hier 15 minuten per maand aan (<i>Laurentius, 2024</i>). We rekenen met een tijdprijs van € 20,50 (<i>Zorginstituut, 2024</i>). De totale inbreng door de patiënten waarderen we hiermee op €44.972 (periode 2025-2029).
Ziekenhuizen	Geld €931.411 €6.304; n = 27	De ziekenhuizen brengen geld in om patiënten uit de doelgroep die niet conform Treeknormering geopereerd worden (n=27) tijdig te kunnen opereren**. De additionele kosten hiervoor zijn de “meerkosten” van de ziekenhuiszorg voor het niet tijdig opereren die ontstaan doordat de patiënt langer op de wachtlijst staat (e.g., complicaties, medicatie, ligdagen). De “meerprijs” van €3291 per patiënt is gebaseerd op de verschillkosten tussen “zeer uitgebreide chirurgie bij Colitis Ulcerosa” (i.e., DBC tarief: €14.015 (<i>NZA 2023</i>) en de prijs voor een “laproscopische ileocaecal resectie bij ziekte van Crohn” (i.e., €10.724 (<i>Groof et al. 2019</i>)). Ook investeren ziekenhuizen in extra personeel voor zorg van de patiënten rondom electieve chirurgie. De aanname is dat hiervoor 0,8fte verpleegkundig specialist extra nodig is. De aanname is gebaseerd op een gemiddelde caseload (40 patiënten/1fte) rekening houdende met de zorgzwaarte (IC-afdeling). We rekenen met een gemiddeld jaarsalaris van een verpleegkundig specialist van €86.268 (<i>Intermediair.nl, 2024</i>). De ziekenhuizen investeren in ICT ontwikkeling en beheerskosten (e.g., EPIC en MijnIBDCoach) om de ziekteprogressie van patiënten (n=27) goed te kunnen registreren en tijdig te kunnen beslissen over chirurgie (o.a., projectleiding, testen, implementeren). De inbreng hiervoor is geschat op €10.000 per jaar (<i>inschatting</i>). Daarnaast voorziet het ziekenhuis in de licentiekosten MijnIBDCoach (€45 per patiënt per jaar (n=27) (<i>Patientenregisters.org, 2024</i>)). Ook worden zorgprofessionals getraind in de gedane ICT ontwikkeling en adequate registratie van de IBD ziekteprogressie van patiënten die in aanmerking komen voor chirurgie (n=147). We gaan uit van een totale tijdsinvestering van 8 uur scholing in de 1^e 2 jaar (2025-2026) voor 40 medewerkers . We rekenen met een gemiddelde tijdprijs voor zorgprofessionals van € 93 per uur (<i>Zorginstituut, 2024</i>). De totale inbreng door de ziekenhuizen waarderen we hiermee op €931.411 (periode 2025-2029).
Zorgprofessionals	Tijd €68.419 €508; n = 147	Zorgprofessionals besteden tijd aan het registreren van de ziekteprogressie IBD van de patiënten ten einde de juiste zorg op het juiste moment te kunnen leveren. We gaan uit van een totale tijdsinvestering van 1 uur per patiënt extra per jaar* door alle betrokken 2 ^e -lijns zorgprofessionals voor alle patiënten die in aanmerking komen voor chirurgie (n=147). We rekenen met een gemiddelde tijdprijs voor zorgprofessionals van € 93 per uur (<i>Zorginstituut, 2024</i>). De totale inbreng door de zorgprofessionals waarderen we hiermee op €68.419 (periode 2025-2029).
Beroepsverenigingen	Geld €10.079 €14; n =147	De beroepsverenigingen van de MDL-artsen, chirurgen en verpleegkundig specialisten moeten een landelijke normeringsrichtlijn ontwikkelen om ervoor te zorgen dat de mensen 18+ jaar met IBD tijdig geopereerd kunnen worden. De ontwikkelkosten per module richtlijn bedragen €12.000 (<i>AQUA-leidraad</i>). De huidige richtlijn Inflammatoire Darmziekten Volwassenen bevat 16 modules. In de periode van 2025-2029 zullen er elk jaar 3 modules ontwikkelt worden. De inbreng is naar rato van het aantal bewoners van de regio Noord Nederland (5,60%) en relevant voor alle mensen 18+ jaar met IBD die in aanmerking komen voor chirurgie (n=147). De totale inbreng door de beroepsverenigingen waarderen we hiermee op €10.079 (periode 2025-2029).
MDL Fonds	Geld €18.137 €25; n =147	Het MDL Fonds gaat een landelijke bewustwordingscampagne opzetten en uitvoeren om de gezondheidswinst (monetariseerbaar EN niet monetariseerbaar) die optreedt bij het tijdig opereren van mensen 18+ jaar met IBD zichtbaar te maken en de opinie te beïnvloeden. We gaan hierbij uit van de inzet van 0,5fte gedurende 5 jaar (<i>Inschatting</i>) voor een senior beleidsmedewerker (jaarsalaris: €79.560 ; <i>CAO Gemeenten</i>). Daarnaast is er gedurende 5 jaar een vaste inbreng van €25.000 per jaar aan materiaalkosten voor de campagne (e.g. advertentieruimte) (<i>inschatting</i>). De inbreng is naar rato van het aantal bewoners van de regio Noord Nederland (5,60%) en relevant voor alle mensen 18+ jaar met IBD die in aanmerking komen voor chirurgie (n=147). De totale inbreng door het MDL Fonds waarderen we hiermee op €18.137 (periode 2025-2029).

* Patiënt = Patiënt behorende tot de doelgroep. Alle opbrengsten zijn toegerekend naar de gemiddelde netto waarde per patiënt per jaar.

** Het gaat hierbij om de extra investering die nodig is om aan het ambitiescenario te voldoen.

Belanghebbende	Opbrengst - Totaal netto (5 jaar) - Gemiddelde netto waarde per patiënt* per jaar; n	Beschrijving
Patiënten	Toename kwaliteit van leven €670.577 €4.975; n = 27 	Patiënten 18+ jaar met IBD zullen door het opereren conform de Treeknormering een hogere kwaliteit van leven ervaren door minder complicaties (aantal en ernst) en bijbehorende zorgvraag vergeleken met de situatie waarin niet tijdig geopereerd wordt. Als indicator gebruiken we de QALY. We veronderstellen een QALY winst van 0,0995 voor de patiënt indien electieve chirurgie conform de Treeknormering wordt gedaan vergeleken met niet tijdig opereren. Deze veronderstelde QALY winst is opgebouwd als gemiddelde van de volgende 4 redeneringen: 1. QALY 12 maanden na chirurgie ziekte van Crohn is 0.74 (de Groof et al., 2019). Op baseline is de QALY van patiënten met IBD 0.80 (gemiddelde interventiegroepen) (De Jong et al., 2020). Redenering: Door chirurgie is het verlies 0.80-0.74=0.06 QALY. Aannee is dat dit verlies van 0,06 QALY eveneens extra zal optreden wanneer niet conform Treeknormering geopereerd wordt. 2. Gedurende de 1 ^e Covid-19 golf was de verwachte gezondheidswinst MDL in de situatie zonder covid-19 2755 QALY winst voor n = 50.066. Dit is een QALY per patiënt per jaar van 0,055 (RIVM, Impact van de 1e COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid). 3. In de totale populatie (n = 573.500) zou zonder Covid-19 in de situatie waar enige prioritering van zorg nodig was een QALY winst optreden van totaal 50.086 QALY vergeleken met de situatie met Covid-19. Dit is een waarde van 0,087 QALY per patiënt per jaar. (RIVM, Impact van de 1e COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid). 4. Alle planbare ingrepen zouden 1.813.422 QALYs opleveren (n=1.630.419), maar door niet uitgevoerde ingrepen als gevolg van Covid-19 zijn voor deze populatie 319.483 QALY's niet gerealiseerd. Per patiënt is de QALY dus 319.483/1.630.419 = 0,1960 QALY per patiënt per jaar. (RIVM, De gezondheidsgevolgen van uitgestelde operaties tijdens de coronapandemie). Gemiddelde QALY winst tijdig versus niet tijdig opereren per patiënt: ((0,06 + 0,055 + 0,087 + 0,1960) / 4) = 0,0995 Eén QALY waarden we op €50.000 op basis van het advies hierover aan de Rijksoverheid (2023) en het Zorginstituut Nederland (2024). Met een impactclaim van 100% is de netto waarde €4.975 per patiënt per jaar.
	Toename arbeidsparticipatie €421.538 €3.127; n = 27 	Doordat patiënten 18+ jaar met IBD conform Treeknormering geopereerd worden is er een toename van de arbeidsparticipatie vergeleken met de situatie waarin niet tijdig geopereerd wordt. Doordat er tijdig geopereerd wordt zijn er minder complicaties gedurende de wachttijd en is het verwachte herstel na chirurgie sneller. We gaan uit van het gegeven dat gemiddeld 63% van de populatie werkzaam is (De Jong et al., 2020) en de gemiddelde overschrijding van de Treeknormering 5,87 weken (=0,11 jaar) is waarin niet gewerkt wordt (extra verlies van arbeidsparticipatie). We rekenen met een modaal jaarsalaris van €44.000 (CPB, 2024). Met een impactclaim van 100% is de netto waarde €3127 per patiënt per jaar.
	Toename overige maatschappelijke uitkomsten 	Patiënten 18+ jaar met IBD zullen door het opereren conform de Treeknormering op niet monetariseerbare, maar wel maatschappelijk relevante uitkomsten, e.g., onvervulde kindwens, relaties, arbeidsmarktpotentieel, gezondheidswinst ervaren omdat de ziektelast minder gevolgen heeft. Dit monetariseren we voorsnog niet.
Ziekenhuizen	Minder werkdruk - minder verzuim - minder verloop 	Ziekenhuizen en het personeel dat daar werkzaam is zal minder werkdruk ervaren wanneer patiënten 18+ jaar met IBD conform de Treenormering geopereerd zullen worden. Hierdoor zal er minder verzuim en verloop van personeel optreden. Dit monetariseren we voorsnog niet.
Zorgprofessionals	Toename werkplezier 	Zorgprofessionals zullen meer werkplezier ervaren in situaties waar patiënten conform de Treeknormering geopereerd worden dan in de situaties dat dit niet het geval is door de toegenomen ziektelast bij de patiënt. Dit monetariseren we voorsnog niet.
Zorgverzekeraar	Minder Zvw kosten - Ziekenhuiszorg €354.873 €2.633; n = 27 	We gaan uit van een besparing op de gemiddelde kosten voor patiënten 18+ jaar met IBD in de Zvw voor ziekenhuiszorg doordat er minder SEH bezoek, minder spoed- en heropnames, minder complicaties, kortere opnames zullen zijn wanneer een patiënt chirurgie krijgt conform de Treeknormering. Oftewel er is meer juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment. Het verschil in kosten voor electieve chirurgie NIET conform de Treeknormering en electieve chirurgie WEL conform de treeknormering (€3219 per patiënt per jaar) is de prijs waarmee gerekend wordt. Met een impactclaim van 80% (direct relateer baar aan chirurgie conform de Treeknormering) is de netto waarde €2.633 per patiënt per jaar.

* Patiënt = Patiënt behorende tot de doelgroep. Alle opbrengsten zijn toegerekend naar de gemiddelde netto waarde per patiënt per jaar.

- ✓ We rekenen met de huidige contante waarde, met een discontopercentage van 3,5%.
- ✓ We veronderstellen een effectduur van 1 jaar.

- Dit is een **eerste analyse, op basis van wat we nu weten, vermoeden en aannemen**. Deze analyse moet uiteraard nog verder getoetst, verfijnd en onderbouwd worden én er zijn afspraken nodig rondom **monitoring**; deze SROI Quick Scan biedt daarvoor het **gespreksmodel** voor een vruchtbare dialoog met alle belanghebbenden.
- We maken **zo veel mogelijk gebruik** van de resultaten van andere onderzoeken, MKBA's en SROI analyses.
- Voor berekeningen gebruiken we **data en referentiewaarden** van:
 - ✓ Specifieke literatuur en referenties
 - ✓ Regiobeelden en regioplannen
 - ✓ VWS, Zorginstituut Nederland, NZa, RIVM, VZInfo
 - ✓ ZN (Vektis), VNG
 - ✓ CPB, CBS
- We **indexeren** deze waarden (o.b.v. CPI)
- We rekenen met de huidige contante waarde van de *opbrengsten*, met een **discontopercentage van 3,5%**. (Eén euro nu is 3,5% meer waard dan volgend jaar).
- De inbreng en opbrengsten worden teruggerekend naar **gemiddeld per jaar per inwoner / patiënt / cliënt**.
- **Zorgprofessional** = alle betrokken zorg- en welzijns-professionals (tenzij specifiek anders vermeld).
- We hanteren de **SROI 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

Landelijk en internationaal:

- Integraal Zorgakkoord, sept 2022
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- Zorginstituut Nederland: Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (versie 2024)
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>
- Dashboard Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (CBS, 2024)
<https://dashboards.cbs.nl/v4/AZWDashboard/>
- Geschat potentieel digitale zorg (SiRM i.o.v. Min. VWS, 2023)
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/12/22/rapport-ministerie-van-vws-geschat-potentieel-digitale-zorg>
- Rijksoverheid: Substantieel Potentieel, schatting van de potentiële opbrengst van substitutie van zorg en inventarisatie van de benodigde voorwaarden (2021)
<https://open.overheid.nl/documenten/ronl-7490eb19-ed71-433e-b2de-b78410430718/pdf>

Specifiek:

- De Groof et al., 2019: Cost-effectiveness of laparoscopic ileocaecal resection versus infliximab treatment of terminal ileitis in Crohn's disease: the LIRIC Trial
- De Jong et al., 2017: Telemdeicine for management of inflammatory bowel disease (myIBDcoach): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial
- De Jong et al., 2020: Cost-effectiveness of Telemedicine-directed Specialized vs Standard Care for Patients With Inflammatory Bowel Diseases in a Randomized Trial
- Frolkis et al., 2013: Risk of Surgery for Inflammatory Bowel Diseases Has Decreased Over Time: A Systematic Review and Meta-analysis of Population-Based Studies
- Tsai et al., 2021: Contemporary Risk of Surgery in Patients With Ulcerative Colitis and Crohn's Disease: A Meta-Analysis of Population-Based Cohorts
- Van der Valk et al., 2014: Healthcare costs of inflammatory bowel disease have shifted from hospitalisation and surgery towards anti-TNFα therapy: results from the COIN study
- Van Linschoten et al., 2021: Systematic review: societal cost of illness of inflammatory bowel disease is increasing due to biologics and varies between continents

- Wasmann et al., 2020: Complications While Waiting for IBD Surgery—Short Report
- Nivel.nl, 2023: <https://www.nivel.nl/nl/zorg-en-ziekte-in-cijfers/cijfers-ziekten-op-jaarbasis>
- Crohn&Colitis.nl: <https://www.crohn-colitis.nl/over-crohn-colitis/inflammatory-bowel-disease-ibd/>
- Crohn&Colitis.nl: <https://www.crohn-colitis.nl/actueel/onacceptabele-wachttijden-ibd-chirurgie/>
- Nederlandse Zorg Autoriteit: <https://opendisdata.nza.nl/#start>
- Patientenregisters.org: <https://patientenregisters.org/voorbeelden/mijnibd/>
- De Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2023: <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijd-behandeling-medisch-specialistische-zorg-overschrijding-treeknorm-en-gemiddelde-wachttijd>
- Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen: Leidraad voor netwerkontwikkeling en organisatie van IBD-zorg
- RIVM, 2022: De gezondheidsgevolgen van uitgestelde operaties tijdens de coronapandemie <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2022-0053.pdf>
- RIVM, 2020: Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2020-0183.pdf>
- Mijn IBDcoach: <https://www.laurentiusziekenhuisroermond.nl/files/38504/mijnibdcoach.pdf>
- Q-bital Healthcare Solutions, 2021. How do waiting times compare internationally? https://www.q-bital.com/nl_nl/how-do-waiting-times-compare-internationally/
- England NHS, 2025: National elective access policy. <https://www.england.nhs.uk/long-read/national-elective-access-policy/>
- IBD UK, 2025: IBD Standards. <https://ibd.uk.org/ibd-standards>
- Fiorino et al., 2020: Quality of Care Standards in Inflammatory Bowel Diseases: a European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO]
- Informatie over Volksgezondheid en Zorg. <https://www.vzinfo.nl/prestatie-indicatoren/wachttijd-langer-dan-treeknorm-behandeling>

Literatuur over SROI en MKBA's

- [SROI meet maatschappelijk impact van innovaties](#), artikel Dutch Health Hub
- Social Value International: <https://www.socialvalueint.org/>
- Corvo, L. et al (2022), The social return on investment model: a systematic literature review <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/MEDAR-05-2021-1307/full/html>
- CPB/PBL: Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse (2013) <https://www.kcbr.nl/beleid-en-regelgeving-ontwikkelen/beleidskompas/verplichte-kwaliteitseisen/algemene-leidraad-maatschappelijke-kosten-baten-analyse-mkba#Leidraad>
- Polder, J. et al. (2023), Preventie op waarde schatten, Advies Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/2024-01/Preventie-op-waarde-schatten---Advies-technische-werkgroep-kosten-baten-preventie-dec-23_DEF.pdf
- Pomp, M. et al. (2014) Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning, RIVM <https://www.rivm.nl/publicaties/op-weg-naar-maatschappelijke-kosten-batenanalyses-voor-preventie-en-zorg-themarapport>
- Zorginstituut Nederland (2024), Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>
- Vilans (2023): [Kennisbank Digitale zorg](#) en [Waardewaaier Digitale Zorg](#)

SROI trajecten door VitaValley:

- [Hemodialyse thuis](#) (met NVZ, Bravis Ziekenhuis en de Nierstichting)
- [Thuisarts.nl](#) (met NHG)
- [Zelfzorg Ondersteund!](#) (met ZN, InEen en drie patiëntenorganisaties)
- Versluis, A. et al (2021) A national program to support self-management for patients with a chronic condition in primary care: A social return on investment analysis <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2588914121000046?via%3Dihub>
- [2diabeat, een domeinoverstijgende preventieaanpak in de wijk](#)
- [SROI Verkenning intake nieuwe stijl](#) (Stimuleringsregeling E-Health Thuis)
- [SROI Verkenning Detox Thuis](#) (Stimuleringsregeling E-Health Thuis)
- [Partner in Balans](#) (Stimuleringsregeling E-Health Thuis)
- [SROI Verkenning Beeldschermzorg: scenario substitutie](#) (SET)
- [Preventieve inzet van Beeldschermzorg](#) (Stimuleringsregeling E-Health Thuis)
- SROI Quick Scans eOverdracht, GERDA-GEM en PGO-PG (Achterhoek)
- SROI Quick scans, 5 pijlers Transformatieplannen Noord- en Midden-Limburg (juni 2024)

Referentieprijzen

Referentieprijzen, Zorginstituut NL, 2024

<https://www.zorginstituutnederland.nl/over-onze-publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gesondheidszorg>

	Referentieprijs 2022 (c.b.v. Zorginstituut tenzij anders vermeld)	Geïndexeerd voor 2024	Bron
		18045532	CBS, 2024
Inwoners NL			
Consumentenprijsindex verschil	121,43	130,3 8,9	CBS
Mantelzorgers, cliënten en patiënten	€ 18,8	€ 20,5	Zorginstituut NL
Huisartszorg			
Consult, gemiddeld (ook voor telefonsich en e-mail consult)	€ 31	€ 33,6 per gemiddeld consult	Zorginstituut NL
Visite, gemiddeld	€ 43	€ 47,2 per gemiddelde visite	Zorginstituut NL
Dienstuur huisartsendienstenstructuur in de avond	€	107,5 Maximumtarief	NZa, 2024
Paramedische zorg			
Fysiotherapie	€ 39	€ 42 per zitting van gemiddeld 30 min	Zorginstituut NL
Ofentherapie	€ 43	€ 47 per zitting van gemiddeld 30 min	Zorginstituut NL
Logopedie	€ 41	€ 45 per zitting van gemiddeld 30 min	Zorginstituut NL
Ergotherapie	€ 24	€ 26 per zitting van gemiddeld 30 min	Zorginstituut NL
Diëtist	€ 25	€ 29 per kwartier diëtetiek	NZa, 2021
Leefstijlaanbieder	€	€ 77 per uur	NZa, tariefbeschikking GLI 2023
Medische zorg			
Medisch specialist, algemeen ziekenhuis - per gewerkt uur	€ 96	€ 105 per uur	Zorginstituut NL
Medische specialist, algemeen ziekenhuis - per patiëntgebonden uur	€ 138	€ 150 per uur	Zorginstituut NL
Thuiszorg			
Huishoudelijke hulp thuis	€ 33	€ 36 per uur	Zorginstituut NL
Persoonlijke verzorging thuis	€ 58	€ 63 per uur	Zorginstituut NL
Begeleiding thuis	€ 64	€ 70 per uur	Zorginstituut NL
Verpleging thuis	€ 75	€ 82 per uur	Zorginstituut NL
Behandeling thuis	€ 138	€ 150 per uur	Zorginstituut NL
GGZ			
Contact zorgverlener in de generalistische basis GGZ-instellingen	€ 121	€ 132 per uur	Zorginstituut NL
Contact zorgverlener in de specialistische GGZ-instellingen	€ 134	€ 146 per uur	Zorginstituut NL
Ziekenhuiszorg			
Verpleegdag Ziekenhuis (incl. personeelskosten)	€ 644	€ 701 per dag	Zorginstituut NL
Verpleegdag Intensive Care	€ 2.727	€ 2.969 per dag	Zorginstituut NL
Polikliniek bezoek	€ 120	€ 131 per bezoek	Zorginstituut NL
Bezoek spoedeisende hulp	€ 258	€ 281 per SEH bezoek	Zorginstituut NL
Apotheken:			
Versterkker laag tarief (assistent)	€	€ 47 per uur	MIRA Gegevensuitwisseling, v
Versterkker hoog tarief (apotheker)	€	€ 95 per uur	

Referentieprijzen

Referentieprijzen, Zorginstituut NL, 2024

<https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>

	Referentieprijs 2022 (o.b.v. Zorginstituut tenzij anders vermeld)	Geïndexeerd voor 2024	Bron
Inwoners NL		18045532	CBS, 2024
Consumentenprijsindex verschil	121,43	130,3 8,9	CBS
Overig			
Senior accountmanager / projectmanager / inkoper	€ 85	€ 93 per uur	Handleiding Uurtarieven Rijksoverheid (HOT, 2024)
Coördinator salarisschaal 9 Rijksoverheid (Integraal uurtarief o.b.v. contracturen incl. BTW)	€	€ 63 per uur	
Projectmanager / teammanager salarisschaal 14 Rijksoverheid (Integraal uurtarief o.b.v. contracturen incl. BTW)	€	€ 104 per uur	Handleiding Uurtarieven Rijksoverheid (HOT, 2024)
QALY	€	50.000 per gewonnen levensjaar in volledige kwaliteit van leven	Rijksoverheid (2023): Preventie https://www.rijksoverheid.nl
Modaal salaris	€	44.000 per jaar	CPB 2024
Gemiddelde jaaruitkering WIA	€	22.656 per jaar	UWV, 2023 https://www.uwv.nl/image
Gemiddelde jaaruitkering WW	€	21.627 per jaar	UWV, 2023
Kosten verzuim	€	405 kosten werkgever per dag	Szas, TNO, CBS, 2023 https://www.szas.nl/kenr
Gemiddelde kosten Zvw	€	3.558 per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2024 https://www.staatvenz.nl/
Waarvan tweedelijnszorg	€	1.748 per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2024
Waarvan eerstelijnszorg	€	431 per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2024
Waarvan wijkverpleging	€	228 per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2024
Waarvan apotheekzorg en hulpmiddelen	€	422 per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2024
Waarvan geneeskundige GGZ	€	274 per Nederlander per jaar	Rijksbegroting 2024
Transformatiemiddelen IZA	€	32 per Nederlander per jaar	
Gemiddelde kosten Zvw voor 65-plussers	€	5.574 per 65-plusser per jaar	Vektis, 2022 https://www.vektis.nl/intellig
Waarvan medisch specialistische zorg	€	2.903 per 65-plusser per jaar	Vektis, 2022
Waarvan huisartsenzorg	€	378 per 65-plusser per jaar	Vektis, 2022
Waarvan farmaceutische zorg	€	682 per 65-plusser per jaar	Vektis, 2022
Waarvan wijkverpleging	€	786 per 65-plusser per jaar	Vektis, 2022
Waarvan overig	€	825 per 65-plusser per jaar	Vektis, 2022
Aantal werkbare uren per jaar (1,0 FTE)		1600 uur	
Uitgaven Wmo-maatwerkvoorzieningen	€	5.127.215.000	CBS, 2022 https://www.cbs.nl/nl-nl/c
per inwoner	€	292 per jaar	CBS, 2022
aantal gebruikers van Wmo maatwerkvoorzieningen		1.240.195 per jaar	Monitor Langdurige Zorg, 202 https://www.monitorlangd
Gemiddelde uitgaven Wmo-maatwerkvoorzieningen per gebruiker	€	4.134 per jaar	CBS, Monitor Langdurige Zorg, 2022
Gemiddelde Wmo lasten per volwassene	€	510 per jaar, per volwassene	VNS, 2021 (cijfers over 2019)
Verschil tussen kosten VPT en opname verpleeghuis	€	1.511 per maand	NZA, 2022 https://www.nza.nl/actueel

Afgeleide referentieprijzen:

Tijdprijs zorgprofessionals gemiddeld (specialisten, huisartsen, wijkverpleging, paramedici)	€	93		
Tijdprijs zorgprofessionals (paramedici) eerstelijns	€	80	gemiddeld per uur	Zorginstituut (gemiddelde van paramedici hierboven)

- Alina Rozeboom, UMCG
- Erna Lont, UMCG
- Gerard Dijkstra, UMCG
- Janet Blauw, UMCG
- Johan Lange, UMCG
- Joyce Mantel-van Stel, UMCG
- Maarten Lahr, UMCG
- Marga Nuus, UMCG
- Margriet Bolt, UMCG
- Albert Sprokholt, Cliëntenraad IBD
- Manon Boneschansker, Cliëntenraad IBD
- Daniëlle van der Horst, Landelijke patiëntenvereniging
- Greetje Tack-Blokker, MCL
- Rob van Boxtel, MCL
- Eveline Romijn, MDL Fonds
- Mariël Croon, MDL Fonds
- Jan Ramaekers, Sananet
- Pim Ketelaar, VitaValley
- Koen Wijntjes
- Tjarco Koppenaal, VitaValley