SROI-Rapportage
Telemonitoring IBD

Maart 2026

Auteurs: Koen Wijntjes, Nil Schubert en Pim Ketelaar

VitaValley

Inhoudsopgave

Voorwoord 3
Managementsamenvatting 4
Inleiding 5
  Leeswijzer 6
Theory of Change 7
  Impactmodel 9
Waarderingen - uitgangspunten 10
Waardering – inbreng 13
Waardering - opbrengsten 17
  Aannames 2025-2029 18
Social Return on Investment – samenvatting 21
Vergelijkbare telemonitoringstoepassingen 23
Moeilijk monetariseerbare baten 24
Slotbeschouwing 27
Processbeschrijving 28
Bijlage: Over de methode SROI 29
Bijlage: inbreng en opbrengsten 30
Bijlage: Referentieprijzen 31
Bijlage: Referenties 32

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van de Social Return on Investment (SROI) analyse 'Telemonitoring IBD'. We deden dit in opdracht van Stichting mijnCOACH en in de context van het structureel inzetten van telemonitoring en passende zorg voor mensen met Inflammatory Bowel Disease (IBD).

Specifiek hebben we de inzet van het zorgpad ondersteund door mijnIBDCoach onderzocht, een beveiligd en persoonlijk e-health-hulpmiddel, speciaal ontwikkeld voor mensen met IBD, een verzamelnaam voor de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa. MijnIBDcoach is een applicatie waarmee mensen met IBD op afstand kunnen worden gemonitord en begeleid. MijnIBDcoach ondersteunt patiënten bij het in de gaten houden van hun gezondheid. Zij komen meer te weten over IBD en leren hun ziekte beter te controleren. Door deze betrokkenheid en zelfregie verbeteren de behandelresultaten. Omdat patiënten de coach online benaderen via mijnIBDcoach.nl of de mijnIBDcoach-app, ervaren ze de zorg als dichtbij. De coach is een telemonitoring instrument dat het zorgpad ondersteund en een brug vormt naar betere, betaalbare en innovatieve zorg. Veel ziekenhuizen zijn inmiddels aan de slag met een telemonitoring zorgpad.

Toch blijkt structurele implementatie moeilijk, ondanks de wil van meerdere partijen om telemonitoring in het zorgpad in te bedden en structureel gefinancierd te krijgen. Daarom brengen wij als onafhankelijke partij in deze SROI-analyse de totale economische en sociale waarde in kaart van de structurele inzet van telemonitoring binnen het huidige zorgpad. Met de hulp van alle betrokkenen beredeneerden we de totale verwachte opbrengst voor de periode 2025-2029 en de totaal benodigde inbreng. Dat deden we door deskresearch, een workshop, een terugkoppeling en besprekingen naar aanleiding van de conceptrapportage.

Deze SROI-analyse geeft daarmee inzicht in de maatschappelijke kosten en baten: integraal, domein overstijgend en op de langere termijn. Dit gezamenlijke inzicht is opgebouwd uit alles wat de betrokkenen weten, vermoeden en aannemen. Uiteraard met de benodigde bandbreedtes en onzekerheden. Maar tegelijkertijd met voldoende robuustheid voor vervolg en beleidskeuzes. Deze SROI-analyse is daarmee het gespreksmodel voor transformatie naar de structurele inbedding en hierbij passende financiering van telemonitoringstoepassingen zoals mijnIBDcoach.

Onze ambitie is om met deze rapportage een breder doel te bereiken dan alleen het maken van een SROI-analyse voor Stichting mijnCOACH. Veel telemonitoringstoepassingen zitten in hetzelfde schuitje en potentiële financierders willen graag weten of er een robuuste methode is om de baten (en waar deze neerslaan) in kaart te brengen. Die methode is er en we presenteren u hierbij het resultaat ervan.

Wij wensen u een constructieve dialoog.

In opdracht van: STICHTING mijnCOACH

Managementsamenvatting

VitaValley heeft in opdracht van Stichting mijnCOACH een Social Return on Investment (SROI) analyse gemaakt over de structurele inzet van telemonitoring voor mensen met IBD. Deze analyse geeft inzicht in de maatschappelijke kosten en baten wanneer de applicatie telemonitoring structureel wordt ingezet in het huidige zorgpad voor inflammatory bowel disease (IBD), een verzamelnaam voor de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa.

Er zijn tegenwoordig tal van e-health en telemonitoringstoepassingen waarmee patiënten op afstand kunnen worden begeleid. Het idee hierachter is dat patiënten zelf inzicht krijgen in hun ziekteproces en dat begeleiding op een laagdrempelige manier mogelijk is. Bij een goed ingerichte infrastructuur scheelt dit tijd en werklast voor zowel de patiënt als de zorgverlener, wat zich doorbetaalt in kosten. Ondanks bewezen effectiviteit kampen veel telemonitoringstoepassingen, zoals mijnIBDcoach, echter met problemen rondom grootschalige implementatie. Dit lijkt mede te wijten aan het gebrek aan (structurele) financiering, telemonitoringstarieven die onder druk staan en de vraag wie opdraait voor de licentiekosten en de integratie met de verschillende elektronische patiëntendossiers (EPD's). Daarnaast vraagt de implementatie om een (kleine) verandering binnen het IBD-zorgpad, iets waar wellicht niet elke zorgprofessional op zit te wachten.

Er is daarom alle reden om goed uit te zoeken hoe groot de baten zijn van mijnIBDcoach ten opzichte van de noodzakelijke investeringen en waar die neerslaan. SROI is een robuuste methode om dat te doen. VitaValley heeft al meer dan honderd SROI-analyses gemaakt voor initiatieven in het sociaal- en zorgdomein. Vaak bleek dit een goed startpunt voor een dialoog over kosten, baten en financiering.

Om een zo compleet mogelijk beeld te schetsen, is er gebruik gemaakt van alle informatie en kennis die op dit moment bekend is. Deze informatie is deels afkomstig uit (wetenschappelijke) literatuur, maar kan ook zijn verkregen door het bevragen van experts. Alle (min of meer) objectiveerbare maatschappelijke elementen zijn in deze analyse verwerkt en gewogen.

De uitkomst van deze SROI is dat elke euro die geïnvesteerd wordt in het structureel implementeren van telemonitoring IBD € 3,4 euro aan maatschappelijke winst oplevert. Deze winst komt met name ten goede aan de patiënt. Deze analyse laat zien dat de implementatie van telemonitoring IBD echter niet alleen profijt oplevert voor de individuele patiënt, zoals eerder is vastgesteld in wetenschappelijk onderzoek (1), maar voor de hele samenleving. In deze SROI hebben we mijnIBDcoach als voorbeeld gebruikt, maar de verwachting is dat de maatschappelijke baten voor soortgelijke telemonitoringstoepassingen vergelijkbaar zullen zijn. Met de huidige druk op de zorg en met de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord in het vizier zijn dit belangrijke inzichten.

Inleiding

Telemonitoringstoepassingen zijn er in allerlei soorten en maten. Denk bijvoorbeeld aan eenvoudige apps waarmee patiënten hun bloeddruk bijhouden, of geavanceerde systemen die continu vitale functies monitoren en direct communiceren met zorgverleners. Toch zijn er maar weinig applicaties zo grondig onderzocht als telemonitoring bij IBD en in het bijzonder de applicatie mijnIBDcoach. In Nederland is de belangstelling voor telemonitoring groot, zeker nu de zorg steeds meer onder druk staat en er gezocht wordt naar innovatieve oplossingen die zowel de kwaliteit als de betaalbaarheid van zorg verbeteren (2).

Het patroon bij veel telemonitoringstoepassingen is herkenbaar: een applicatie wordt ontwikkeld, vaak vanuit een concrete behoefte in de praktijk. Vervolgens wordt deze getest, geëvalueerd en in het beste geval, bewezen effectief bevonden als aanvulling op, of zelfs als vervanging van reguliere zorg. Zo ook bij mijnIBDcoach: uit diverse studies blijkt dat patiënten met de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa dankzij deze app beter inzicht krijgen in hun gezondheid, sneller kunnen reageren op veranderingen en zich meer betrokken voelen bij hun behandeling (1,3).

Een treffend voorbeeld is een patiënt die dankzij mijnIBDcoach tijdig een opvlamming van klachten signaleert en direct contact kon opnemen met het behandelteam. Hierdoor werd ziekenhuisopname voorkomen en kon de behandeling snel worden aangepast. Ook zorgverleners geven aan dat de app helpt om zorg op maat te bieden en het contact met patiënten laagdrempeliger te maken, zonder dat dit leidt tot extra werkdruk.

Om de implementatie te bevorderen is er ook een implementatiekaart 'Telemonitoring IBD' ontwikkelt door de Federatie Medisch Specialisten (FMS) (4). Hier is overzichtelijk weergegeven wat telemonitoring van IBD-patiënten inhoudt, wat het opbrengt en wat er nodig is om dit in een ziekenhuis te implementeren.

Toch zien we dat structurele implementatie van bewezen effectieve telemonitoringstoepassingen, zoals mijnIBDcoach, vaak uitblijft. De vraag rijst: als de effectiviteit is aangetoond, waarom wordt zo'n applicatie dan niet standaard onderdeel van het zorgpad? De redenen zijn divers: financiering is vaak tijdelijk of projectmatig, tarieven voor telemonitoring staan onder druk, licentiekosten zijn niet altijd gedekt en de integratie met bestaande systemen (zoals EPD's) verloopt moeizaam.

Het doel van deze SROI-analyse is om inzicht te krijgen in wat er structureel aan inbreng nodig is om telemonitoringstoepassingen zoals mijnIBDcoach, te integreren in het huidige zorgpad en welke baten daaruit voortvloeien. Daarbij is het essentieel om te weten bij welke partijen de kosten en baten terechtkomen. Want hoewel de investering vaak bij de zorgaanbieder ligt, komen de baten, zoals minder ziekenhuisopnames, betere kwaliteit van leven en hogere patiënttevredenheid soms elders terecht, bijvoorbeeld bij verzekeraars of de maatschappij als geheel.

Deze SROI-analyse biedt daarmee niet alleen inzicht in de financiële kant, maar ook in de maatschappelijke waarde van structurele inzet van telemonitoring bij IBD. We spreken van structurele inzet wanneer de gehele doelgroep die in aanmerking komt voor mijnIBDcoach bereikt wordt en telemonitoring kan toepassen. De analyse is een uitnodiging aan alle betrokken partijen om een constructieve dialoog te voeren over de duurzame implementatie van telemonitoring bij IBD.

Leeswijzer

In deze rapportage over de landelijke en structurele implementatie van telemonitoring IBD volgen we de stappen zoals voorgeschreven vanuit de SROI-methode. Zie bijlage: over de methode SROI – voor een toelichting op de SROI-methode.

Theory of Change

Voordat we aan de slag kunnen gaan met het monetariseren van de baten, zijn een aantal stappen nodig. Ten eerste willen we scherp krijgen wat we nu precies meten. Waar bestaat de interventie precies uit? Ten tweede willen we verhalenderwijze context geven aan wat telemonitoring bij IBD doet of kan doen. Ten derde brengen we in kaart wie betrokken en belanghebbend zijn.

Waarderen van inbreng en opbrengsten

Vervolgens beredeneren we de benodigde inbreng en opbrengsten voor de periode 2025-2029. Waar mogelijk geven we een monetaire waarde aan deze inbreng en opbrengsten en doen we een uitspraak waar en wanneer de opbrengsten neerslaan en hoe zeker de opbrengsten zijn.

Social Return on Investment

Dit leidt tot een samenvatting van de Social Return on Investment. Op basis van alles wat we gemonetariseerd hebben concluderen we de SROI-ratio en geven we inzicht in hoe de kosten en baten verdeeld zijn over de belanghebbenden.

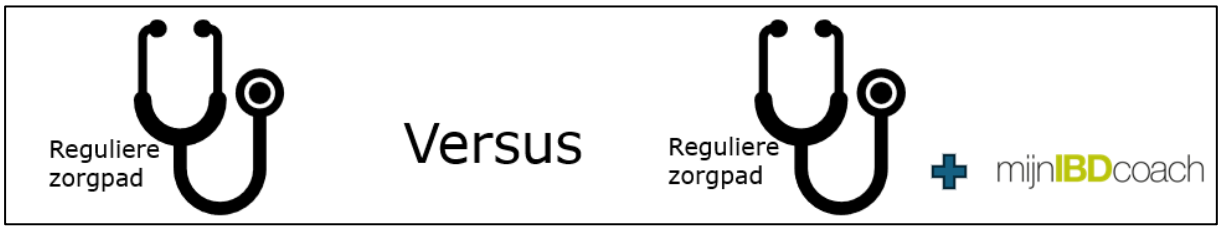
Moeilijk monetariseerbare baten

We geven een overzicht van baten die of niet in euro's zijn uit te drukken of met zulke grote onzekerheden gepaard gaan dat het te speculatief wordt om er een getal op te plakken. Dit betekent echter niet dat ze er niet zijn, we weten alleen niet hoe groot.

Slotbeschouwing

Op basis van de SROI-analyse, aangevuld met het overzicht van moeilijk monetariseerbare baten, trekken we twee conclusies: één voor de landelijke en structurele implementatie van telemonitoring IBD en één voor de opschaling van vergelijkbare monitoringstools.

Theory of Change



Binnen de theory of change gaat het om het verschil aan inbreng en opbrengsten tussen het reguliere zorgpad voor patiënten met IBD en het reguliere zorgpad ondersteund door telemonitoring, in het bijzonder met de applicatie mijnIBDcoach.

Om te weten welke interventie we beoordelen, is het goed te bezien waar de interventie uit bestaat. mijnIBDcoach is een digitale zorgtoepassing (e-health interventie) die is ontwikkeld om mensen met de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa actief te ondersteunen bij het zelfmanagement van hun aandoening.

De applicatie is toegankelijk via een beveiligd webportaal of mobiele app en maakt gebruik van een persoonlijke inlog die door het ziekenhuis wordt verstrekt.

Functionaliteiten

1. **Dashboard: Uw gezondheid in beeld**

   Patiënten vullen periodiek (ongeveer eens per vier maanden) een digitale gezondheidscheck in. Daarbij worden klachten, medicatiegebruik, gewicht en algemene gezondheid bijgehouden. De resultaten worden weergegeven in een persoonlijk dashboard waarmee zowel patiënt als zorgverlener trends en afwijkingen in het ziekteverloop kunnen volgen.

2. **Persoonlijk zorgplan**

   In overleg met de zorgverlener worden persoonlijke doelen opgesteld, zoals leefstijlverbetering of therapietrouw. Het zorgplan is digitaal toegankelijk en wordt gedurende het behandeltraject bijgewerkt.

3. **Educatiemodules ('Kenniskuur')**

   De app bevat interactieve kennismodules over thema's zoals voeding, medicatie, omgaan met klachten, roken en psychisch welbevinden. Deze modules helpen patiënten hun aandoening beter te begrijpen en te managen.

4. **Contact**

   Via een beveiligde berichtenfunctie kunnen patiënten niet-spoedeisende vragen stellen aan hun zorgverlener. Een ingebouwde *contactadviesmodule* stelt aanvullende vragen over actuele klachten en geeft direct advies, bijvoorbeeld om contact op te nemen met de IBD-verpleegkundige of het ziekenhuis.

5. **Wetenschappelijk onderzoek**

   De verzamelde gegevens kunnen (uitsluitend met toestemming van de gebruiker) anoniem worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek en voor de verdere ontwikkeling van de IBD-zorg.

Scope

De ziekte van Crohn en colitis ulcerosa (IBD) kennen beiden een wisselend verloop. Bij een stabiel beeld zijn meestal 2 à 3 poliklinische bezoeken per jaar bij een MDL-arts nodig (5). Bij opvlammingen of complicaties kan het aantal ziekenhuisbezoeken, inclusief opnames en eventueel operaties, echter snel oplopen. Dit heeft uiteraard grote impact op het dagelijks leven van patiënten. De impact reikt van fysieke en psychische klachten tot sociaaleconomische problemen door uitval op het werk (6).

Net als de rest van de zorg staat ook de IBD-zorg in Nederland onder druk. Dit komt door de groeiende patiëntengroep, complexere behandelingen en beperkte zorgcapaciteit. Hierdoor wordt het steeds belangrijker om de zorg te herontwerpen richting duurzamere, patiëntgerichte en uitkomst gedreven modellen.

MijnIBDcoach sluit goed aan bij deze missie. Wanneer het huidige zorgpad wordt ondersteund door mijnIBDcoach, is het mogelijk om patiënten sneller en vaker van gepersonaliseerde informatie te voorzien. MijnIBDcoach registreert alle relevante klinische en patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROMs) en koppelt deze terug aan de patiënt zelf én de zorgverlener. Belangrijker nog is dat symptomen van, of risicofactoren voor, een opvlamming eerder te detecteren zijn dan via het huidige zorgpad zonder telemonitoring. Dit resulteert in minder herhaalconsulten, tijdige interventies en daardoor een kortere duur van opvlammingen, minder escalaties naar geavanceerde therapieën, minder ziekenhuisopnames en minder bezoeken aan de Spoedeisende Hulp (1). Voor de patiënt betekent dit over het algemeen dat er minder ritten naar het ziekenhuis nodig zijn en dat de ziekte beter onder controle blijft.

Hoewel dit als een win-win situatie klinkt, blijkt brede en structurele implementatie van mijnIBDcoach lastig. De implementatie wordt met name belemmerd door financiële knelpunten (zoals tarieven voor telemonitoring en licentiekosten) en praktische uitdagingen rondom integratie met EPD-systemen. Dit staat haaks op nationale beleidsdoelen uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het principe van Passende zorg, die juist aansturen op digitale, efficiënte en persoonsgerichte zorgoplossingen.

VitaValley is daarom gevraagd om de maatschappelijke kosten en baten in kaart te brengen van de structurele inzet van mijnIBDcoach op de gehele populatie in Nederland die in aanmerking komt voor het gebruik van mijnIBDcoach.

Wat is de tijdshorizon:

- We kijken over een periode van 5 jaar: 2025 – 2029.
- We gaan hierbij uit van een ambitiescenario: optimale inrichting van juiste zorg, op de juiste plek en op het juiste moment; alle randvoorwaarden hiervoor zijn ingevuld.

Impactmodel

Als belangrijke stap in het proces dat we met alle betrokkenen doorliepen, maakten we een impactmodel (zie Figuur 1 hieronder). In dit model wordt inzichtelijk gemaakt wie de belanghebbenden zijn, wie welke inbreng heeft en wat ieders opbrengsten zijn. In het impactmodel geven we ook aan welke opbrengsten gemonetariseerd zijn en welke niet.

Figuur 1: Impactmodel

In deze modellering gaan we uit van de belanghebbenden die in eerste instantie de inbreng/ opbrengsten hebben, verantwoordelijkheid hebben voor de uitvoering van de verschillende wetten (Wmo, Zvw, Wlz), en die dus afspraken moeten maken over duurzame financiering van het implementeren van mijnIBDcoach.

Ten overvloede:

We berekenen de extra inbreng die nodig is op basis van maatschappelijke referentieprijzen; dit staat los van huidige contractering of tarieven. De inbreng wordt immers (deels) vergoed vanuit de NZa prestatie telemonitoring.

In de volgende hoofdstukken werken we monetarisering van de inbreng en opbrengsten verder uit.

Waarderingen - uitgangspunten

Algemeen

- We bouwen deze SROI-analyse op uit alles wat we (d.w.z. alle betrokkenen) **weten, vermoeden en aannemen:**
    - Weten:
      Data uit (internationaal; zie hierna) onderzoek, monitors (7–10) , registratiedata, declaratiedata (Vektis, Gemeentezorgspiegel) (11,12), referentieprijzen (Zorginstituut Nederland) (13), tarieven (NZa) (14), Regiobeelden (15), registratie van deelnemers (rapportages van Sananet en Stichting mijnCOACH, workshop, interviews).
    - Vermoeden:
      Demografie (8,16), epidemiologie (17), arbeidsmarkt (18), beleid (19,20), regioplannen (15).
    - Aannemen:
      Gezamenlijke inschattingen, workshops, terugkoppelingen, kennissyntheses
- We baseren ons op de **Theory of Change** en het **impactmodel** (zie hiervoor).
- We maken een (deels) prospectieve SROI-analyse over de **periode 2025-2029**.

Aannames

Een vaak gehoord argument is dat SROI-analyses kwetsbaar zijn omdat ze gebaseerd zijn op aannames. Op zich is dat juist. Voor alle prospectieve analyses - waaronder deze - geldt dat we geen glazen bol in onze binnenzak hebben. Sommige trends en baten zijn robuust, andere baten zijn moeilijker met enige precisie in te schatten. We gaan daar op drie manieren mee om.

Ten eerste zijn we transparant over de aannames. Als de lezer andere aannames meer plausibel acht, kan een inschatting gemaakt worden wat daarvan de consequenties zijn.

Ten tweede toetsten we de aannames via co-creatie in de praktijk, onder meer door een workshop met alle stakeholders.

Ten derde zijn we tamelijk conservatief. Sommige aannames zijn ‘neutraal’ in de zin dat ze even goed kunnen meevallen als tegenvallen. De uitbreiding van het aantal mensen dat daadwerkelijk baat heeft bij het gebruik van de app. Echter, wanneer we twijfelen, gaan we niet voor een ‘maximum’ claim maar zijn we conservatief. Bovendien zijn er veel baten die we niet goed kunnen vatten in een robuust getal. Die baten zijn weliswaar reëel en blijken ook uit ervaringen elders maar hebben we buiten de berekening gehouden. De kosten, aan de andere kant, zijn vrij goed voorspelbaar en kunnen daarom minder snel tegenvallen. Om deze redenen is er ook geen ‘plus of min zoveel procent’ foutmarge, maar zullen in de praktijk de baten eerder meevallen dan tegenvallen, zeker op de iets langere termijn.

Kentallen mijnIBDcoach

De kentallen voor de incidentie en prevalentie van IBD in Nederland zijn hieronder samengevat. Deze gegevens zijn gebaseerd op registratiedata vanuit het CBS m.b.t. de nationale bevolkingsgroei (21). De prevalentie en incidentie is gebaseerd op wetenschappelijk literatuur en data vanuit Crohn & Colitis NL (22,23). Het huidige aantal gebruikers van mijnIBDcoach (2025) komt vanuit registratiedata van Stichting mijnCOACH (24). De verwachte groei van het aantal gebruikers en het percentage hiervan dat ook

daadwerkelijk profijt zal hebben van het gebruik van de app is gebaseerd op *expert opinion* tijdens de workshop, aangevuld met wetenschappelijke literatuur van vergelijkbare telemonitoringstoepassingen (25–29).

Bevolkingsgroei, Incidentie en prevalentie van IBD:

- De huidige bevolkingsgroei in Nederland is 0,56% per jaar (21).
- De incidentie van IBD is 0,020% van de totale Nederlandse bevolking (23).
- De prevalentie is 0,58% (22) en deze waarde stijgt met 3,3% per jaar (23).
    - *Aantal patiënten IBD in Nederland:*
      (Aantal inwoners NL * Incidentie) + (aantal inwoners NL * prevalentie)

    - *Aantal actieve gebruikers van mijnIBDcoach:*
      2025 op basis van feitelijk data, procentuele groei op basis van workshop, en relevante proxy's (Zie verwachte groei aantal gebruikers)

    - *Aantal patiënten dat baat heeft bij het gebruik van de app:*
      Op basis van de workshop en relevante proxy's (zie verwachte groei aantal gebruikers)

Verwachte groei aantal gebruikers:

Op basis van de workshop:

Jaartal	2025	2026	2027	2028	2029
Percentage mensen dat gebruik gaat maken van mijnIBDcoach	±10%	16.25%	24%	33,75%	57,5%
Percentage mensen dat baat heeft bij het gebruik van mijnIBDcoach	65%	67,5%	70%	75%	82,5%

Bestaande literatuur van vergelijkbare interventies:

- 17 studies m.b.t. telemonitoringstoepassingen: gemiddelde dropout rate van 43% (range 8,9% - 83,9%). Hoger in real-world studies (49%) dan in RCTs (40%), **adherence van 57%** (27).
- myCOPD app: **60,3%** van de gebruikers wordt geclassificeerd als frequente gebruikers (minimaal 2/3 van de dagen) (25).
- myHeart app: 434 patiënten hebben de app gedownload, 350 patiënten (80,6%) activeerden de app ook. 314/350 (**89,7%**) maakte actief gebruik van de app (28).
- Apps voor ziektemanagement: **70% actieve gebruikers**, gemiddeld 3,8x per week (29).
- Twee longitudinale studies rapporteerden een adherence van **meer dan 90%** over een langere periode van gebruik (26).

Synthese

De literatuur van vergelijkbare interventies geeft een uiteindelijke adherence aan die kan lopen van 57% t/m 90% met een gemiddelde van 73,4%. Dit in acht nemende verwachten wij dat de ambitie om toe werken naar een percentage van 57,5% van de patiënten dat actief gebruik maakt van mijnIBDcoach als een conservatieve doch realistische inschatting. Kijkend naar het percentage patiënten dat ook daadwerkelijk de baten ondervind bij het gebruik van de app is dit gebaseerd op expert opinion en de bewezen effecten op de afname in poliklinische consulten, afname in opnames, de toename in QALY's, en arbeidsparticipatie (1,3,30)

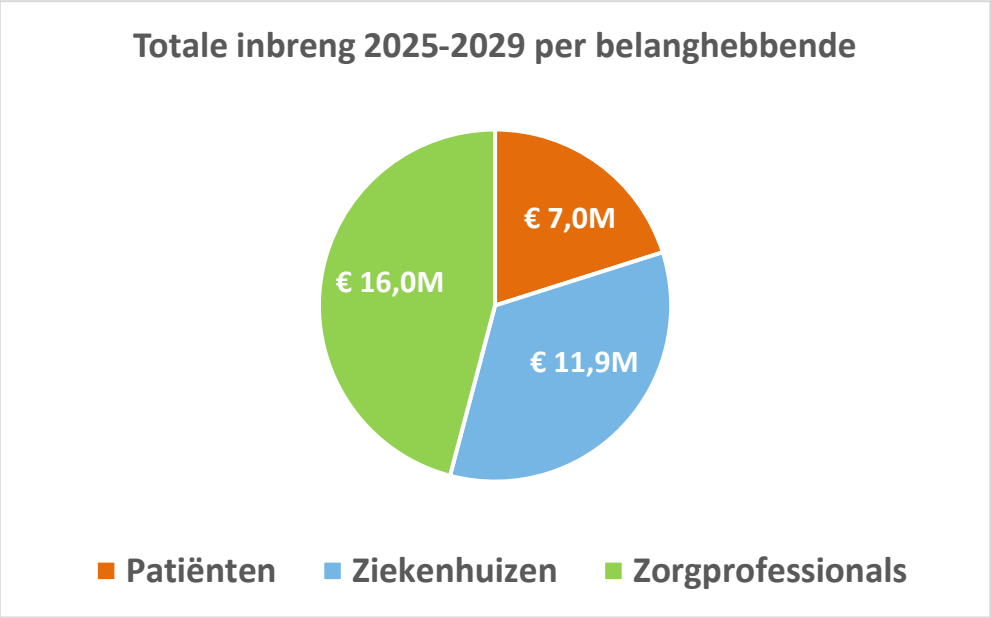
Inzet van mijnIBDcoach					
Jaar	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Populatie					
# Inwoners Nederland	**18125947**	**18227452**	**18329526**	**18432171**	**18535392**
# inwoners 18+ in Nederland	14863277	14946511	15030211	15114381	15199021
Aandoening					
Incidentie					
% IBD	0,020%	0,020%	0,020%	0,020%	0,020%
Prevalentie					
% IBD	0,5882%	0,0061	0,0063	0,0065	0,0067
Patienten IBD in Nederland					
Aantal mensen met IBD in Nederland	110248	114404	118720	123203	127859
Gebruikers van mijnIBDcoach					
Aantal actieve gebruikers van mijnIBDcoach landelijk	9007	18591	28493	41581	73519
Aantal patienten die baat hebben bij het gebruik van mijnIBDcoach	5855	12549	19945	31186	60653
Feitelijke cijfers en prognoses					
Verwachting of ambitie					

Tabel 1: Landelijk opschalingsscenario van mijnIBDcoach

- In het rood is de verwachting weergeven die is gebaseerd op basis van relevante proxy 's en expert opinion zoals omschreven
- In het grijs weergeven zijn feitelijke cijfers en prognoses uit literatuur

Waardering – inbreng

De inbreng die we monetariseren betreft de kosten voor het landelijk implementeren van mijnIBDcoach binnen het bestaande zorgpad. Voor de jaren 2025-2029 indexeren we de kosten met 2,5% per jaar. We berekenen de extra inbreng die nodig is op basis van maatschappelijke referentieprijzen.
NB: Dit staat los van huidige contractering of tarieven. De inbreng wordt immers (deels) vergoed vanuit de NZa prestatie telemonitoring.



Inbreng zorgorganisaties (Ziekenhuizen)

€ Ontwikkel en beheerskosten EPD's en mijnIBDCoach voor passende registratie en integratie

- Aanname is dat er € 10.920 euro nodig is per ziekenhuis om dit te bewerkstelligen. Momenteel 23 ziekenhuizen actief gebruiker van mijnIBDcoach, totaal 113 ziekenhuizen in NL (31). Sananet beheert en innoveert het platform voor passende registratie en integratie. De content is van stichting mijnCOACH.
- Eenmalige opstartkosten geeft:
  - € 10.920 * (113-23) = € 982.800

€ Jaarlijkse licentie en beheerskosten voor de ontwikkelde digitale koppeling

- Voor de licentie en beheerkosten van de ontwikkelde koppeling vanuit Sananet wordt er gewerkt met een tarief van 6.560 per koppeling per jaar. We gaan bij het ambitiescenario uit van volledige opschaling naar alle 113 ziekenhuizen. Dit is als volgt opgebouwd qua deelnemende ziekenhuizen: 2025: 23 deelnemende ziekenhuizen, 2026: 70 deelnemende ziekenhuizen, 2027-2029: volledige opschaling van 113 ziekenhuizen.
- Dit geeft de volgende kosten:
    - 6.560 * aantal deelnemende ziekenhuizen
        - € 6.560 * 23
        - € 6.560 * 70
        - € 6.560 * 113
        - € 6.560 * 113
        - € 6.560 * 113
            - Totaal bruto = € 2.833.920

€ Scholing & training voor het gebruik van mijnIBDcoach door zorgprofessionals

- Aanname is dat per professional 1 dagdeel scholing nodig zal zijn (=4 uur totaal) en 5 medewerkers per ziekenhuis 2 keer geschoold moeten worden, eenmalig in het eerste jaar van implementatie. En dit bij de overige 90 ziekenhuizen om het landelijk te implementeren. De Gemiddelde Tijdprijs Zorginstituut NL zorgprofessionals (specialisten, huisartsen, wijkverpleging, paramedici) is € 93 euro per uur (13).
    - (€ 93 * 4) * 5 * 2 * 90 = € 336.329

€ Licentiekosten MijnIBDCoach:

- In de praktijk wordt er vanuit Sananet gewerkt met een gestaffelde tariefstructuur voor de licentiekosten. Dit betekent dat de prijs per patiënt afhankelijk is van het afnamevolume per ziekenhuis. Als er gekeken naar de gemiddelde totale kosten op dit moment inclusief hosting, programmalicentie, customer support en patiëntlicenties, dan ligt deze rond de €55 per patiënt per jaar. Bij toenemend volume, zoals in het opschalingsscenario van deze rapportage weergeven. Zal dit gemiddelde richting de €45 per patiënt per jaar kunnen bewegen.
- De licentiekosten voor mijnIBDcoach zijn € 45 euro per patiënt per jaar. Dit geeft de volgende som:
    - 45 * aantal actieve gebruikers van mijnIBDcoach per jaar.
        - € 45 * 9.007
        - € 45 * 18.591
        - € 45 * 28.493
        - € 45 * 41.581
        - € 45 * 73.519
            - Totaal bruto = € 7.703.577

Inbreng zorgprofessionals

€ Registratie IBD progressie van de patiënt voor de juiste zorg op het juiste moment:

Registratie IBD-progressie patiënt voor juiste zorg op het juiste moment. Het gaat hier om de **extra** tijdsinvestering die nodig is om volgens het nieuwe zorgpad te werken. Dus de extra activiteiten die in het traditionele zorgpad niet plaatsvinden. Op basis van de implementatiekaart telemonitoring IBD is bekend dat het gemiddeld 1 uur per (stabiele) patiënt per jaar kost om mijnIBDcoach adequaat in te kunnen vullen (32). De Gemiddelde tijdsprijs voor een zorgprofessional (specialisten, huisartsen, wijkverpleging, paramedici) is € 93 per uur (13).

- € 93 * 1 uur per patiënt extra per jaar * aantal actieve gebruikers van mijnIBDcoach per jaar.
  - 2025: € 93 * 9.007
  - 2026: € 93 * 18.591
  - 2027: € 93 * 28.493
  - 2028: € 93 * 41.581
  - 2029: € 93 * 73.519
    - Totaal bruto = € 15.993.432

Inbreng patiënten

€ Registratie door de patiënt:

- **Tijdsinvestering** van 20 minuten per keer dat mijnIBDcoach wordt ingevuld. De eerste keer kost dit aanzienlijk meer tijd +- 1 uur. Op basis van patiënt ervaringen wordt mijnIBDcoach gemiddeld 3-4x per jaar ingevuld bij elkaar kost dit dan +- 2 uur per jaar om mijnIBDcoach bij te houden. Referentieprijs zorginstituut NL voor patiënten als vervangingskosten voor onbetaald werk is € 20,5 per uur (13).
  - € 20,5 * 2 = € 40,49 per patiënt * aantal patiënten per jaar.
    - 2025: € 40,49 * 9.007
    - 2026: € 40,49 * 18.591
    - 2027: € 40,49 * 28.493
    - 2028: € 40,49 * 41.581
    - 2029: € 40,49 * 73.519
      - Totaal bruto = € 7.008.352

Bijzonderheden inbreng:

Voor het op afstand monitoren van een patiënt in het kader van een medisch-specialistische behandeling kan (onder voorwaarden) de add-on prestatie 'Telemonitoring' (039133) geregistreerd en gedeclareerd worden. De voorwaarden staan in artikel 26 lid 5 van de Regeling medisch-specialistische zorg 2026 (33).

Er bestaat voor telemonitoring geen contractvereiste. De prestatie voor telemonitoring kent een maximumtarief van € 194,92 in 2026.

Ondanks dat deze add-on prestatie er is blijkt contractering van telemonitoring binnen ziekenhuizen in de praktijk complexer dan de formele bekostigingsregels doen vermoeden. Hoewel de NZa-prestatie telemonitoring een stabiel en voorspelbaar kader biedt, en zorgverzekeraars deze prestatie in beginsel declarabel maken voor iedere patiënt die wordt

gemonitord, betekent dit niet dat de financiële inbreng eenduidig neerslaat bij één partij. Ziekenhuizen hanteren vaak één integraal telemonitoringtarief voor meerdere patiëntgroepen, waarbij kosten en baten van verschillende specialismen worden samengenomen. Dit kan ertoe leiden dat relatief 'goedkope' telemonitoringtoepassingen, worden meegewogen in bredere begrotingsafwegingen waarin ook duurdere patiëntgroepen worden gecompenseerd. Tegelijkertijd verschilt het per ziekenhuis of licentiekosten centraal worden gedragen of direct worden belegd bij de afdeling die de digitale zorg inzet. Deze variatie in interne bedrijfsvoering, en dus in wie welke kosten draagt. Zorgt voor onzekerheid op afdelingsniveau, ook wanneer de bekostigingsregels zelf niet veranderen.

Waardering - opbrengsten

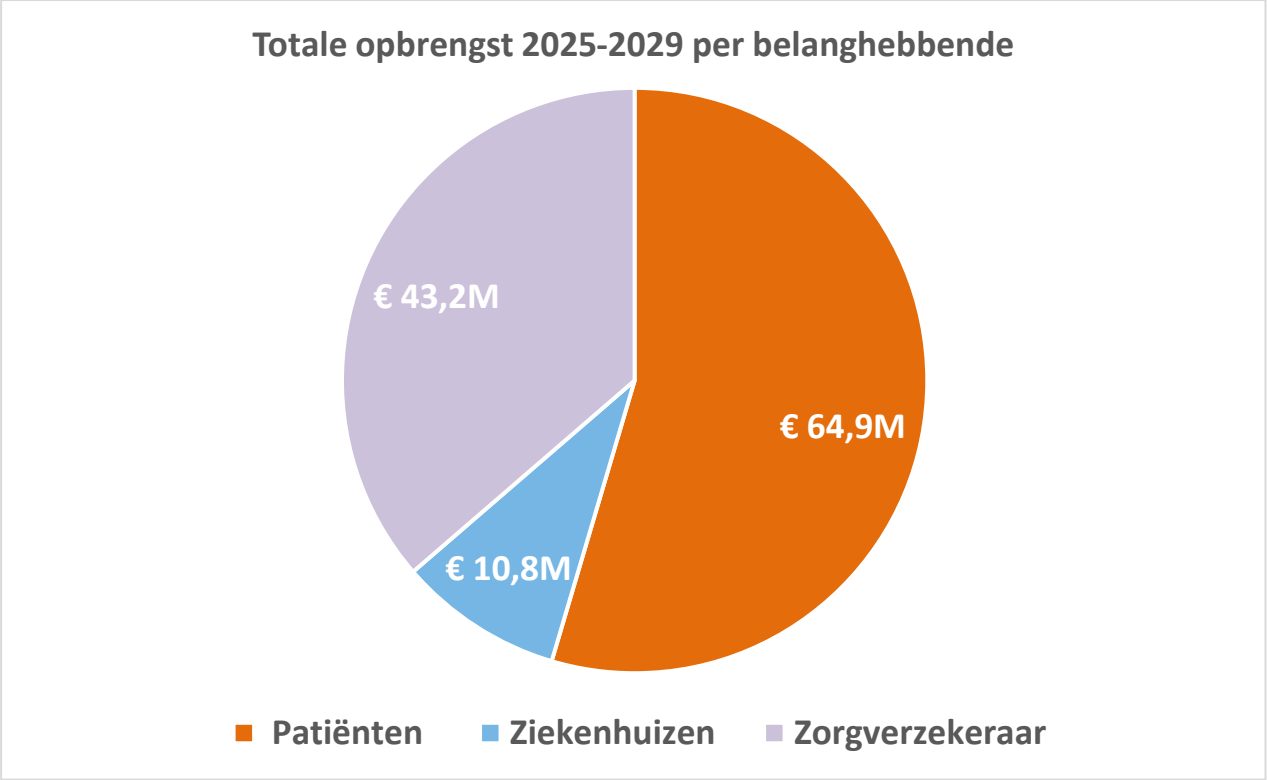
Uitgangspunten

1) We bepalen het aantal gebruikers van mijnIBDcoach over de jaren 2025-2029 op basis van de incidentie en prevalentie van IBD en het huidige aantal bestaande gebruikers (23). Om het aantal gebruikers prospectief in te kunnen schatten is er gebruik gemaakt van getallen uit de workshop en relevante proxy's (28,34,35).
2) Naar verwachting zullen niet alle gebruikers baat hebben bij het gebruik van mijnIBDcoach. Vandaar dat er een afslag is gemaakt in het aantal gebruikers waarvan verwacht wordt dat zij daadwerkelijk bijdragen aan het bewerkstelligen van de hieronder genoemde opbrengsten.
3) Per opbrengst bepalen we de baten voor de stakeholders:
   - **Patiënten:**
     - Toename in QOL, tijdsbesparing en toegenomen arbeidsparticipatie.
   - **Ziekenhuizen:**
     - Doelmatiger werken, efficiëntieslag.
   - **Zorgverzekeraar:**
     - Afname Zvw: afname in poliklinische bezoeken en een afname in het aantal klinische opnames.
4) We onderbouwen deze waarden op basis van (internationale) literatuur en referenties van (maatschappelijke) kosten-batenanalyses, maatschappelijke businesscases en SROI-analyses van vergelijkbare interventies.
5) Om van bruto naar netto-opbrengst te komen wordt er gebruik gemaakt van een discontovoet van 3,5% per jaar. Zonder discontovoet zouden effecten ver in de toekomst even zwaar meetellen als directe effecten, dat wordt economisch niet realistisch gevonden. De discontovoet zorgt dus voor realistische waardering van toekomstige baten en vergelijkbaarheid met andere economische analyses. Het gebruik van een discontovoet is ook opgenomen in de richtlijn voor het uitvoeren van een Maatschappelijke Kosten Baten Analyse (MKBA) en de SROI-methodiek (36,37).

   Waardering aan de hand van het Incremental Net Monetary Beneft (iNMB)
   Het incremental Net Monetary Benefit is een maat voor kosteneffectiviteit die de gezondheidswinst (QALY) en het kostenverschil tussen interventie en standaardzorg combineert in één bedrag. De iNMB wordt berekend als:
   iNMB = (ΔQALY × λ) – Δkosten.
   - ΔQALY is het verschil in quality-adjusted life years (QALY's),
   - λ de willingness-to-pay (WTP) drempel per QALY, (€ 80.000)
   - ΔKosten het verschil in totale kosten tussen de interventie (zorgpad ondersteund door mijnIBDcoach) en controle (het reguliere zorgpad).

In de kosteneffectiviteitsstudie naar *mijnIBDcoach* wordt de incremental Net Monetary Benefit (iNMB) berekend door gezondheidswinst (uitgedrukt in QALY's) te monetariseren en daar het verschil in totale kosten tussen interventie en gebruikelijke zorg van af te trekken. De QALY-winst is gebaseerd op verbeteringen in kwaliteit van leven, minder ziekteactiviteit en minder zorggebruik (o.a. ziekenhuisopnames en polibezoeken). De kostencomponent omvat zowel directe zorgkosten (zorgcontacten, diagnostiek, medicatie), interventiekosten (implementatie en monitoring van het telemonitoringsysteem) als indirecte maatschappelijke kosten, met name productiviteitsverliezen door ziekteverzuim. De iNMB representeert daarmee de netto maatschappelijke waarde van de interventie: de monetaire waarde van gezondheidswinst plus bespaarde zorg- en productiviteitskosten minus de kosten van de interventie.

Opbrengsten



Aannames 2025-2029

Patiënten:

- **Toename in Quality of life, tijdsbesparing en toegenomen arbeidsparticipatie**.
  In een randomised controlled trial (RCT) van De Jong et al 2020 is het incremental net monetary benefit (iNMB) berekend bij het implementeren van mijnIBDcoach. Deze is berekend op € 707 euro per patiënt per jaar (30).
  In de studie van de Jong et al (30) wordt de iNMB berekend vanuit een maatschappelijk perspectief, waarbij zowel directe zorgkosten (op basis van daadwerkelijk zorggebruik), interventiekosten (licentie van mijnIBDcoach) als indirecte kosten (arbeidsparticipatie) zijn meegenomen. De QALY's zijn bepaald op basis van EQ-5D utility scores. De gerapporteerde iNMB van €707 per patiënt (bij λ = €80.000/QALY) wijst erop dat de interventie kosteneffectief is, met name doordat deze gepaard gaat met kostenbesparing bij vergelijkbare gezondheidsuitkomsten. Om dubbeltellingen te voorkomen bij de opbrengsten voor de zorgverzekeraar m.b.t. een afname in poliklinische bezoeken en opnames is van deze € 707 euro alleen de besparingen op medicatie (€216), de indirecte gezondheidskosten zoals arbeidsparticipatie (€176) en de QALY-winst van 0,002 meegenomen in de opbrengsten voor de patiënt.
  Dit geeft de volgende berekening: (0,002 * 80.000 = 160) 160 + 216 + 176 = 552
  - <u>€ 552 * aantal patiënten dat baat heeft bij het gebruik van de app</u>
    - 2025: € 552 * 5.855
    - 2026: € 552 * 12.549
    - 2027: € 552 * 19.945
    - 2028: € 552 * 31.186

        - 2029: € 552 * 60.653
            - Totaal bruto = € 71.863.357
            - Totaal netto = € 64.904.891

Ziekenhuizen:

- **Tijdsbesparing per consult door doelmatiger te werken**.
  Door de inzet van mijnIBDcoach worden patiënten beter in de gaten gehouden. Gemiddeld genomen vinden er 2-3 poliklinische bezoeken per jaar plaats *(Fiorino, 2019).* Ervan uit gaande dat een consult normaliter 30 minuten duurt en een video/telefonisch consult dan wel via de app gemiddeld 10 minuten zou dit een tijdsbesparing betekenen van 20 minuten per consult. 1 controle afspraak vindt standaard per jaar plaats. Dus ervan uit gaande dat op 2 afspraken tijd bespaard wordt, bespaar je 40minuten per patiënt per jaar, dus 2/3 uur. De referentieprijs voor een medisch specialist is € 105 euro per uur (13).
    - (2/3) * Referentieprijs NL zorginstituut voor medisch specialist alg ziekenhuis € 105 * aantal patiënten dat gebruik maakt van mijnIBDcoach.
        - 2025: € 105 * 9.007
        - 2026: € 105 * 18.591
        - 2027: € 105 * 28.493
        - 2028: € 105 * 41.581
        - 2029: € 105 * 73.519
            - Totaal bruto = € 11.929.109
            - Totaal netto = € 10.810.560

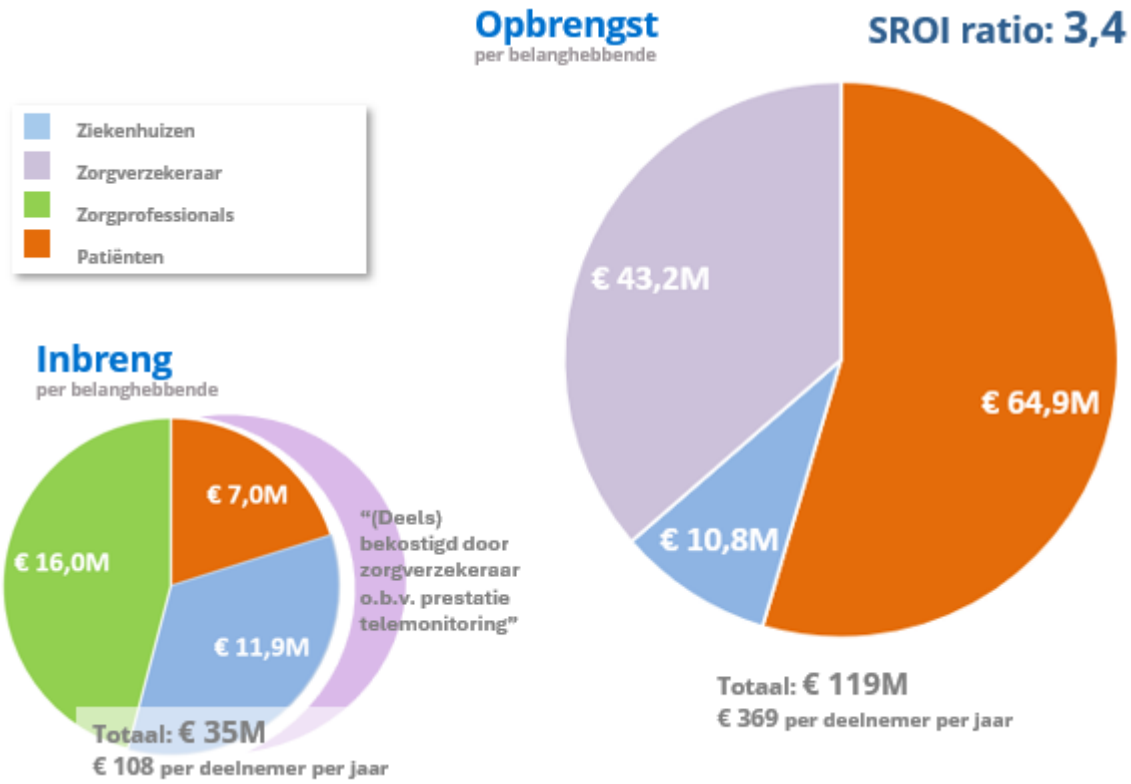
Zorgverzekeraar

- **Minderkosten Zvw door afname aantal poliklinische bezoeken**
  Het gemiddeld aantal poliklinische bezoeken was 0,79 keer lager in de patiëntenpopulatie die gebruik maakte van mijnIBDcoach (1)
    - 0,79 * (Referentieprijs NL zorginstituut voor poliklinisch ziekenhuisbezoek) € 131 * aantal gebruikers van mijnIBDcoach
        - 2025: 0,79 * € 131 * 9.007
        - 2026: 0,79 * € 131 * 18.591
        - 2027: 0,79 * € 131 * 28.493
        - 2028: 0,79 * € 131 * 41.581
        - 2029: 0,79 * € 131 * 73.519
            - Totaal bruto = € 17.669.993
            - Totaal netto = € 16.013.143

- **Minderkosten Zvw door afname aantal ziekenhuis opnames**
  Het gemiddelde verschil in aantal ziekenhuisopnames was 0,05 lager in de patiëntenpopulatie die gebruik maakte van mijnIBDcoach (1). De gemiddelde ligduur bij een klinische opname is 5 dagen (31).
    - 0,05 * (Referentieprijs NL zorginstituut voor verpleegdag ziekenhuis (incl personeel) € 701 * 5) * aantal gebruikers van mijnIBDcoach
        - 2025: 0,05 * (€ 701 * 5) * 9.007
        - 2026: 0,05 * (€ 701 * 5) * 18.591
        - 2027: 0,05 * (€ 701 * 5) * 28.493
        - 2028: 0,05 * (€ 701 * 5) * 41.581
        - 2029: 0,05 * (€ 701 * 5) * 73.519
            - Totaal bruto = € 30.009.166
            - Totaal netto = € 27.195.317

Social Return on Investment – samenvatting

In samenvatting zijn de inbreng en opbrengsten als volgt:



- De **SROI-ratio is 3,4**: elke euro geïnvesteerd in de telemonitoringstoepassing mijnIBDcoach heeft een maatschappelijk rendement van 3,4 euro.

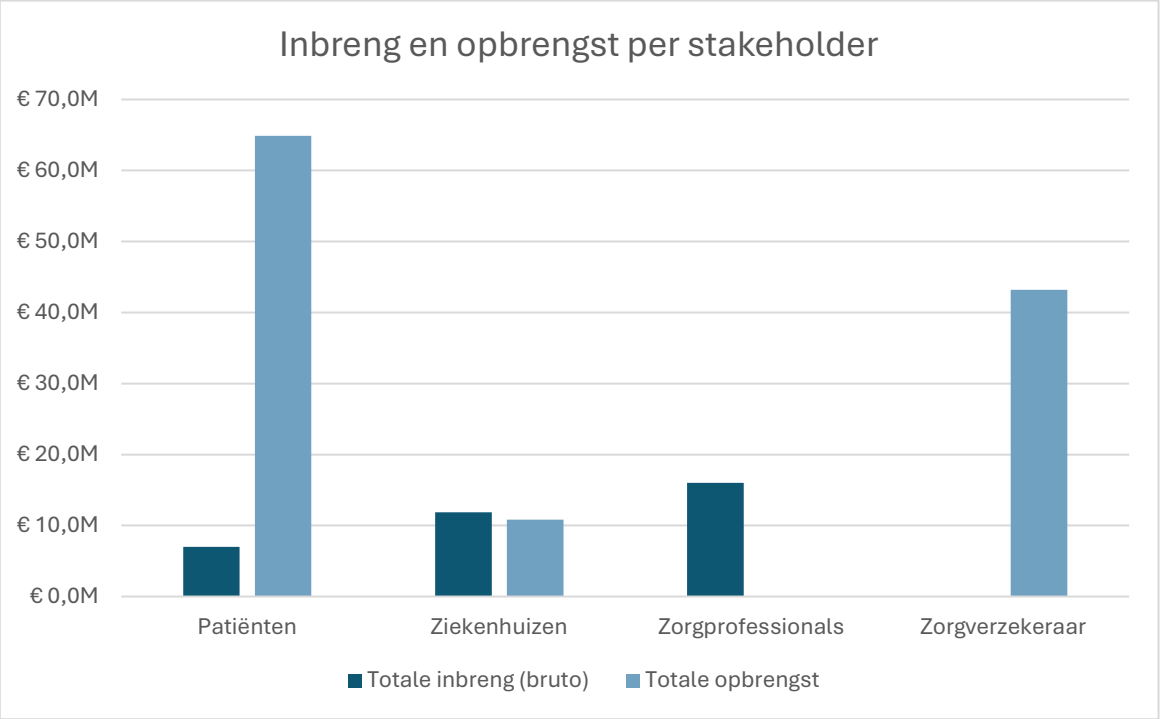
Key value drivers

Belanghebbende	Value drivers	Resultaat
Patiënten	Kwaliteit van leven	+ + + +
Ziekenhuizen	Doelmatiger werken	+ +
Zorgverzekeraar	Minder kosten Zvw	+ + +

Beschouwing:

- Dit is een **prospectieve analyse** met onzekerheden en bandbreedtes.
- De business case is **robuust positief** exclusief moeilijk monetariseerbare baten.

Totalen



Beschouwing:

- Gezonde return on investment (ROI), opschaling is nodig:
  - Opname in de richtlijn
  - Kwaliteitsborging
  - Bewustwording
  - Implementatie
  - Training
  - Ontwikkelen van koppelingen aan het EPD
  - Voorspelbaarheid in bekostiging is nodig – duurzame inkoopafspraken

Vergelijkbare telemonitoringstoepassingen

Telemonitoring ontwikkelt zich in hoog tempo van een innovatieve toepassing naar een structureel onderdeel van toekomstbestendige zorg. De voorspelde groei van mHealth apps is 11,9% van 2025-2030 (38). Binnen het Nederlandse zorgbeleid wordt deze ontwikkeling nadrukkelijk ondersteund door zowel het **Integraal Zorgakkoord (IZA)** als het **Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)** Beide akkoorden benadrukken dat digitale zorg geen doel op zich is, maar een middel om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg te waarborgen (39,40). Telemonitoring past hierin als concrete invulling van **hybride zorg**: zorg die deels digitaal en deels fysiek plaatsvindt, waarbij patiënten meer regie krijgen en zorgprofessionals doelgerichter kunnen handelen.

Er zijn veel vergelijkbare telemonitoringstoepassingen die hun effectiviteit aantonen. Denk bijvoorbeeld aan telemonitoring bij diabetes type 2. Hierbij zijn significante reducties in HBA1C waar te nemen t.o.v. het reguliere zorgpad (41), met alle bijbehorende baten van dien. Of de telemonitoring bij hartfalen, hier is een significante reductie in het aantal ziekenhuisopnames en de bijbehorende zorgkosten te zien (42).

Het is ook zo dat in 76% van de gevallen waarbij een digitale app word gebruikt een reductie te zien is van het gebruik van intramurale zorg (43). Dit draagt verder bij aan de sterk groeiende evidentie die wijst op een positief effect van digitale zorg op zowel zorgkosten als zorgkwaliteit en bieden daarmee relevante aanknopingspunten voor beleidsontwikkeling en verdere opschaling (44).

Ondanks de toenemende evidentie groeit de aandacht voor de vraag **welk bewijs nodig is om dit soort preventieve en zorg verplaatsende interventies te rechtvaardigen**. De nieuwe richtlijn **Passend bewijs voor preventie** biedt hiervoor een belangrijk kader. Deze richtlijn erkent dat klassieke gerandomiseerde studies niet altijd haalbaar zijn bij preventie of digitale zorginnovaties, maar stelt wel eisen aan een duidelijke werkingslogica, inzicht in wat er zonder interventie zou gebeuren, en betrouwbare meting van relevante uitkomsten (45). Dit in aanvulling op de robuuste wetenschappelijke literatuur die er in het geval van mijnIBDcoach ligt zou moeten helpen bijdragen aan de doelmatige inzet van telemonitoringstoepassingen.

Samen markeren het IZA, het AZWA en de richtlijn Passend bewijs voor preventie een verschuiving: van digitale pilots naar **onderbouwde, schaalbare toepassingen** die aantoonbaar waarde toevoegen voor patiënt, professional en zorgsysteem.

Moeilijk monetariseerbare baten

De baten van de inzet van een telemonitoringstoepassing zoals mijnIBDcoach zijn hierboven beschreven, en voor een deel in euro's uit te drukken. Vooral voor zaken die rechtstreeks te koppelen zijn aan de inzet van mijnIBDcoach. Echter, er zijn belangrijke baten die of niet in euro's zijn uit te drukken of met zulke grote onzekerheden gepaard gaan dat het te speculatief wordt om er een getal op te plakken.

Naasten

- **Minder tijd voor ondersteuning zorgproces:**
  Wanneer patiënten hun ziekte beter onder controle hebben en minder acute klachten ervaren, neemt de zorgdruk op hun directe omgeving af. Naasten hoeven minder tijd te besteden aan het ondersteunen bij afspraken, medicatiebeheer of het opvangen van ziekte-episodes. De inzet van mijnIBDcoach draagt bij aan voorspelbaarheid en stabiliteit in het ziekteverloop, wat de informele zorglast voor partners, familieleden en andere naasten naar verwachting verlaagt.

- **Toegenomen arbeidsparticipatie**:
  Door de verminderde zorgbelasting ontstaat voor naasten meer ruimte om (betaald) werk te behouden of uit te breiden. Met name bij chronische aandoeningen zoals IBD, waarbij opvlammingen onvoorspelbaar kunnen zijn, leidt een stabieler ziekteverloop tot minder noodzaak voor ad-hoc verlof of aanpassingen in werkroosters. Deze effecten zijn sterk contextafhankelijk en daarom niet eenduidig te monetariseren maar dragen wel bij aan bredere sociaaleconomische stabiliteit.

Zorgprofessionals

- **Toename werkplezier**:
  Zorgprofessionals geven aan dat telemonitoring, mits goed ingebed, kan bijdragen aan meer regie over het zorgproces en een betere afstemming op de daadwerkelijke zorgbehoefte van de patiënt. Door gerichter contact, minder routinematige consulten en meer focus op patiënten die daadwerkelijk aandacht nodig hebben ontstaat ruimte voor doelmatiger werk. Dit vergroot het gevoel van autonomie en kan bijdragen aan een hogere werktevredenheid. Zonder dat dit direct in productiviteitscijfers is uit te drukken.

Ziekenhuis

- **Minder verzuim onder personeel**:
  Een afname van werkdruk, meer overzicht in het zorgproces en een betere balans tussen fysieke en digitale zorg kunnen bijdragen aan het verminderen van stress en daarmee uitval onder zorgprofessionals. Hoewel het causaal verband tussen specifieke digitale interventies en ziekteverzuim lastig te isoleren is, wordt in de praktijk vaak ervaren dat beter georganiseerde zorgpaden bijdragen aan duurzame inzetbaarheid van personeel.

- **Minder verloop onder personeel**:
  Werkplezier, professionele autonomie en beheersbare werkdruk zijn belangrijke factoren in het behoud van zorgprofessionals. Door de inzet van mijnIBDcoach kan het ziekenhuis een modern, toekomstgericht zorgmodel bieden dat aansluit bij de

verwachtingen van huidige en toekomstige medewerkers. Dit kan bijdragen aan het beperken van personeelsverloop en het behoud van schaarse expertise. Een effect dat groot kan zijn maar moeilijk afzonderlijk te kwantificeren.

Gemeente

- **Minderkosten Wmo**:
  Wanneer patiënten met IBD-fysiek en mentaal beter functioneren, neemt de kans af dat zij een beroep moeten doen op gemeentelijke ondersteuning, zoals begeleiding, huishoudelijke hulp of andere Wmo-voorzieningen. Deze effecten manifesteren zich vaak pas op de middellange termijn en zijn sterk afhankelijk van individuele situaties en lokaal beleid. Hierdoor zijn ze lastig toe te rekenen en te monetariseren, maar wel relevant in het licht van domein-overstijgende samenwerking.

Rijksoverheid

- **Minderkosten uitkeringen:**
  Een betere ziektestabiliteit en hogere arbeidsparticipatie van patiënten (en indirect hun naasten) verkleinen de kans op instroom in arbeidsongeschiktheids- of bijstandsregelingen. Dit effect is maatschappelijk relevant, maar wordt beïnvloed door veel externe factoren, zoals arbeidsmarktontwikkelingen en wet- en regelgeving, waardoor een directe monetaire toerekening binnen deze SROI niet robuust mogelijk is.

- **Vitalere samenleving**:
  De structurele inzet van mijnIBDcoach en vergelijkbare telemonitoringtoepassingen draagt bij aan het versterken van zelfmanagement, gezondheidsvaardigheden en eigen regie bij mensen met een chronische aandoening. Dit sluit aan bij bredere beleidsdoelen gericht op preventie, participatie en duurzame inzetbaarheid. Deze baten zijn diffuus, breed maatschappelijk en manifesteren zich over een lange periode, waardoor ze niet geschikt zijn voor directe monetarisering. Ze zijn echter wel essentieel voor een toekomstbestendig zorgstelsel.

- **Verkleinen gezondheidsverschillen**:
  Digitale ondersteuning kan, mits goed toegankelijk en passend ingericht bijdragen aan meer gelijkwaardige zorg voor verschillende groepen patiënten. Door laagdrempelig contact en continue monitoring kan zorg beter aansluiten bij individuele behoeften, wat potentieel bijdraagt aan het verminderen van verschillen in gezondheidsuitkomsten. Dit effect is sterk contextafhankelijk en vraagt om aanvullende aandacht voor inclusie en digitale vaardigheden, maar vormt wel een belangrijke maatschappelijke meerwaarde.

Planet

- **Carbon footprint:**
  Vanwege de complexiteit en een andere focus, wordt de CO_2-reductie van initiatieven tot nu toe niet standaard meegenomen in de SROI-analyses van VitaValley. Omdat bij een telemonitoringstoepassing echter wel een duidelijk verschil in CO_2-uitstoot te verwachten is, geven wij hier wel een eerste aanzet tot het inzichtelijk maken van deze relevante besparing.

  Bij een succesvolle implementatie van een telemonitoringstoepassing, is de verwachting dat patiënten minder vaak naar het ziekenhuis hoeven te komen. In Nederland wonen patiënten gemiddeld 4,9 kilometer van een ziekenhuis of buitenpoli af (46). De gemiddelde CO_2-uitstoot van een eigen auto is 148 gram/km en van het openbaar vervoer 33 gram/km (47). Gemiddeld gezien zorgt een ziekenhuisbezoek dus voor een uitstoot van 725,2 gram CO_2 als de patiënt met de auto komt en 161,7 gram als gebruikt wordt gemaakt van het openbaar vervoer. Hoewel het telemonitoringsplatform zelf en eventuele mails of telefoontjes natuurlijk ook voor enige CO_2-uitstoot zorgen, is deze aanmerkelijk lager dan die van de reis. Als er door de inzet van telemonitoring daarnaast opnames of bepaalde medische procedures kunnen worden voorkomen, is de CO_2-uitstoot nog een stuk lager.

  Als we kijken naar het zorgpad met gebruik van mijnIBDcoach en puur naar de bespaarde reisactiviteiten, komen we uit op het volgende scenario: Volgens de te verwachten opschaling van mijnIBDcoach, zal het aantal patiënten dat baat heeft bij de app stijgen van 5855 in 2025 naar 60.653 in 2030. Het cumulatieve aantal patiënten dat baat zal hebben bij de app gedurende die 5 jaar is 130.187. Ervan uitgaande dat bij al deze patiënten twee polibezoeken vervangen kunnen worden door telemonitoring, kan dit een maximale besparing van (130.187 x 2) x 725,2 gram = 188.823.225 gram CO_2 opleveren. De daadwerkelijke besparing zal iets lager liggen doordat niet iedereen met de auto komt. Als zo'n 80% van alle patiënten met de eigen auto komt, ligt de CO_2-besparing dus bij op 150 ton CO_2.

  NB: in een nog te publiceren manuscript wordt de totale CO_2-besparing die mijnIBDcoach kan opleveren verder onder de loep genomen. Uit de studie blijkt dat door gebruik van het platform in het meest gunstige geval jaarlijks 746 ton CO_2 bespaard kan worden.

Slotbeschouwing

Deze SROI-analyse laat zien dat de structurele inzet van een telemonitoringstoepassing zoals mijnIBDcoach binnen het huidige IBD-zorgpad tot substantiële maatschappelijke waarde leidt. De resultaten maken duidelijk dat de baten van telemonitoring niet beperkt blijven tot de individuele patiënt, maar neerslaan bij meerdere stakeholders in en rondom het zorgstelsel. De berekende SROI-ratio bevestigt dat de investering zich ruimschoots terugverdient. Zelfs wanneer uitsluitend rekening wordt gehouden met conservatief gemonetariseerde effecten en een deel van de maatschappelijke opbrengsten buiten beschouwing blijft.

Tegelijkertijd benadrukt deze analyse dat de grootste uitdaging niet ligt in de effectiviteit van mijnIBDcoach. Maar in de structurele inbedding ervan. De businesscase is robuust positief, maar de verdeling van kosten en baten is ongelijk: waar de inbreng grotendeels bij zorgorganisaties en professionals ligt, landen een belangrijk deel van de baten bij patiënten, zorgverzekeraars en de maatschappij als geheel. De lagere uitgaven binnen de Zvw komen in eerste instantie bijvoorbeeld terecht bij zorgverzekeraars. Omdat deze lagere zorgkosten onderdeel zijn van de totale kostenontwikkeling binnen de Zvw, werken ze uiteindelijk door in de premiestructuur. Daarmee vloeit een deel van deze maatschappelijke opbrengst uiteindelijk weer terug naar patiënten en verzekerden in de vorm van minder snel stijgende zorgpremies. Dit spanningsveld verklaart mede waarom brede en duurzame implementatie van telemonitoring tot op heden achterblijft, ondanks overtuigende evidence en duidelijke beleidsambities op het gebied van passende en hybride zorg.

De kwalitatieve beschrijving van de moeilijk monetariseerbare baten versterkt dit beeld. Effecten zoals toegenomen werkplezier van zorgprofessionals, minder verzuim en verloop in ziekenhuizen, verlichting van de informele zorglast voor naasten en een bijdrage aan een vitalere samenleving zijn wezenlijk voor de toekomstbestendigheid van het zorgstelsel. Daarnaast draagt deze telemonitoringstoepassing ook bij aan voorspelbaarheid, minder onzekerheid, meer regie en mentaal welbevinden. Fungeert het als een vorm van secundaire en tertiaire preventie: het vroeg signaleren van klachten, het voorkomen van escalaties en het beperken van de duur en ernst van opvlammingen. Dat deze baten zich lastig laten vangen in euro's, doet geen afbreuk aan hun betekenis. Integendeel: juist deze effecten raken aan actuele opgaven zoals arbeidsmarktkrapte, houdbaarheid van zorg en het verkleinen van gezondheidsverschillen.

Deze SROI-analyse is daarmee nadrukkelijk meer dan een rekensom. Zij fungeert als gespreksmodel voor beleidsmakers, zorgaanbieders, financiers en andere betrokkenen om gezamenlijk te bepalen hoe waardevolle digitale zorg structureel kan worden gefinancierd en opgeschaald. Voor telemonitoring bij IBD betekent dit dat vervolgstappen nodig zijn op het gebied van voorspelbare bekostiging, opname in richtlijnen, verdere kwaliteitsborging en doorontwikkeling van EPD-koppelingen. Alleen wanneer deze randvoorwaarden worden ingevuld, kan de potentie die in deze analyse zichtbaar wordt daadwerkelijk worden verzilverd.

Tot slot laat deze rapportage zien dat mijnIBDcoach niet op zichzelf staat. De uitkomsten zijn in hoge mate relevant voor vergelijkbare telemonitoringstoepassingen in andere zorgdomeinen. In een beleidscontext waarin het Integraal Zorgakkoord, het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord en de richtlijn Passend bewijs voor preventie sturen op duurzame zorgtransformatie, biedt deze SROI een concreet en onderbouwd voorbeeld van hoe maatschappelijke waarde inzichtelijk kan worden gemaakt. Daarmee draagt deze analyse

bij aan de bredere beweging van digitale pilots naar structurele, schaalbare en maatschappelijk verantwoorde zorgoplossingen.

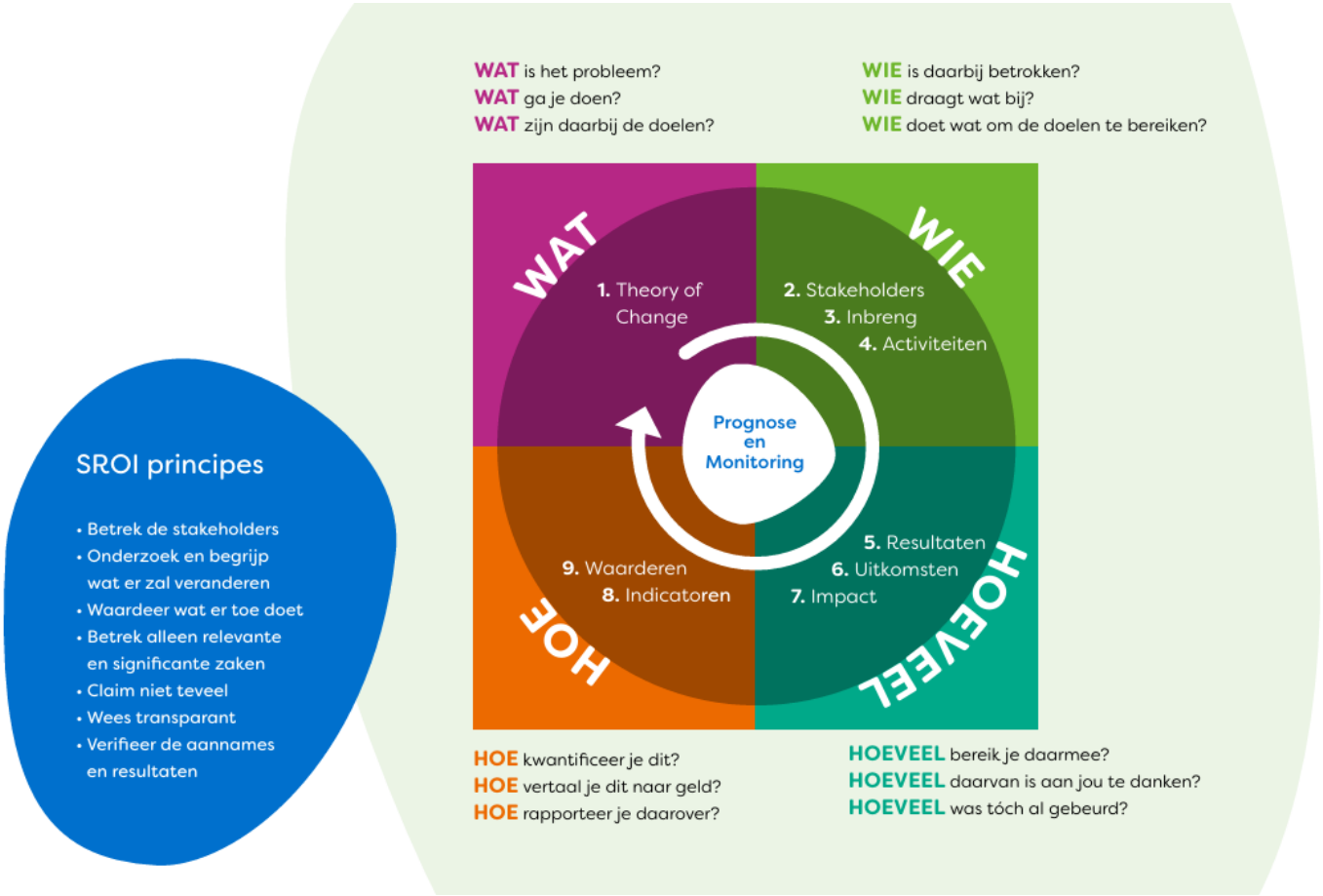
Processbeschrijving

Om tot deze rapportage te komen hebben we aantal stappen met verschillende stakeholders doorlopen welke hier kort beschreven staan:

1. Uitvoeren deskresearch op basis van aangeleverde data door de opdrachtgever stichting mijnCOACH, aangevuld met een eigen literatuuronderzoek.
2. Opstellen eerste modellering versie 0.1 op basis van deskresearch.
3. Uitvoeren co-creatie workshop met alle stakeholders, toetsen modellering en uitvragen aanvullende informatie.
   Hierbij aanwezig: bestuur van stichting mijnCOACH, vertegenwoordiger van de FMS, vertegenwoordiger van de Cliëntenraad IBD en IBD-verpleegkundigen.
4. Opstellen modellering versie 0.2.
5. Terugkoppelen modellering versie 0.2 aan stakeholders.
   Hierbij aanwezig: bestuur van stichting mijnCOACH, vertegenwoordiger van de FMS, vertegenwoordiger van de Cliëntenraad IBD, IBD-verpleegkundigen en vertegenwoordigers van Crohn & Colitis NL.
6. Opstellen versie 0.3 van rapportage, toetsing bij betrokkenen. Naast de al benoemde partijen (bestuur van stichting mijnCOACH, vertegenwoordiger van de FMS, Vertegenwoordiger van de Cliëntenraad IBD, IBD-verpleegkundigen en vertegenwoordigers van Crohn & Colitis NL) is de rapportage ook voorgelegd aan een vertegenwoordiger vanuit de NZa, de directie van Sananet en een vertegenwoordiger vanuit zorgverzekeraar VGZ.
7. Opstellen definitieve rapportage op basis van de ontvangen input.

Bijlage: Over de methode SROI

VitaValley meet de maatschappelijke impact van haar eigen - en andere - programma's met de Social Return on Investment (SROI) methode. Dit is een gevalideerde, gestructureerde aanpak om met alle stakeholders in dialoog de maatschappelijke waarde te bepalen en op basis hiervan duurzame financiële arrangementen te ontwikkelen.



Lees meer over hoe VitaValley de SROI methode inzet hier (48).

Bijlage: inbreng en opbrengsten

Inbreng

Inbreng	2025	2026	2027	2028	2029	Totaal		
Patiënten							Gemiddelde totale inbreng door patienten	*N= aantal nieuwe gebruikers va*
€ Registratie door patiënt	€ 368.736	€ 761.081	€ 1.166.466	€ 1.702.282	€ 3.009.787	€ 7.008.352	€ 21,73	
TOTAAL						€ 7.008.352	€ 21,73	*per patiënt per jaar*
Ziekenhuizen							Gemiddelde totale inbreng door zorgorganisaties:	*N= aantal nieuwe gebruikers v*
€ Jaarlijkse licentie en beheerskosten	€ 150.880	€ 459.200	€ 741.280	€ 741.280	€ 741.280	€ 2.833.920	€ 8,79	
€ Eenmalige kosten opzetten koppeling EPD's en MijnIBDCoach voor passende registratie en integratie	€ 982.800	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 982.800	€ 3,05	
€ Scholing & training voor het gebruik van mijnIBDcoach door zorgprofessionals	€ 336.329	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 336.329	€ 1,04	
€ Licentiekosten MijnIBDCoach	€ 405.315	€ 836.580	€ 1.282.179	€ 1.871.147	€ 3.308.357	€ 7.703.577	€ 23,88	
TOTAAL						€ 11.856.626	€ 27,97	*per patiënt per jaar*
Zorgprofessionals							Gemiddelde totale inbreng door zorgprofessionals:	*N= aantal nieuwe gebruikers v*
€ Registratie IBD progressie van de patiënt voor de juiste zorg op het juiste moment	€ 841.476	€ 1.736.827	€ 2.661.937	€ 3.884.698	€ 6.868.494	€ 15.993.432	€ 49,58	
TOTAAL						€ 15.993.432	€ 49,58	
TOTAAL INBRENG	**€ 3.085.537**	**€ 3.793.688**	**€ 5.851.861**	**€ 8.199.407**	**€ 13.927.918**	**€ 34.858.410**	€ 108,07	*per patiënt per jaar*

Opbrengst

Opbrengsten	2025	2026	2027	2028	2029	Totaal	
Jaar	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*		*Gemiddeld per patiënt per jaar*
Patiënten							
Toename in QOL, tijdsbesparing en toegenomen arbeidsparticipatie patiënten	€ 3.231.712	€ 6.926.880	€ 11.009.639	€ 17.214.556	€ 33.480.570	**€ 71.863.357**	**€ 354**
Netto contante waarde	**€ 3.231.712**	**€ 6.692.638**	**€ 10.277.616**	**€ 15.526.543**	**€ 29.176.382**	**€ 64.904.891**	**€ 320**
Ziekenhuizen*							
toename toegankelijkheid door tijdswinst doordat veel policonsulten vervangen worden door telefonische consulten/berichtgeving via de app	€ 627.637	€ 1.295.457	€ 1.985.473	€ 2.897.501	€ 5.123.042	€ 11.929.109	**€ 59**
Netto contante waarde	**€ 627.637**	**€ 1.251.649**	**€ 1.853.461**	**€ 2.613.380**	**€ 4.464.435**	**€ 10.810.561**	**€ 53**
Zorgverzekeraar							
Minderkosten Zvw- door afname poliklinische bezoeken	€ 929.687	€ 1.918.895	€ 2.940.982	€ 4.291.923	€ 7.588.506	€ 17.669.993	**€ 87**
Netto contante waarde	**€ 929.687**	**€ 1.854.005**	**€ 2.745.439**	**€ 3.871.069**	**€ 6.612.944**	**€ 16.013.143**	**€ 79**
Minderkosten Zvw - door afname ziekenhuis opnames	**€ 1.578.898**	**€ 3.258.883**	**€ 4.994.706**	**€ 7.289.026**	**€ 12.887.652**	€ 30.009.166	**€ 148**
Netto contante waarde	**€ 1.578.898**	**€ 3.148.680**	**€ 4.662.612**	**€ 6.574.283**	**€ 11.230.844**	**€ 27.195.317**	**€ 134**
TOTAAL OPBRENGSTEN	€ 6.367.933	€ 13.400.116	€ 20.930.802	€ 31.693.006	€ 59.079.769	€ 131.471.625	**€ 408**
Netto contante waarde	**€ 6.367.933**	**€ 12.946.972**	**€ 19.539.127**	**€ 28.585.275**	**€ 51.484.605**	**€ 118.923.913**	**€ 369**

Totalen

Totalen	2025	2026	2027	2028	2029	Totaal	
Jaar	*0*	*1*	*2*	*3*	*4*		
Inbreng							*gemiddeld per patient per jaar*
Totaal Inbreng	**€ 3.085.537**	**€ 3.793.688**	**€ 5.851.861**	**€ 8.199.407**	**€ 13.927.918**	**€ 34.858.410**	**€ 172**
Netto contante waarde (NPV)	**€ 3.085.537**	**€ 3.665.399**	**€ 5.462.775**	**€ 7.395.395**	**€ 12.137.376**	**€ 31.746.481**	**€ 157**
Opbrengsten							*gemiddeld per patient per jaar*
Totaal opbrengsten	**€ 6.367.933**	**€ 13.400.116**	**€ 20.930.802**	**€ 31.693.006**	**€ 59.079.769**	**€ 131.471.625**	**€ 649**
Netto contante waarde (NPV)	**€ 6.367.933**	**€ 12.946.972**	**€ 19.539.127**	**€ 28.585.275**	**€ 51.484.605**	**€ 118.923.913**	**€ 587**

Bijlage: Referentieprijzen

Bij het berekenen van maatschappelijke inbreng en opbrengst maken we, waar relevant, gebruik van de onderstaande referentieprijzen. De bronnen hiervoor zijn Zorginstituut Nederland (13), CBS (21), CPB (49), Vektis (11), VNG (50), NZa (14,51), UWV (52) en de Rijksoverheid (53).

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 2025*		*Bron*
		18051856		*CBS, 2023*
Inwoners NL				
Consumentenprijsindex	*121,43*	***130,3***		CBS
verschil		***8,9***		
Mantelzorgers, cliënten en patiënten	€ 18,8	**€ 20,5**		Zorginstituut NL
Huisartszorg				
Cconsult, 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 minu	Zorginstituut NL
Ofentherapie	€ 43	**€ 47**	per zitting van gemiddeld 30 minu	Zorginstituut NL
Logopedie	€ 41	**€ 45**	per zitting van gemiddeld 30 minu	Zorginstituut NL
Ergotherapie	€ 24	**€ 26**	per zitting van gemiddeld 30 minu	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
Medsiche specialist, algemeen ziekenhuis - per patiëntegebonden 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	*MKBA Gegevensuitwisseling, Verk*
Overig				
Senior accounmanager / projectmanager / inkoper	€ 85	**€ 93**	per uur	
Coördinator salarisschaal 9 Rijksoverheid *(Integraal uurtarief o.b.v. contracturen incl. BTW)*		**€ 68**	per uur	Handleiding Uurtarieven Rijksov
Projectmanager / teammanager salarisschaal 14 Rijksoverheid *(Integraal uurtarief o.b.v. contracturen incl. BTW)*		**€ 112**	per uur	Handleiding Uurtarieven Rijksov
QALY		**€ 50.000**	per gewonnen levensjaar in volledige kwaliteit van leven	Rijksoverheid (2023): Preventie
Modaal salaris		**€ 46.500**	per jaar	*CPB 2025*
Gemiddelde jaaruitkering WIA - IVA (Inkomensvoorziening volledig en duurzaam arbeidsongeschikten)		**€ 29.781**	per jaar	*UWV, 2025*
Gemiddelde jaaruitkering WIA - WGA (Werkhervatting gedeeltelijk arbeidsgeschikten)		**€ 22.852**	per jaar	*UWV, 2025*
Gemiddelde jaaruitkering WW		**€ 25.338**	per jaar	*UWV, 2025*
Kosten verzuim		**€ 405**	kosten werkgever per dag	*Sazas, TNO, CBS, 2023*
Gemiddelde kosten Zvw		**€ 3.700**	per Nederlander per jaar	*Rijksbegroting 2025*
Waarvan tweedelijnszorg		**€ 1.889**	per Nederlander per jaar	*Rijksbegroting 2025*
Waarvan eerstelijnszorg		**€ 471**	per Nederlander per jaar	*Rijksbegroting 2025*
Waarvan wijkverpleging		**€ 194**	per Nederlander per jaar	*Rijksbegroting 2025*
Waarvan apotheekzorg en hulpmiddelen		**€ 449**	per Nederlander per jaar	*Rijksbegroting 2025*
Waarvan geneeskundige GGZ		**€ 310**	per Nederlander per jaar	*Rijksbegroting 2025*
Transformatiemiddelen IZA		**€ 155**	per Nederlander per jaar	*totaal 2023-2027*
Gemiddelde kosten Zvw voor 65-plussers		**€ 5.574**	per 65-plusser per jaar	*Vektis, 2022*
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*
Gemiddelde kosten Wlz		**€ 2.205**	per Nederlander per jaar	*Rijksbegroting 2025*
waarvan ouderenzorg (in natura en PGB)		**€ 1.113**	per Nederlander per jaar	*Rijksbegroting 2025*
Aantal werkbare uren per jaar (1,0 FTE)		**1600**	uur	
Uitgaven Wmo-maatwerkvoorzieningen		**€ 5.483.969.000**		*CBS, 2023*
uitgaven per inwoner		**€ 308**	per jaar	*CBS, 2023*
aantal gebruikers van Wmo maatwerkvoorzieningen		**1.247.750**	per jaar	*Monitor Langdurige Zorg, 202*
Gemiddelde uitgaven Wmo-maatwerkvoorzieningen per gebruiker		**€ 4.395**	per jaar	*CBS, Monitor Langdurige Zorg*
Verschil tussen kosten VPT en opname verpleeghuis		**€ 1.511**	per maand	*NZa, 2022*
Percentage mensen dat overlijdt in een verpleeghuis		**28%**		*Palliaweb, 2020*

NB: Deze tabellen zijn ingevoegd met het oog op volledigheid en transparantie. Wij realiseren ons dat deze tabellen wellicht lastig leesbaar zijn. Op verzoek kunnen we ze nader toelichten.

Bijlage: Referenties

1. de Jong MJ, van der Meulen-de Jong AE, Romberg-Camps MJ, Becx MC, Maljaars JP, Cilissen M, e.a. Telemedicine for management of inflammatory bowel disease (myIBDcoach): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. Lancet Lond Engl. 2 september 2017;390(10098):959-68.

2. Ministerie van Volksgezondheid W en S. Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) (Definitief) - Rapport - Rijksoverheid.nl [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2025 [geciteerd 23 december 2025]. Beschikbaar op: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/08/31/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord-azwa

3. de Jong MJ, Roosen D, Degens JHRJ, van den Heuvel TRA, Romberg-Camps M, Hameeteman W, e.a. Development and Validation of a Patient-reported Score to Screen for Mucosal Inflammation in Inflammatory Bowel Disease. J Crohns Colitis. 26 april 2019;13(5):555-63.

4. Vanaf 2023 registratie telemonitoring mogelijk | Federatie Medisch Specialisten [Internet]. 2022 [geciteerd 23 december 2025]. Beschikbaar op: https://demedischspecialist.nl/nieuwsoverzicht/nieuws/vanaf-2023-registratie-telemonitoring-mogelijk

5. Fiorino G, Lytras T, Younge L, Fidalgo C, Coenen S, Chaparro M, e.a. Quality of Care Standards in Inflammatory Bowel Diseases: a European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO] Position Paper. J Crohns Colitis. 7 september 2020;14(8):1037-48.

6. Abdulla M, Hallak Y, Sawaf B, Abbarh S, Abdalkarim M, Battikh E, e.a. IMPACT OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE ON QUALITY OF LIFE AND FATIGUE: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. Inflamm Bowel Dis. 1 februari 2025;31(Supplement_1):S66.

7. GGD GHOR Nederland. Gezondheidsmonitor [Internet]. GGD GHOR Nederland. [geciteerd 17 december 2025]. Beschikbaar op: https://ggdghor.nl/onderwerp/gezondheidsmonitor/

8. VNG. Home | Waarstaatjegemeente.nl - cijfers en statistieken van gemeenten [Internet]. [geciteerd 17 december 2025]. Beschikbaar op: https://www.waarstaatjegemeente.nl/homewsjg.aspx

9. Loketgezondleven.nl. Monitoring GALA | Loketgezondleven.nl [Internet]. [geciteerd 17 december 2025]. Beschikbaar op: https://www.loketgezondleven.nl/beleid/gala-spuk/monitoring-gala

10. Loketgezondleven.nl. Cijfers en feiten ouderen in Nederland | Loketgezondleven.nl [Internet]. [geciteerd 17 december 2025]. Beschikbaar op: https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezond-en-vitaal-ouder-worden/feiten-en-cijfers-ouderen

11. Vektis. Vektis. 2025 [geciteerd 17 december 2025]. Open data | Vektis.nl. Beschikbaar op: https://www.vektis.nl/open-data

12. Vektis. Vektis. 2025 [geciteerd 17 december 2025]. Gemeentezorgspiegel | Vektis.nl. Beschikbaar op: https://www.vektis.nl/gemeentezorgspiegel

13. Ministerie van VWS. Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (versie 2024) - Publicatie - Zorginstituut Nederland [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2024 [geciteerd 3 juni 2025]. Beschikbaar op: https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg

14. Ministerie van VWS. Zorgsectoren - Nederlandse Zorgautoriteit [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2017 [geciteerd 17 december 2025]. Beschikbaar op: https://www.nza.nl/zorgsectoren

15. Juiste Zorg op de Juiste Plek. Juiste Zorg op de Juiste Plek. [geciteerd 17 december 2025]. Regiobeelden en regioplannen. Beschikbaar op: https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-onderdelen/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen/

16. CBS. Centraal Bureau voor de Statistiek. 2025 [geciteerd 3 december 2025]. Kerncijfers wijken en buurten 2024. Beschikbaar op: https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2025/13/kerncijfers-wijken-en-buurten-2024

17. RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) | RIVM [Internet]. [geciteerd 15 december 2025]. Beschikbaar op: https://www.rivm.nl/volksgezondheid-toekomst-verkenning-vtv

18. Dashboard AZW. Dashboard Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) [Internet]. [geciteerd 17 december 2025]. Beschikbaar op: https://dashboards.cbs.nl/v4/AZWDashboard/?_state_id_=2442d96e8a4ec790

19. Ministerie van Algemene Zaken. Regeerprogramma kabinet-Schoof - Publicatie - Rijksoverheid.nl [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2024 [geciteerd 17 december 2025]. Beschikbaar op: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2024/09/13/regeerprogramma-kabinet-schoof

20. Ministerie van VWS. Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' - Rapport - Rijksoverheid.nl [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2022 [geciteerd 17 december 2025]. Beschikbaar op: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg

21. Statistiek CB voor de. Centraal Bureau voor de Statistiek. [geciteerd 23 december 2025]. Bevolkingsgroei. Beschikbaar op: https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/bevolkingsgroei/groei

22. Inflammatory Bowel Disease (IBD) [Internet]. Crohn en Colitis NL. [geciteerd 23 december 2025]. Beschikbaar op: https://www.crohn-colitis.nl/over-crohn-colitis/inflammatory-bowel-disease-ibd/

23. van Linschoten RCA, van Leeuwen N, van Klaveren D, Pierik MJ, Creemers R, Hendrix EMB, e.a. Prevalence, incidence, and mortality of inflammatory bowel disease in the Netherlands: development and external validation of machine learning models. J Crohns Colitis. 4 februari 2025;19(2):jjaf017.

24. Stichting mijnCOACH [Internet]. [geciteerd 23 december 2025]. Stichting mijnCOACH. Beschikbaar op: https://stichtingmijncoach.nl/

25. Duckworth C, Cliffe B, Pickering B, Ainsworth B, Blythin A, Kirk A, e.a. Characterising user engagement with mHealth for chronic disease self-management and impact on machine learning performance. Npj Digit Med. 12 maart 2024;7(1):66.

26. Lu T, Lin Q, Yu B, Hu J. A systematic review of strategies in digital technologies for motivating adherence to chronic illness self-care. Npj Health Syst. 26 april 2025;2(1):13.

27. Meyerowitz-Katz G, Ravi S, Arnolda L, Feng X, Maberly G, Astell-Burt T. Rates of Attrition and Dropout in App-Based Interventions for Chronic Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. J Med Internet Res. 29 september 2020;22(9):e20283.

28. Blythin AM, Elkes J, Walters R, Bhogal A, Thompson I, Lindholm T van, e.a. Observing Digital Cardiac Rehabilitation using myHeart During the First Wave of COVID-19: A Real-World Multicentre Evaluation. J Card Pulm Rehabil. 15 mei 2023;7(3):1-7.

29. H DAL, H DVL, L DH. ASSESSING THE IMPACT OF MOBILE HEALTH APPLICATIONS ON PATIENT ENGAGEMENT AND PUBLIC HEALTH. J Popul Ther Clin Pharmacol. 20 november 2024;31(11):465-74.

30. de Jong MJ, Boonen A, van der Meulen-de Jong AE, Romberg-Camps MJ, van Bodegraven AA, Mahmmod N, e.a. Cost-effectiveness of Telemedicine-directed Specialized vs Standard Care for Patients With Inflammatory Bowel Diseases in a Randomized Trial. Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc. juli 2020;18(8):1744-52.

31. Ziekenhuiszorg | Aanbod | Instellingen | Volksgezondheid en Zorg [Internet]. [geciteerd 19 januari 2026]. Beschikbaar op: https://www.vzinfo.nl/ziekenhuiszorg/aanbod/instellingen

32. MijnIBDcoach | Federatie Medisch Specialisten [Internet]. [geciteerd 19 januari 2026]. Beschikbaar op: https://demedischspecialist.nl/mijnibdcoach

33. Regeling medisch-specialistische zorg 2026 - Nederlandse Zorgautoriteit [Internet]. [geciteerd 12 februari 2026]. Beschikbaar op: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_806723_22/2/#450a6033-a34f-4052-a817-de1170ff810e

34. Moschonis G, Siopis G, Jung J, Eweka E, Willems R, Kwasnicka D, e.a. Effectiveness, reach, uptake, and feasibility of digital health interventions for adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet Digit Health. 1 maart 2023;5(3):e125-43.

35. van der Burg JMM, Aziz NA, Kaptein MC, Breteler MJM, Janssen JH, van Vliet L, e.a. Long-term effects of telemonitoring on healthcare usage in patients with heart failure or COPD. Clin EHealth. 1 januari 2020;3:40-8.

36. Algemene Leidraad Maatschappelijke Kosten-Baten Analyse (MKBA) | Kenniscentrum voor beleid en regelgeving [Internet]. [geciteerd 29 januari 2026]. Beschikbaar op: https://www.kcbr.nl/ontwikkelen-beleid-en-regelgeving/beleidskompas/verplichte-kwaliteitseisen/algemene-leidraad-maatschappelijke-kosten-baten-analyse-mkba

37. Social Value UK [Internet]. [geciteerd 29 januari 2026]. Standards and Guidance. Beschikbaar op: https://socialvalueuk.org/standards-and-guidance/

38. Disease Management Apps Market | Industry Report, 2030 [Internet]. [geciteerd 13 januari 2026]. Beschikbaar op: https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/disease-management-apps-market-report

39. Ministerie van Volksgezondheid W en S. Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) (Definitief) - Rapport - Rijksoverheid.nl [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2025 [geciteerd 26 januari 2026]. Beschikbaar op: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/08/31/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord-azwa

40. Ministerie van Volksgezondheid W en S. Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' - Rapport - Rijksoverheid.nl [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2022 [geciteerd 26 januari 2026]. Beschikbaar op: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg

41. Moschonis G, Siopis G, Jung J, Eweka E, Willems R, Kwasnicka D, e.a. Effectiveness, reach, uptake, and feasibility of digital health interventions for adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet Digit Health. 1 maart 2023;5(3):e125-43.

42. van der Burg JMM, Aziz NA, Kaptein MC, Breteler MJM, Janssen JH, van Vliet L, e.a. Long-term effects of telemonitoring on healthcare usage in patients with heart failure or COPD. Clin EHealth. 1 januari 2020;3:40-8.

43. Jansen AJS, Peters GM, Kooij L, Doggen CJM, van Harten WH. Device based monitoring in digital care and its impact on hospital service use. Npj Digit Med. 8 januari 2025;8(1):16.

44. Gentili A, Failla G, Melnyk A, Puleo V, Tanna GLD, Ricciardi W, e.a. The cost-effectiveness of digital health interventions: A systematic review of the literature. Front Public Health. 11 augustus 2022;10:787135.

45. Ministerie van Volksgezondheid W en S. Passend bewijs voor preventie - richtlijn passend bewijs preventie - Rapport - Rijksoverheid.nl [Internet]. Ministerie van Algemene Zaken; 2025 [geciteerd 26 januari 2026]. Beschikbaar op: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/10/15/eindrapport-adviescommissie-richtlijn-passend-bewijs-voor-preventie

46. CBS. CBS StatLine - Nabijheid voorzieningen; afstand locatie, regionale cijfers (2024) [Internet]. 2025 [geciteerd 28 januari 2026]. Beschikbaar op: https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/80305ned/table?dl=A8560

47. Milieu Centraal. Fiets, ov of auto [Internet]. [geciteerd 28 januari 2026]. Beschikbaar op: https://www.milieucentraal.nl/duurzaam-vervoer/co2-uitstoot-fiets-ov-en-auto/

48. Social Return On Investment | SROI [Internet]. VitaValley. [geciteerd 22 december 2025]. Beschikbaar op: https://vitavalley.nl/sroi/

49. Romijn G, Renes G. Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse [Internet]. Den Haag: De Swart; 2013 [geciteerd 25 november 2025]. Beschikbaar op: https://www.cpb.nl/publicatie/algemene-leidraad-voor-maatschappelijke-kosten-batenanalyse

50. VNG. Meer ouderen en jongvolwassenen gebruiken Wmo-ondersteuning | VNG [Internet]. [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: https://vng.nl/nieuws/meer-ouderen-en-jongvolwassenen-gebruiken-wmo-ondersteuning

51. Ministerie van VWS. Kerncijfers diëtetiek - Paramedische zorg - Nederlandse Zorgautoriteit [Internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2020 [geciteerd 17 december 2025]. Beschikbaar op: https://www.nza.nl/zorgsectoren/paramedische-zorg/kerncijfers-paramedische-zorg/kerncijfers-dietetiek

52. UWV. UWV Januarinota 2025 [Internet]. 2025 [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: https://www.uwv.nl/nl/publicaties/financiele-nota/2025/januarinota-2025

53. Zorguitgaven en -ontvangsten Zvw begroting | De Staat van Volksgezondheid en Zorg [Internet]. [geciteerd 16 juni 2025]. Beschikbaar op: https://www.staatvenz.nl/financiele-middelen/zorguitgaven-en-ontvangsten-zvw2-begroting

Colofon

© VitaValley 2026

Op deze publicatie van VitaValley is de Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 licentie van toepassing.

Dit betekent dat het gebruikt mag worden als wordt voldaan aan onderstaande voorwaarden:

- Naamsvermelding (vermelding van VitaValley, eventuele auteur(s) en een URL of hyperlink naar het materiaal);
- Er wordt een link geplaatst naar de Creative Commons licentie;
- Wijzigingen worden aangeduid;
- Het gebruik mag niet-commercieel zijn;
- Afgeleide werken zijn toegestaan, maar worden onder dezelfde licentie vrijgegeven (gelijk delen).

Op content van derden, teksten in de publicatie waar dit specifiek bij benoemd staat en op beeldmateriaal is deze licentie niet van toepassing.

Opdrachtgever

Stichting mijnCOACH

Auteurs

Koen Wijntjes, Nil Schubert, Pim Ketelaar

Versiebeheer

V1.0, Maart 2026

Contactgegevens

Zonneoordlaan 17

6718 TK Ede

0318 65 77 15

info@vitavalley.nl

www.vitavalley.nl

VitaValley is een Algemeen Nut Beogende Instelling.

Bewoners en professionals in de praktijk weten wat werkt: zorgzame buurten, domeinoverstijgende samenwerking, preventieve aanpakken. Ze zien de waarde. Ze ervaren de impact. Maar het is vaak lastig om deze maatschappelijke waarde op een transparante en objectieve manier onder de aandacht te brengen. De onderzoekteams van VitaValley hebben meer dan 100 SROI-analyses gemaakt in het zorg- en/of sociaal domein. Wij zijn de enige onafhankelijke organisatie in Nederland die transparante impactstudies publiceert van essentiële doorbraken in het gehele zorg- en sociaal domein.

Stichting VitaValley is een Algemeen Nut Beoogde Instelling (ANBI). Ga voor een actueel overzicht van onze programma's, partners en cases naar www.vitavalley.nl.

VitaValley