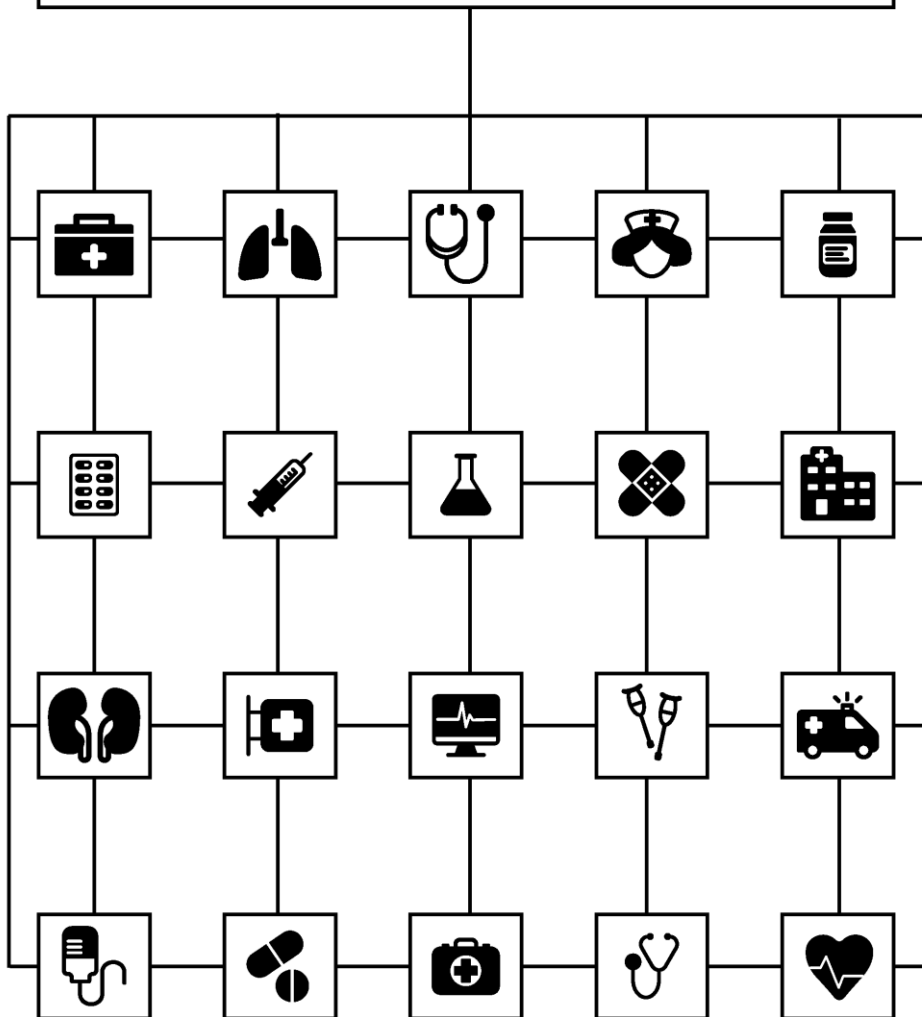


HAALBAARHEID EN TOEPASBAARHEID  
VAN HEALTH IMPACT BONDS



## Onderzoek naar de haalbaarheid en toepasbaarheid van Health Impact Bonds voor gesubsidieerde projecten van ZonMw



Den Haag, 30 april 2015

In opdracht van ZonMw

Auteurs:

Freija Vermeer - Society Impact  
Daan van der Meer - Society Impact

Joost Clarenbeek - EY  
Karin Legendijk - EY

[www.societyimpact.nl](http://www.societyimpact.nl)  
[www.ey.com](http://www.ey.com)

Copyright © 2015 Society Impact en EY. Alle rechten voorbehouden. Het is toegestaan gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen en andere niet-commerciële uitingen, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld

Aan de informatie in dit onderzoek kunnen geen rechten worden ontleend. Society Impact en EY aanvaarden geen aansprakelijkheid voor schade als gevolg van onjuistheden en/of gedateerde informatie

## Inhoudsopgave

<b>Management samenvatting</b>	<b>1</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>2</b>
1.1 Aanleiding	2
1.2 Opbouw rapport	2
<b>2. Nieuw financieringsinstrument voor de zorg</b>	<b>3</b>
2.1 Health Impact Bond	3
2.2 Kansen en uitdagingen	5
2.3 Randvoorwaarden	9
<b>3. Onderzoekskader</b>	<b>11</b>
3.1 Stap 1. Inventarisatie projecten	11
3.2 Stap 2. Uitvoering eerste selectie projecten	12
3.3 Stap 3. Uitvoering assessment	12
3.4 Stap 4. Beoordeling haalbaarheid HIB per project en vaststellen vervolgstappen	13
<b>4. Projectbeschrijving</b>	<b>15</b>
4.1 Tinnitus	15
4.2 Rosetta	20
4.3 SamenOud	25
4.4 Luchtbrug	29
4.5 Halt! U valt	34
<b>5. Conclusie</b>	<b>38</b>
<b>Appendix I: Bronnenlijst</b>	<b>41</b>
<b>Appendix II: Overzicht onderzoekscriteria</b>	<b>43</b>
<b>Appendix III: Groslijst</b>	<b>48</b>

## Management samenvatting

De betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg staan onder druk. Toenemende vergrijzing, investeringen in technologie, volumegroei van behandelingen, hogere verwachtingen en meer begeleiding zorgen voor stijgende zorgkosten. Er is steeds meer noodzaak om de stijging van de kosten te beteugelen en de focus te leggen op effectieve en liefst preventieve behandelingen. Misschien soms minder zorg, maar wel betere zorg. De Health Impact Bond (HIB) kan een belangrijk instrument zijn voor verbetering van de kwaliteit in de zorg en het realiseren van kostenbesparingen.

Zowel internationaal als nationaal is er aandacht voor deze nieuwe vorm van financieren in het publiek domein. De HIB, afgeleid van de Social Impact Bond (SIB), brengt zorgondernemer, overheid, zorgverleners, zorgverzekeraars en private investeerders/fondsen samen om gezamenlijk zorgvraagstukken aan te pakken. Deze partijen zijn gecommiteerd om de maatschappelijke impact van de bewezen interventie te vergroten. Daar is financiering voor nodig die door de private investeerder/fondsen wordt verstrekt. De maatschappelijke impact leidt tot besparingen. Wanneer de prestatie door de zorgondernemer is geleverd, keert de partij waar de besparingen vallen een deel van die besparingen uit aan de investeerder, plus een mogelijk rendement. Uitgangspunt voor het selecteren van de juiste zorginterventies is altijd de relatie tussen de interventie, de prestatie en de kostenbesparing.

Society Impact heeft in samenwerking met EY in opdracht van ZonMw een verkenning uitgevoerd naar de toepasbaarheid en de haalbaarheid van de HIB als financieringsinstrument voor een aantal bij ZonMw bekende projecten. In nauw overleg en in samenspraak zijn er, op basis van een beoordeling van een groslijst, vijf projecten geselecteerd om verder te onderzoeken. Deze projecten zijn Luchtbrug, Halt! U valt, Tinnitus, Rosetta en SamenOud. Aan de hand van een assessment is per project vastgesteld of er wordt voldaan aan de randvoorwaarden, voor de toepassing van een HIB. De belangrijkste vervolgstap is het verder uitwerken van een maatschappelijke kosten-batenanalyse voor de projecten met een 'hoge HIB-haalbaarheid'. Het is dan ook van belang om in een volgende fase de relevante stakeholders te betrekken bij de totstandkoming van een maatschappelijke kosten-batenanalyse als basis voor een Health Impact Bond en concreet te werken aan het sluiten van een deal.

### *Randvoorwaarden HIB*

<b>I. Interventie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De interventie draagt bij aan het oplossen van een maatschappelijke/ gezondheidskwestie.</li> <li>- De interventie is opschaalbaar.</li> <li>- Er is een duidelijk meetbare relatie tussen de interventie, de prestatie en de besparing.</li> </ul>
<b>II. Zorgondernemer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De organisatie realiseert financieel en maatschappelijke impact.</li> <li>- De organisatie heeft een financieringsbehoefte.</li> </ul>
<b>III. Doelgroep</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De doelgroep van de interventie is duidelijk gedefinieerd.</li> </ul>
<b>IV. Stakeholders</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er is draagvlak en commitment bij relevante stakeholders om bij te dragen aan de HIB.</li> <li>- Er zijn duidelijke prestatieafspraken te maken.</li> </ul>
<b>V. Maatschappelijke kosten-batenanalyse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De besparingen zijn hoger dan de kosten en kunnen gekapitaliseerd worden.</li> <li>- De kosteneffectiviteit van de interventie is door middel van een maatschappelijke kosten-batenanalyse in kaart gebracht.</li> </ul>

# 1. Inleiding

## 1.1 *Aanleiding*

ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren. Veel projecten van ZonMw betreffen innovaties die de zorg goedkoper, beter of efficiënter moeten maken. Het lukt echter niet altijd om - na afloop van de subsidie van ZonMw - structurele financiering voor de implementatie van deze projecten te vinden. Het is dan ook van belang om te onderzoeken of er andere vormen van financiering mogelijk zijn om structurele implementatie van succesvolle interventies te borgen. Een van deze mogelijke financieringsvormen is de Health Impact Bond (hierna: HIB).

Een HIB is een innovatief financieringsinstrument om innovaties in de zorg mogelijk te maken en opschaling van effectieve interventies te realiseren. In een HIB financiert een private investeerder een interventie die gezondheidswinst en kostenbesparingen beoogt. Als de interventie blijkt te werken, dus als mensen gezonder worden en kosten worden bespaard, dan kunnen investeerders uit die besparingen worden terugbetaald. Dat gebeurt door die partij bij wie de besparingen vallen. Op deze manier creëert een HIB de mogelijkheid om meer privaat kapitaal in de zorg te investeren en alleen die bewezen interventies te bekostigen die daadwerkelijk doelmatig en kosteneffectief zijn. Zo stimuleert een HIB innovatie, vergroot het de doelmatigheid en worden er uiteindelijk kosten bespaard.

In opdracht van ZonMw heeft Society Impact in samenwerking met EY onderzoek gedaan naar de haalbaarheid en toepasbaarheid van een Health Impact Bond als financieringsinstrument voor door ZonMw gesubsidieerde projecten. In samenspraak met ZonMw zijn vijf projecten uitgekozen die geanalyseerd zijn en waarvan per project is vastgesteld wat de randvoorwaarden en mogelijke vervolgstappen zijn voor de toepassing van een HIB. De resultaten hiervan leest u in het onderhavige rapport.

## 1.2 *Opbouw rapport*

In hoofdstuk twee wordt een beschrijving gegeven van het HIB-model en de belangrijkste randvoorwaarden voor het doen slagen van een HIB. In hoofdstuk drie wordt het onderzoeksproces uiteengezet. Vervolgens bevat hoofdstuk vier de beschrijvingen van de vijf projecten die zijn bestudeerd en wordt per project vastgesteld in hoeverre een HIB toepasbaar en haalbaar is. In hoofdstuk vijf ten slotte wordt er ingegaan op de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek en op mogelijke vervolgstappen.

## 2. Nieuw financieringsinstrument voor de zorg

Het Nederlandse zorgstelsel biedt een hoge kwaliteit van zorg. Deze kwaliteit komt echter wel met een prijs. Sinds de jaren zeventig groeien de kosten van de zorg harder dan de Nederlandse economie. Ging in de jaren zeventig nog 8% van het bruto binnenlands product op aan zorgkosten, tegenwoordig is dat 13%. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft zelfs voorspeld dat dit percentage in 2040 kan oplopen tot een onhoudbare 40% (Horst, Erp, Jong, 2011). In 2014 werd er ongeveer 80 miljard euro aan zorg uitgegeven, gelijk aan 30% van de totale rijksbegroting. De betaalbaarheid en daarmee de kwaliteit van de zorg staat onder druk (Ewijk, Horst, Jong, 2013). Het beteugelen van de kostenstijgingen in de zorg wordt dan ook steeds meer noodzaak.

Volgens het CPB zijn er meerdere oorzaken die ten grondslag liggen aan de stijgende zorgkosten. Zo is het gemiddelde inkomen sinds de jaren zeventig gestegen, is er vergrijzing opgetreden, is er geïnvesteerd in technologische vooruitgang, zijn er hoge verwachtingen en is er behoefte aan meer begeleiding. Deze oorzaken verklaren echter niet de gehele stijging van de zorgkosten. In het afgelopen decennium zijn de zorgkosten het sterkst gestegen en dat heeft voor een groot deel te maken met de verandering in het zorgstelsel sinds 2005. Sinds deze verandering in het stelsel wordt er per verrichting betaald en dit heeft tot een enorme volumegroei in de zorg geleid.

Volgens de auteurs van het rapport *Kwaliteit als Medicijn* zijn we gaan betalen voor méér en niet voor betere zorg (Visser, Westendorp, Cools, 2012). In de beheersing van de volumegroei liggen dus kansen om zowel de kwaliteit van de zorg te verbeteren als de betaalbaarheid onder controle te houden. Een HIB kan hiertoe een eerste aanzet geven. Bij een HIB staat niet de behandeling, maar de uitkomst centraal: alleen voor effectieve behandelingen wordt betaald. Op deze manier kan een HIB leiden tot een verbetering van de kwaliteit in de zorg en aan de andere kant tot het realiseren van kostenbesparingen. Hieronder zal uitgebreider worden ingegaan op de werking van een HIB.

### 2.1 Health Impact Bond

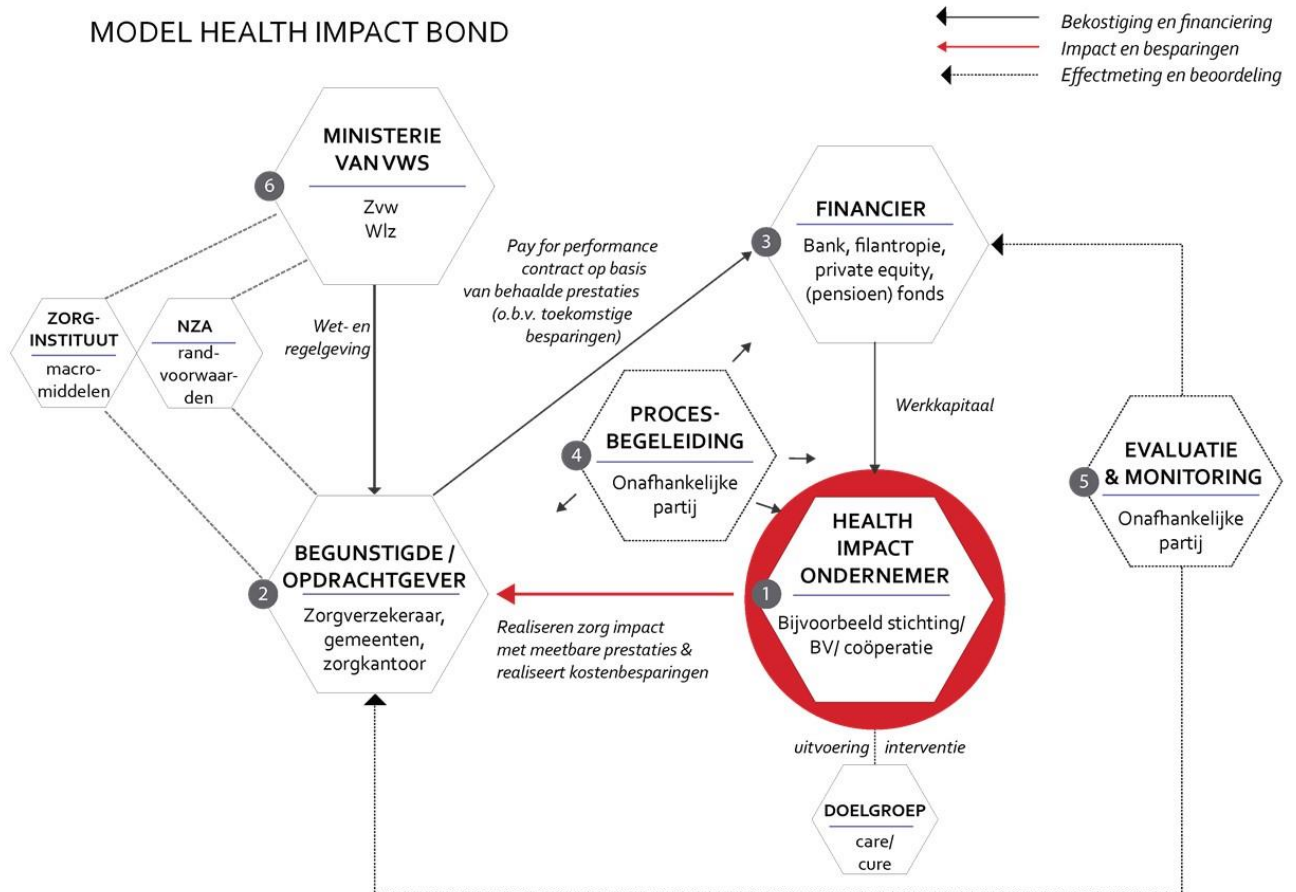
Een HIB is een variant op de Social Impact Bond (SIB)<sup>1</sup>. SIB's zijn *sociale prestatiecontracten*, waarbij de overheid pas betaalt voor een dienst of interventie als er een van te voren vastgestelde sociaal-maatschappelijke prestatie wordt geleverd (Lunes, Frissen, Vermeer, 2013). Succesvolle sociaal ondernemers laten zien dat zij, vaak in eerste instantie op kleine schaal, een maatschappelijk vraagstuk goedkoper en efficiënter aanpakken dan de overheid of overheidsinstanties dit nu doen. Om het voor deze ondernemers mogelijk te maken om de sociale impact die zij voor ogen hebben op te schalen, is werkkapitaal nodig. Een SIB biedt hier de oplossing. Een private partij voorziet in een SIB in dit werkkapitaal. De overheid, de sociaal ondernemer en de private partij maken een prestatiecontract waarin de voorwaarden beschreven staan wanneer, hoe en hoeveel er door de overheid wordt uitgekeerd aan de private partij die heeft geïnvesteerd in de sociaal ondernemer. Pas als de beoogde maatschappelijke resultaten gerealiseerd zijn, en dus de maatschappelijke besparingen, betaalt de overheid uit deze besparingen de private investeerders terug.

De eerste SIB is in januari 2014 gesloten inzake arbeidsparticipatie en jeugdwerkloosheid. Door de prestatie van de sociaal ondernemer, de Buzinezzclub, doen jongeren minder lang dan gemiddeld aanspraak op een uitkering. Het ABN AMRO Impact Fund en de Start Foundation dragen hieraan bij door werkkapitaal te verstrekken. De gemeente Rotterdam betaalt de investeerders terug op basis van het aantal uitkeringen dat hierdoor bespaard wordt.

---

<sup>1</sup> S. Harchaoui, S. Zafar, *Health Impact Bonds* (publicatie verwacht in het voorjaar van 2015).

Deze vorm van financiering in het publieke domein is echter nog niet eerder toegepast op innovaties in het zorgdomein. Ook bij een HIB wordt privaat kapitaal bijeengebracht om bewezen, effectieve interventies met maatschappelijke impact te realiseren. Het verschil tussen een HIB en een SIB zit vooral in de context en stakeholders. Anders dan bij een SIB vallen bij een HIB de baten niet alleen bij de overheid of gemeente, maar ook bij zorgverzekeraars, ziekenhuizen en zorginstellingen. Het doel van een HIB is het verbeteren van de gezondheid van een specifieke doelgroep en daarmee het reduceren van de zorgkosten voor deze groep. De doelgroep wordt vooraf nauwkeurig bepaald. De opdrachtgever en een externe partij leggen vervolgens contractueel de uitkomsten vast die moeten leiden tot verbetering in de gezondheid en het leven van de doelgroep. Hieronder is een HIB-model ontwikkeld door Society Impact schematisch weergegeven.



Tabel 1: Toelichting model HIB

1. Ondernemer	De ondernemer kan een stichting of coöperatie zijn, maar ook een ziekenhuis of een andere bestaande zorgverlener. In sommige gevallen is de ondernemer een andere partij dan de uitvoerder. In dat geval is het zaak om na te gaan wie de financieringsbehoefte heeft en met welke partij de prestatieafspraken worden gemaakt. De ondernemer realiseert de prestatie en de besparingen.
2. Begunstigde/ Opdrachtgever	Bij deze partij vallen de besparingen. Dat kan een zorgverzekeraar zijn, bijvoorbeeld wanneer er een reductie is in directe medische kosten. De begunstigde kan ook de lokale of de rijksoverheid zijn. Bijvoorbeeld als door uitstel van verpleeghuisopname wordt bespaard op de Wet langdurige zorg. De begunstigde keert vervolgens, pas wanneer de afgesproken resultaten zijn behaald, een deel van de besparingen uit aan de investeerders.
3. Investeerder	Deze partij voorziet de ondernemer van werkkapitaal, zodat de interventie kan worden uitgevoerd en de resultaten behaald kunnen worden. De financier kan een bank, maar ook een fonds, stichting of filantroop zijn.
4. Intermediair	In de praktijk is gebleken dat het sluiten van HIB een complexe aangelegenheid is waar specifieke kennis voor is vereist. De intermediair kan een non-profit of private organisatie zijn en heeft meerdere rollen in het proces. De intermediair verbindt financiers met ondernemers en de begunstigten en versnelt zo het proces. Doordat de intermediair kennis heeft van de voorwaarden die financiers en de begunstigde stellen, is de intermediair de juiste partij bij het helpen van het opstellen van de maatschappelijke kosten-batenanalyse.
5. Evaluator	Een onafhankelijke partij die de prestatie van de interventie monitort en evalueert.
6. Rijksoverheid	De overheid heeft de taak barrières ten aanzien van wet- en regelgeving weg te nemen. Zo gelden er op dit moment beperkingen voor winstuitkering door zorginstellingen.

## 2.2 Kansen en uitdagingen

Een HIB is een innovatief financieringsmodel waar momenteel nationaal en internationaal mee wordt geëxperimenteerd. Het belangrijkste van een HIB-model is dat er een verbinding tot stand komt tussen alle betrokken partijen die gezamenlijk gezondheidsproblemen aanpakken en hiertoe gedurende een langere periode intensief samenwerken. Voor de doelgroep van de interventie (de burger) moet daarmee een verbetering van gezondheid worden gerealiseerd. Doordat de uitkomsten van de interventie op hun gezondheid zorgvuldig gemeten worden, wordt de effectiviteit van de interventie geborgd.



### **Kansen Health Impact Bond**

- In een HIB staat niet de behandeling, maar de uitkomst centraal. Dit leidt tot een hogere kwaliteit van zorg.
- In een HIB wordt alleen voor effectieve interventies betaald. Dit leidt tot kostenbesparingen.
- In een HIB is de interventie gerelateerd aan de prestatie en de besparing.
- HIB's richten zich meer dan andere financieringsmogelijkheden op preventieve maatregelen die resulteren in kostenbesparingen.
- Een HIB is een middel om private partijen te committeren aan maatschappelijke doelstellingen.
- Een HIB verlegt risico van het publieke domein naar private investeerders.
- Een HIB biedt de mogelijkheid om (bewezen) interventies op te schalen.

Het HIB-model biedt veel kansen, maar er zijn ook de nodige uitdagingen. In de praktijk is er dan ook veel tijd en onderzoek nodig om een selectie te maken van geschikte interventies en zijn er veel interventies die niet in aanmerking komen voor een Health Impact Bond. Hieronder is een aantal criteria weergegeven, die vaak een knelpunt vormen om een HIB mogelijk te maken.

#### *Causaliteit*

Een HIB is gebaseerd op een directe relatie tussen de interventie, prestatie en de besparing. Het is in veel gevallen niet eenvoudig om het verband tussen deze drie onderdelen aan te tonen, zoals ook blijkt in dit onderzoek naar de haalbaarheid van een HIB voor een aantal gesubsidieerde projecten door ZonMw.

#### *Besparingen*

Het vergt vaak meer onderzoek om vast te stellen waar de eventuele besparingen van een interventie vallen. Er is dan ook vaak een maatschappelijke kosten-batenanalyse nodig om dit inzichtelijk te maken. Daartoe moeten de stakeholders het eens zijn over de directe en indirecte besparingen en hoe deze gekapitaliseerd kunnen worden. Wat levert het bijvoorbeeld op als een interventie zorgt voor een vermindering van de inzet van thuiszorg?

#### *Meetbaarheid en beschikbaarheid data*

De effectiviteit van een interventie moet worden aangetoond aan de hand van gegenereerde data. Het is echter niet altijd vanzelfsprekend dat de effecten in een relatief kort tijdsbestek kunnen worden gemeten. Het is dan ook van belang dat in de voorbereiding van een HIB goede afstemming plaatsvindt over wat er precies wordt gemeten en hoe dit kan worden vastgelegd in de vorm van meetbare prestatieafspraken. De overheid en zorgverzekeraar moeten bereid zijn en de mogelijkheid hebben om data vrij te geven.

Hieronder wordt de casus van de Dementelcoach toegelicht ten aanzien van de meetproblemen, besparingen en causaliteit in de praktijk.

**Box 1: Casus meetproblemen, besparingen en causaliteit: Dementelcoach**

Dementelcoach is een telefonisch coachingstraject gericht op het ontlasten van overbelaste mantelzorgers. Coaches met een psychogeriatrische achtergrond begeleiden mantelzorgers die zorgen voor naasten met dementie. Deze mantelzorgers kunnen anoniem bij de coaches terecht voor vragen die ze nergens anders kunnen stellen. Omdat het bijvoorbeeld om agressief of seksueel overschrijdend gedrag van hun naasten gaat. Of omdat ze simpelweg niet durven. Meestal betreffen het vrouwen, die naast mantelzorger ook moeder zijn en deelnemen aan het arbeidsproces. Bijna alle deelnemers aan het traject staan op het punt hun naaste met dementie op te laten nemen in een verpleeg- of verzorgingshuis. In sommige gevallen hebben ze hun baan zelfs moeten opgeven om fulltime te kunnen zorgen voor hun demente vader of moeder. In een traject van ongeveer tien gesprekken helpen de coaches de mantelzorgers met hun vragen, verwijzen ze eventueel door naar een arts of specialist en zijn het luisterend oor voor deze personen. De interventie van Dementelcoach lijkt simpel, maar levert aanzienlijke maatschappelijke winst op. Doordat de mantelzorgers ontlast worden, hun verhaal kwijt kunnen en daardoor minder stress ervaren, kunnen ze langer mantelzorg verlenen. Dit betekent dat dementerenden door deze coaching langer thuis kunnen blijven wonen en daarmee wordt de opnameduur in een verpleeghuis aanzienlijk verkort. Een maand langer mantelzorg verlenen, betekent een maand minder kosten van een verpleegtehuis (€ 4.000,- betaald vanuit de Wet langdurige zorg). Hierbij doet het meetprobleem zich gelden: want hoe is de causale relatie tussen het reduceren van stress van de mantelzorgers en het uitstellen van opname in een verpleeghuis van een dementerende hard te maken? Society Impact onderzoekt de mogelijkheden voor deze HIB, met intensieve samenwerking tussen meerdere private ondernemers en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

*Perverse prikkels*

In het huidige zorgsysteem zijn er bepaalde financieringsprikkels die het succes van een HIB beperken. Wanneer een interventie het aantal behandelingen in een ziekenhuis reduceert, betekent dit een verlichting van de werkdruk, maar ook een verlies aan inkomen voor de zorgverlener. Dit kan de bereidheid van een ziekenhuis om mee te werken aan de interventie in de weg staan. Om de bereidheid tot medewerking te vergroten, zou in het model kunnen worden opgenomen dat ook het ziekenhuis of uitvoerder een deel van de gerealiseerde besparingen ontvangt. Een andere optie is dat het ziekenhuis een beloning krijgt voor iedere patiënt die wordt aangedragen voor de interventie. In andere gevallen kan een HIB zelf ook tot ongewenste prikkels leiden. Doordat de prestatie centraal staat, kan de verleiding ontstaan om alleen die patiënten op te nemen waarvan verwacht wordt dat hiervoor gezondheidswinst valt te behalen. In het contract moeten hierover duidelijke afspraken worden gemaakt en de onafhankelijke partij moet erop toezien dat dit proces van 'cherry picking' niet zal plaatsvinden. Juist om deze prikkels in een vroeg stadium te onderkennen en er bij de inrichting van de samenwerkingsafspraken rekening mee te houden, is een onafhankelijke intermediair wenselijk.

*Veel opdrachtgevers Wmo*

Maatschappelijke ondersteuning via de Wmo is een verantwoordelijkheid van gemeenten. Het budget dat gemeenten gebruiken voor financiering maatschappelijke ondersteuning is onderdeel van het Gemeentefonds. Gemeenten hebben beleidsvrijheid ten aanzien van de organisatie en financiering van

maatschappelijke ondersteuning. Gemeenten maken afspraken met zorgaanbieders; deze afspraken kunnen gebaseerd zijn op handelingen, maar er worden ook andere afspraken gemaakt zoals bijvoorbeeld een lumpsum of prestatieafspraken. In het geval HIB-financiering voor een interventie van maatschappelijke ondersteuning, geldt tevens dat goed moet worden nagedacht of een uitvoerder direct profiteert van een besparing, of dat hierover nadere afspraken dienen te worden gemaakt.

#### *Transactiekosten*

Een ander belangrijk aspect is dat de HIB alleen geschikt is voor interventies van een bepaalde omvang. Er zijn verschillende stakeholders intensief betrokken bij het tot stand komen van een HIB. De transactiekosten voor het opzetten van het model zijn daardoor relatief hoog. Dit maakt dat een HIB pas rendabel is bij een minimale investering van € 500.000,-.

Hieronder wordt aangegeven wat de voordelen en nadelen voor de afzonderlijke stakeholders kunnen zijn.

*Tabel 2: Stakeholder overzicht*

Stakeholders	Voordelen	Nadelen
<b>Patiënt/ zorgbehoevende</b>	Bij een HIB staat de prestatie centraal. Dit leidt tot een betere kwaliteit van zorg	Soms een andere manier van zorgverlening dan de patiënt gewend is. Bijvoorbeeld zorg op afstand door digitale technologie
<b>Zorgverlener</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krijgt inzicht in welke behandelingen tot welk resultaat leiden</li> <li>- Verlicht de werkdruk van zorgverleners</li> </ul>	Mogelijk verlies aan directe inkomsten en overcapaciteit
<b>Zorgondernemer</b>	Een duurzaam financieringsmodel. De interventie kan opgeschaald worden	De ondernemer moet de prestatie waar kunnen maken en is daarbij ook afhankelijk van medewerking van zorgverlener, overheid en financiers
<b>Zorgverzekeraar</b>	Besparingen en dus versterking van de concurrentiepositie	Transactiekosten voor het ontwikkelen van een HIB
<b>Gemeente</b>	Besparingen bijvoorbeeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	Moet bereid zijn inzichtelijk te maken hoe groot de besparingen zijn en deze ook uit te keren
<b>Private financiers/ investeerders</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dragen bij aan het opschalen van een innovatieve aanpak in de zorg wat leidt tot besparingen</li> <li>- Maken onderdeel uit van het MVO (Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen) beleid</li> <li>- Levert rendement op</li> </ul>	Transactiekosten voor het ontwikkelen van een HIB en lopen financieel risico indien prestatie niet is behaald
<b>Rijksoverheid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besparingen bijvoorbeeld in Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw)</li> <li>- Risico van de onderneming verschuift van publiek naar privaat</li> </ul>	Wet- en regelgeving aanpassen zodat begunstigen ook mogen uitkeren
<b>Maatschappij/burgers</b>	Op de lange termijn, goedkopere en effectievere zorg	

## 2.3 Randvoorwaarden

Tot op heden zijn er twee internationale HIB's, in de UK en de VS gesloten (box 2). Er is dan ook verder onderzoek en experimenteeruimte nodig om inzicht te krijgen in hoe een HIB daadwerkelijk toegevoegde waarde kan leveren. Er is op basis van de ervaringen met de HIB/SIB's in het buitenland, als ook in Nederland, een aantal algemene randvoorwaarden te definiëren. Deze randvoorwaarden zijn vertaald in een aantal onderzoekscriteria dat in hoofdstuk 3 wordt beschreven.

Tabel 3: Randvoorwaarden

<b>I. Interventie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De interventie draagt bij aan het oplossen van een maatschappelijke/gezondheidskwestie.</li> <li>- De interventie is opschaalbaar.</li> <li>- Er is een duidelijk meetbare relatie tussen de interventie, de prestatie en de besparing.</li> </ul>
<b>II. Zorgondernemer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De organisatie realiseert financieel en maatschappelijke impact.</li> <li>- De organisatie heeft een financieringsbehoefte.</li> </ul>
<b>III. Doelgroep</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De doelgroep van de interventie is duidelijk gedefinieerd.</li> </ul>
<b>IV. Stakeholders</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er is draagvlak en commitment bij relevante stakeholders om bij te dragen aan de HIB.</li> <li>- Er zijn duidelijke prestatieafspraken te maken.</li> </ul>
<b>V. Maatschappelijke kosten-batenanalyse*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De besparingen zijn hoger dan de kosten en kunnen gekapitaliseerd worden.</li> <li>- De kosteneffectiviteit van de interventie is door middel van een maatschappelijke kosten-batenanalyse in kaart gebracht.</li> </ul>

\**Maatschappelijke kosten-batenanalyse (mkba)* is een manier om de kosteneffectiviteit van een interventie te bepalen (Ligtenberg, Staal, Goettsch, 2013). In de analyse worden zowel de kosten als de effecten van de interventie gemeten en afgezet tegen een interventie die hetzelfde doel nastreeft. In veel gevallen wordt de kosteneffectiviteit van de interventie vergeleken met de bestaande zorg. De case is positief wanneer zonder kostenstijging een groter effect wordt bereikt. De analyse maakt inzichtelijk bij wie de besparingen terecht komen en wat de omvang van de besparingen is. Een belangrijke voorwaarde voor een HIB is dat de besparingen ook reëel gekapitaliseerd kunnen worden. Besparingen in medicijngebruik zijn bijvoorbeeld makkelijker te kapitaliseren dan besparingen in personeelskosten. De mkba biedt inzicht in het te verwachten resultaat. Een goed uitgevoerde mkba is om die reden van belang voor investeerders ten aanzien van deelname aan een HIB.

### Box 2: HIB VS

In de stad Fresno in California hebben naar schatting 200.000 mensen astma. Deze patiënten zijn jaarlijks goed voor 6.000 bezoeken aan de eerste hulp en 1.100 ziekenhuisopnames. De jaarlijkse directe en indirecte kosten van astma in Fresno bedraagt 87 miljoen dollar. Het merendeel van de astma-gerelateerde zorgkosten is te voorkomen door personen met astma te leren hoe ze symptomen van een astma-aanval kunnen herkennen en astma-triggers zoals stof en schimmel kunnen vermijden (Hernandez, Len Syme, Brush, 2012).

Collective Health is een ondernemer die astma onder kinderen uit gezinnen met lage inkomens in Fresno wil bestrijden. Collective Health heeft daarvoor werkkapitaal nodig en wil dat via een HIB realiseren. De financiering wordt door het private fonds California Endowment verstrekt. De prestatie

wordt gemeten aan de hand van de reductie van zorgdeclaraties. In voorzichtige berekeningen wordt verwacht dat er door de preventieve aanpak fikse besparingen gerealiseerd kunnen worden. Elke dollar die wordt geïnvesteerd, levert een besparing van 1,69 dollar op (Clay 2013). Deze besparingen vallen bij de federale zorgverzekeraar Medi-Cal, die een deel van deze besparingen plus rendement zal uitkeren aan de investeerders.

In het geval van Fresno is er sprake van een duidelijke financieringsbehoefte, een duidelijke doelgroep (kinderen 9-19 jaar met astma uit arme gezinnen), duidelijke besparingen (reductie zorgdeclaraties) en een duidelijke manier om de prestatie te meten.

### **HIB UK**

In maart 2015 heeft Bridges Ventures 1,65 miljoen pond geïnvesteerd in de eerste impact bond in de gezondheidszorg in Groot-Brittannië<sup>2</sup>. De ondernemer Ways to Wellness heeft een methode ontwikkeld om de gezondheid van chronisch zieken met ziekten als diabetes, astma en hart- en vaatziekten te verbeteren. Ways to Wellness wil dat bereiken door de patiënten een meer gezonde levensstijl aan te leren en hun participatie in de gemeenschap te verhogen. Op basis van de gezondheidswinst zullen fondsen van de overheid de investeerder terugbetalen.

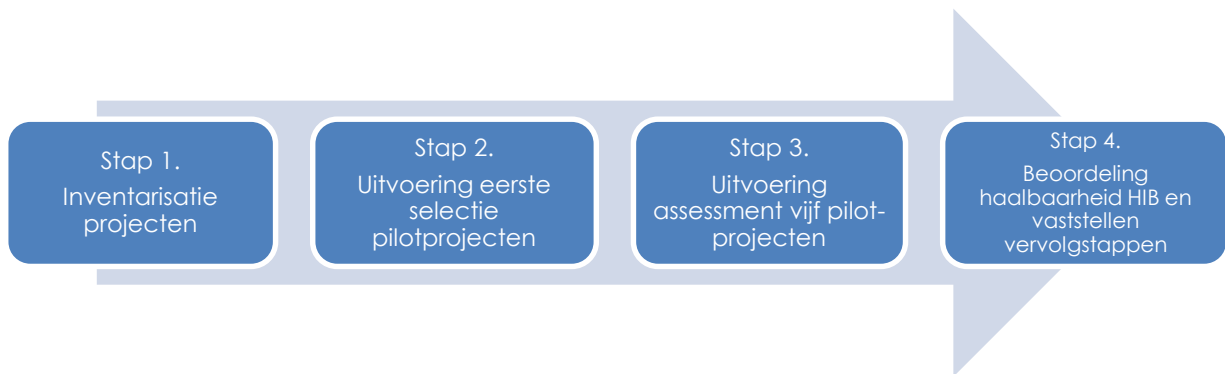
---

<sup>2</sup> <http://www.bridgesventures.com/bridges-commits-1-65m-first-active-social-impact-bond-uk-healthcare-sector>. Geraadpleegd op 2-4-2015

### 3. Onderzoekskader

Zoals in de inleiding beschreven, is het doel van dit onderzoek om vast te stellen in hoeverre HIB's een mogelijk financieringsinstrument zijn voor de implementatie of opschaling van een aantal projecten dat door ZonMw gesubsidieerd is. Het betreft een verkennend onderzoek. Om tot een antwoord op deze vraag te komen, zijn de volgende stappen gehanteerd:

*Figuur 1: Overzicht onderzoekstappen*



#### 3.1 **Stap 1. Inventarisatie projecten**

ZonMw heeft bij aanvang van het project aangegeven de haalbaarheid van HIB's te willen toetsen op een aantal door ZonMw gesubsidieerde projecten. Om tot een selectie van deze projecten te komen, is allereerst gesproken met contactpersonen van de programma's die zich op één van de vier sectoren richten waarbinnen ZonMw actief is (Wetenschap en Innovatie, Preventie, Zorg en Welzijn en Kwaliteit en Doelmatigheid). De contactpersonen hebben vervolgens een aantal mogelijke projecten voor dit onderzoek aangedragen die voldoen aan de scope van de opdracht alsmede aan de volgende onderzoekscriteria:

1. het project kent een aantoonbare aanpak;
2. het project heeft maatschappelijke impact;
3. de prestatie is meetbaar en te koppelen aan de besparing;
4. het project is opschaalbaar.

Op basis van deze uitvraag hebben wij 18 mogelijke projecten ontvangen - appendix III.

### 3.2 Stap 2. Uitvoering eerste selectie projecten

De volgende stap bestond uit een nadere analyse van de 18 projecten om zo te komen tot een selectie van vijf projecten. Wij hebben deze analyse uitgevoerd op basis van een nadere uitwerking van de criteria genoemd in stap 1.

Tabel 4: Onderzoekscriteria eerste selectie projecten

Criteria eerste selectie projecten	1	2	3	4	5
<b>1. Expliciet beschreven interventie:</b> Het doel en de aanpak van de interventie is helder verwoord	Niet aantoonbaar	Beperkt	Voldoende	Goed	Sterk
<b>2. Impact van de interventie:</b> De interventie heeft geleid tot de beoogde doelstelling en heeft daarmee geleid tot een gezondheids- en/of maatschappelijke impact	Niet aantoonbaar	Beperkt	Voldoende	Goed	Sterk
<b>3. Meetbaarheid directe besparing/prestatie:</b> De directe interventie heeft geleid tot een gezondheids- en/of maatschappelijke besparing. Deze causale relatie is meetbaar	Niet aantoonbaar	Beperkt	Voldoende	Goed	Sterk
<b>4. Opschaalbaarheid:</b> De interventie heeft potentie om nogmaals te worden uitgevoerd (op een grotere schaal)	Niet aantoonbaar	Beperkt	Voldoende	Goed	Sterk

Uit deze analyse bleken acht projecten geschikt als pilotproject, waarvan er uiteindelijk vijf zijn geselecteerd in overleg met de opdrachtgever:

1. Luchtbrug (programma Wetenschap en Innovatie);
2. Halt! U valt (programma Preventie);
3. SamenOud (programma Zorg en Welzijn);
4. Tinnitus (programma Kwaliteit en Doelmatigheid);
5. Rosetta (programma Ambient Assisted Living).

Daarnaast zijn de onderzoekscriteria voor het de uitvoering van het assessment (zie stap 3) gepresenteerd en in gezamenlijkheid vastgesteld.

### 3.3 Stap 3. Uitvoering assessment

De uitvoering van het assessment bestond uit de volgende stappen:

1. Het houden van gesprekken met de personen die projectleider waren van de projecten ten tijde van de ZonMw-subsidie. Doel van de gesprekken was om alle benodigde informatie te verzamelen om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden.
2. Indien nodig, het verzamelen van nadere informatie over de projecten via deskresearch.

3. Het in kaart brengen van de verkregen informatie per project op basis van de onderstaande criteria.
4. Het valideren van feitelijke informatie per project door de geïnterviewde projectleiders.

Tabel 5: Onderzoekscriteria assessment projecten

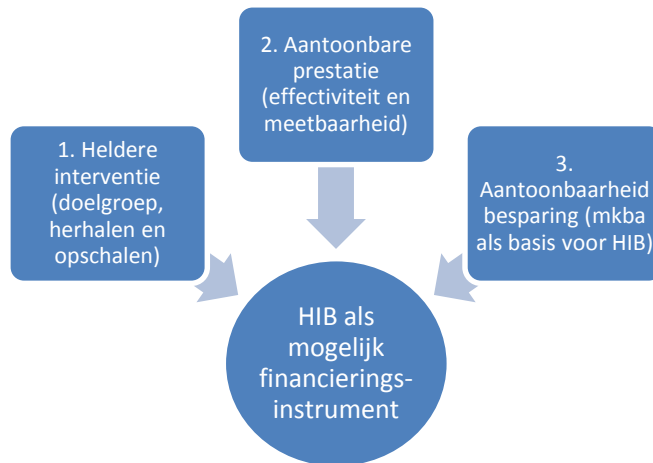
Onderzoekscriteria	Vraagstelling
<b>1. Maatschappelijk vraagstuk</b>	Wat is het vraagstuk?
<b>2. Interventie</b>	<p>Wat is de interventie?</p> <p>Hoe draagt de interventie bij aan het vraagstuk ten aanzien van gezondheid en/of sociale impact?</p> <p>Wat is de prestatie en hoe kan de prestatie worden gemeten?</p> <p>Is opschaling mogelijk?</p>
<b>3. Doelgroep</b>	<p>Voor welke doelgroep is de interventie van toepassing?</p> <p>Wat is het profiel van de doelgroep?</p>
<b>4. Type organisatie, financiële positie en financiële behoefte</b>	<p>Wat voor organisatie is verantwoordelijk voor de interventie?</p> <p>In welke mate is de organisatie subsidieafhankelijk of zelfredzaam?</p> <p>Wat is het track record?</p> <p>Wat is de behoefte van de organisatie? (financiering project, netwerk, opschaling, enz.)</p>
<b>5. Maatschappelijke kosten-batenanalyse</b>	<p>Wat zijn de maatschappelijke baten en voor wie?</p> <p>Wat zijn de kosten?</p>
<b>6. Stakeholders</b>	<p>Welke stakeholders zijn betrokken?</p> <p>Wat is hun belang?</p>
<b>7. Risicomanagement</b>	<p>Wat zijn de risico's van de interventie?</p> <p>Welke mitigerende acties worden toegepast?</p>
<b>8. Investeerders/financiers</b>	Welke potentiële financiers zouden geïnteresseerd kunnen zijn in financiering/investering?

### 3.4 Stap 4. Beoordeling haalbaarheid HIB per project en vaststellen vervolgstappen




De beschrijving van de projecten volgens de criteria uit stap 4 is input geweest voor het daadwerkelijk beoordelen van de haalbaarheid van een HIB als financieringsinstrument voor de desbetreffende projecten, alsmede voor het vaststellen van eventuele vervolgstappen. Dit is gedaan op basis van het toetsen van de projecten aan de hand van de relatie tussen interventie, prestatie en aantoonbaarheid van besparing.



*Figuur 2: Relatie interventie-prestatie-besparing*



Aan de hand van de acht onderzoekscriteria is per project met een stoplichtmodel beoordeeld of het project:

-  Potentie heeft voor een HIB op korte termijn (< 1 jaar);
-  Potentie heeft voor een HIB op middellange termijn (> 1 jaar);
-  Geen potentie heeft/potentie voor een HIB op lange termijn (> 2 jaar).

## 4. Projectbeschrijving

### 4.1 Tinnitus

ZonMw verstrekke tussen 2007 en 2011 een subsidie van € 526.824,- om een nieuwe behandelmethode voor Tinnitus te onderzoeken. Uit dit onderzoek blijkt dat de methode meer resultaat oplevert en kosteneffectiever is dan standaardzorg. De zorginstelling heeft de ambitie om de methode op te schalen in Nederland. In dit hoofdstuk wordt weergegeven wat de haalbaarheid is voor financiering hiervan via een HIB.

#### a. Maatschappelijke kwestie

De ziekte Tinnitus is het (chronisch) onvrijwillig waarnemen van een geluid zonder de aanwezigheid van een externe bron. In Nederland heeft ten minste twee miljoen van de totale bevolking last van een vorm van Tinnitus, waarbij 60.000 mensen zelfs ernstig worden geschaad in hun dagelijkse activiteiten (NIPO, 2002). Deze laatste groep heeft hierdoor onder andere last van concentratie- en slaapproblemen, overgevoeligheid voor geluid en problemen op het werk en/of in de sociale omgeving.

Tinnitus-patiënten ontvangen zorg van diverse hulpverleners, waarbij deze zorg vaak onvoldoende en ongeschikt is (Hoare, Gander, Collins, Smith & Hall, 2010). Met name voor de groep patiënten met ernstige Tinnitus-klachten kan dit psychologische spanning, een verergering van de klachten en een verlenging van de hulp veroorzaken. Door het ontbreken van een bewezen effectieve en uniforme behandeling is Tinnituszorg vaak gefragmentariseerd en duur. Dit brengt een grote belasting op het gezondheidszorgsysteem met zich mee. Daarnaast zorgen de ernstige Tinnitusklachten voor hoge indirecte kosten, zoals kosten door werkverzuim, hulp in huis, aanschaf van apparatuur en/of alternatieve geneeswijzen.

#### b. Interventie

De Tinnitusinterventie bestaat uit een behandelprotocol waarbij elementen uit de Tinnitus Retraining Therapy (TRT) gecombineerd worden. De behandeling is gericht op het 'hertrainen' van het brein in het waarnemen van het Tinnitussignaal. De eerste trap bestaat uit een multidisciplinaire interventie inclusief een groepssessie en een individueel consult met een psycholoog. Indien nodig, krijgt een patiënt via een tweede trap een follow-up programma.

De interventie is vergeleken met een gestandaardiseerde versie van de Tinnitusbehandeling die wordt toegepast in de Nederlandse audiologische centra. Er is gewerkt met een randomized controlled trial in een periode van een jaar met deelname van 492 patiënten. Door middel van deze vergelijking zijn de effectiviteit, de gemaakte gezondheids- en maatschappelijke kosten en de kosteneffectiviteit van de interventie vastgesteld.

De vergelijking laat zien dat de nieuwe zorgvorm effectiever is dan de gebruikelijke zorg die wordt aangeboden. In het onderzoek zijn gemixte regressieanalyses uitgevoerd met behulp van diverse vragenlijsten. Hierbij waren algemene gezondheidstoestand, Tinnitusernst en Tinnitusbelemmering primaire uitkomstmaten en waren de algemene negatieve gemoedstoestand, Tinnitus-gerelateerde vrees en negatieve gedachten de secundaire uitkomstmaten. De resultaten laten significante groepsverschillen zien ten gunste van de nieuwe behandelmethode (gemeten tijdens drie vervolgmetingen verspreid over een jaar).

**c. Doelgroep**

De doelgroep bestaat uit volwassen Tinnituspatiënten die zijn doorverwezen naar het Zorgcentrum Adelante audiologie en communicatie.

**d. Uitvoerder van de interventie en financiële behoefte**

De interventie is uitgevoerd door Zorgcentrum Adelante audiologie en communicatie, onderdeel van Adelante Zorggroep. Adelante heeft de interventie inmiddels volledig geïmplementeerd: sinds 31 december 2012 wordt de gespecialiseerde Tinnituszorg vergoed door de zorgverzekeraars CZ en VGZ voor een looptijd van drie jaar. Deze vergoeding loopt via de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) Beleidsregel Innovatie. Deze beleidsregel houdt in dat Adelante de nieuwe Tinnituszorg kan uitvoeren en evalueren zodat in 2016 de gespecialiseerde zorg mogelijk kan worden geduid door het Zorginstituut Nederland (Adelante Zorggroep Jaarplan 2013). Zorginstituut Nederland zal vervolgens bepalen of vergoeding van de zorg in aanmerking komt voor financiering vanuit de Zorgverzekeringswet.

Daarnaast is Adelante in samenwerking met zorgverzekeraars CZ, VGZ en Achmea een pilot gestart in het Libra Revalidatie & Audiologie in Eindhoven. De financiering van deze pilot loopt ook via de Beleidsregel Innovatie.

Adelante wil de interventie verder opschalen in Nederland. De overige centra zijn geïnteresseerd in de nieuwe methode, maar hebben niet de benodigde expertise voor het uitvoeren van deze methode. Opschaling zou plaats kunnen vinden via een opleiding of cursus voor de audiologische centra waarbij Adelante als docent fungeert. Voor het opschalen van de methode is financiering<sup>3</sup> nodig.

**e. Maatschappelijke kosten-batenanalyse**

Er is een kosteneffectiviteitsanalyse van het Tinnitus-project uitgevoerd, waarin zowel de kosten als de kosteneffectiviteit van de interventie zijn berekend (Maes et al., 2014). Er wordt gewerkt met de QALY als uitkomstmaat; Quality Adjusted life years. De QALY komt overeen met het aantal levensjaren vermenigvuldigd door een correctiefactor voor de kwaliteit van die levensjaren.

In de analyse wordt geconcludeerd dat de nieuwe interventie gemiddeld 0,015 QALY oplevert ten opzichte van de reguliere behandeling. Onderzoeksresultaten geven aanleiding dat deze winst in de tijd sterker toeneemt ten opzichte van reguliere behandeling.

De NICE-richtlijn (National Institute for Health and Care Excellence) geeft aan dat interventies die minder dan \$ 46.453,- kosten, over het algemeen geaccepteerd worden door de samenleving. De Nederlandse Raad voor Volksgezondheid en Gezondheidszorg heeft deze drempel vastgesteld op \$ 99.880,- voor ziekten met een hoge last. De lage score voor de levenskwaliteit van de Tinnituspatiënten in het onderzoek, geven aan dat Tinnitus als een ziekte met een hoge last kan worden beschouwd (Maes et al., 2014). De totale kosten (inclusief maatschappelijke kosten) van deze interventie bedragen \$ 24.580,- per QALY. Dit bedrag is veel lager dan de drempel van \$ 46.453,- en \$ 99.880,- en daarmee als 'kosteneffectief' beschouwd in deze economische benadering.

Uit deze benadering blijkt echter niet expliciet wat de kosten en baten zijn van verschillende partijen.

---

<sup>3</sup> Het is nog niet exact duidelijk hoe hoog de benodigde financiering voor opschaling zal zijn.

## f. Stakeholders

Tabel 6: Voor- en nadelen Stakeholder

Stakeholders	Voordelen	Nadelen
Patiënt (Patiëntenvereniging NVVS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhoogde algemene gezondheidstoestand</li> <li>- Minder belemmering door Tinnitus</li> <li>- Verlaging Tinnitusernst</li> <li>- Verhogen algemene gemoedstoestand</li> <li>- Vermindering negatieve Tinnitusovertuigingen en vrees</li> </ul>	
Zorgverlener (Adelante, Audiologisch Centrum Brabant + overige audiologische centra)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verlenen van aangetoonde effectieve zorg</li> <li>- Uniforme zorgverlening in Nederland, mogelijkheid om van elkaar te leren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expertise en investeringen nodig om nieuwe zorg uit te kunnen voeren</li> </ul>
Werkgever	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder ziekteverzuim, verhoging arbeidsproductiviteit</li> </ul>	
UWV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder ziekteverzuim dus minder ziektewet uitkering</li> </ul>	
Zorgverzekeraar (CZ, Achmea, VGZ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectievere zorg</li> <li>- Minder vraag naar zorg als gevolg van geüniformeerde/gecombineerde behandeling van Tinnitus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directe besparingen nog niet duidelijk</li> </ul>
Gemeenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Door effectievere behandeling: minder druk op indirecte zorg en dus minder druk op Wmo-budget (huishoudelijke zorg)</li> </ul>	
Maatschappij/burgers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De zorg voor Tinnitus is kostbaar: de nieuwe interventie is kosteneffectief, dus minder druk op zorgbudget</li> </ul>	

### Haalbaarheid Health Impact Bond Tinnitus

Zoals beschreven vergoeden de zorgverzekeraars via de NZa Beleidsregel in ieder geval tot aan 2016 de Tinnitus-behandeling uitgevoerd door Adelante Zorggroep en Libra Revalidatie & Audiologie. Op basis van een evaluatie van deze pilots wordt vervolgens door het Zorginstituut Nederland besloten of de nieuwe behandeling onder de Zorgverzekeringswet kan vallen. Het is de wens van Adelante om de interventie via een andere weg al eerder op te schalen waardoor de interventie door meerdere audiologische centra in Nederland uitgevoerd kan worden. De financiering voor deze opschaling ontbreekt op dit moment.

Een voorwaarde voor de uitvoering van een HIB is dat er een link bestaat tussen de interventie en de directe prestatie. De nieuwe Tinnitus-interventie is effectief gebleken ten opzichte van standaardzorg. Echter, een tweede belangrijke voorwaarde is dat de besparingen direct te herleiden zijn. Hoewel de economische analyse aangeeft dat de nieuwe Tinnitusmethode

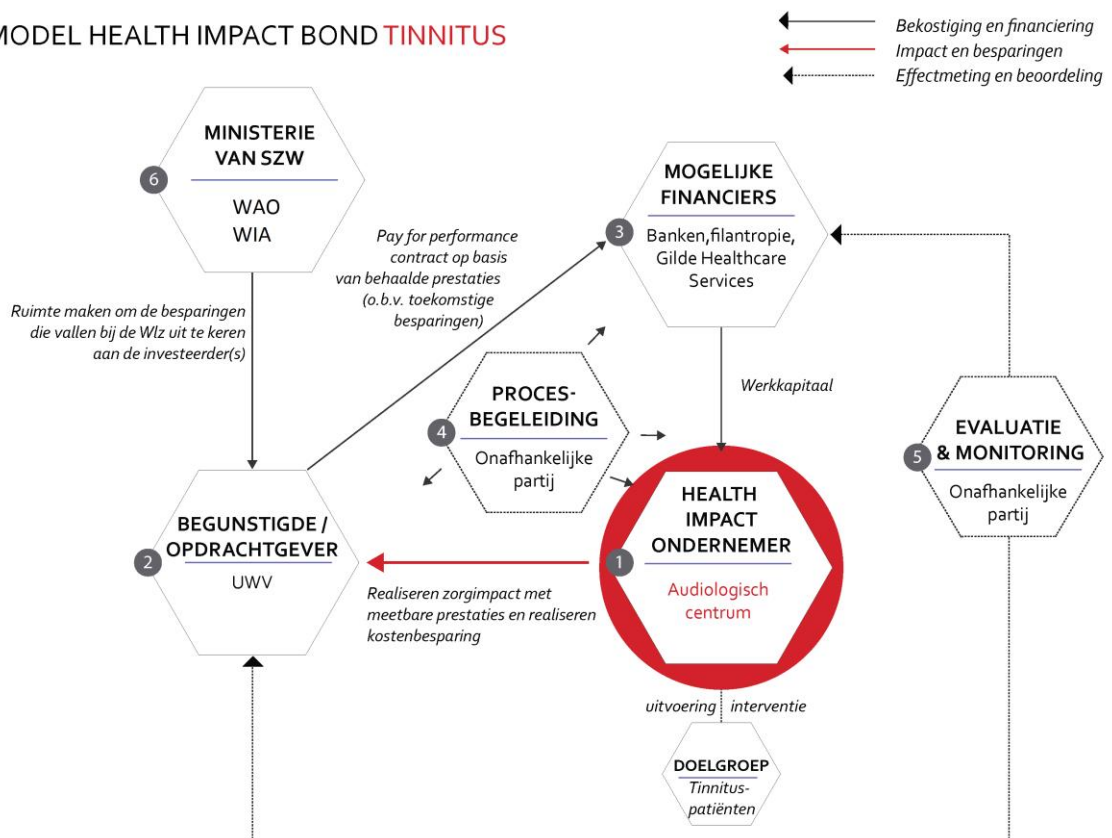
kosteneffectief is, wordt niet duidelijk waar besparingen kunnen vallen. Meer duidelijkheid over de besparingen is nodig om potentiële investeerders te betrekken bij een HIB.

**g. Risico**

Er is specifieke expertise nodig om Tinnitus-interventie uit te kunnen voeren.

Het HIB-model zou er zo uit kunnen zien:

**MODEL HEALTH IMPACT BOND TINNITUS**



Copyright © 2015 Society Impact

In het model van de HIB, heeft de uitvoerende partij een centrale rol. De uitvoerder wordt voorgefinancierd door de investeerder. De uitvoerende partij met betrekking tot Tinnitus is Adelante. Bij opschaling van de interventie bestaat de uitvoerende partij uit de audiologische centra in Nederland.

**h. Mogelijke investeerders**

- Banken;
- Private investeerders;
- Innovatiefonds zorgverzekeraars;
- Gilde Healthcare Services.

**Vervolgstappen**

Het uitwerken van een maatschappelijke kosten-batenanalyse. De resultaten met betrekking tot de kosteneffectiviteit (alsmede effectiviteit van de interventie) kunnen hiervoor input zijn.

### **Haalbaarheid HIB Tinnitus**

De financiering van de interventie loopt op dit moment via de Beleidsregel Innovatie voor de uitvoering in de centra in Tilburg en Eindhoven. Daarna is er een gerede kans dat de behandeling in aanmerking komt voor vergoeding via de Zorgverzekeringswet. De meerwaarde van een HIB richt zich daarom in onze visie op het opschalen van de behandeling in Nederland. Een HIB lijkt potentie te hebben: de interventie is helder en de methode is effectief gebleken. Een belangrijke derde voorwaarde is echter wel dat duidelijk dient te worden gemaakt waar besparingen kunnen vallen.

## 4.2 Rosetta

Het Rosetta-project heeft tussen 1 juni 2009 tot 1 juni 2012 € 1.360.000,- subsidie van ZonMw ontvangen. Doel van het project was om innovatieve ICT-oplossingen te ontwikkelen - en op de markt te brengen - die bijdragen aan de kwaliteit van leven en zelfstandigheid van ouderen.

### a. Maatschappelijke kwestie

In Nederland is de komende jaren sprake van een flinke vergrijzing. De groep ouderen met een progressieve chronische ziekte, zoals alzheimer of parkinson, zal daardoor toenemen. Tegelijkertijd nemen de kosten van gezondheidszorg toe en is een tekort voorzien aan professionele zorgverleners. Als ouderen met een progressieve chronische ziekte langer zelfstandig kunnen blijven, stijgt de kwaliteit van leven en dalen de kosten van de zorg.

### b. Interventie

In 2006 is het Europese Joint Programme Ambient Assisted Living (AAL, een samenwerkingsprogramma van 23 Europese landen en de Europese Commissie) opgezet om innovatieve ICT-oplossingen te ontwikkelen - en op de markt te brengen - die bijdragen aan de kwaliteit van leven en zelfstandigheid van ouderen. Eén van deze oplossingen is het Rosetta-project. Het project is geïnitieerd door TNO (in samenwerking met het VU Medisch Centrum, Eaton Electric, Vilans en het Telematica Instituut) en heeft tussen 1 juni 2009 en 1 juni 2012 € 1.360.000,- subsidie van ZonMw ontvangen.

Rosetta is een innovatief geïntegreerd systeem ontwikkeld voor preventie en management van problemen die kunnen optreden bij ouderen als resultaat van chronische en progressieve aandoeningen zoals alzheimer en parkinson. Drie systemen monitoren de activiteiten van een cliënt met meerdere, verschillende sensoren. Rosetta bestaat uit drie deelsystemen:

1. Het AAPS/UAS systeem (Advanced Awareness and Prevention Service/Unattended Autonomous Surveillance) is gericht op ouderen met dementie in een vergevorderde fase. Het systeem genereert een alarm bij een onverwachte of afwijkende (in)activiteit, waarbij het alarm wordt doorgeleid naar een zorgverlener.
2. Het EDS systeem (Early Detection System) monitort gedrag en genereert een waarschuwing bij lange termijn-veranderingen in het dagelijks leefpatroon. De waarschuwing wordt doorgeleid naar een zorgverlener. Het is gericht op het verminderen van de periode tussen escalatie en intramurale opname.
3. Het EDN (Elderly Day Navigator) computersysteem is gericht op ouderen met beginnende dementie en tracht de dagstructuur te verbeteren door de oudere thuis gebruik te laten maken van een tablet met ondersteunende apps.

Binnen het project is een pilot gehouden met het prototype van het Rosetta-systeem in Nederland, Duitsland en België. De proefpersonen bestonden uit zelfstandig wonende personen met milde cognitieve beperkingen of dementie (42 personen) en betrokken mantelzorgers en/of professionele zorgverleners uit de drie landen (24 personen). De eindgebruikers- en ethische evaluatie van het systeem werd uitgevoerd door het VU Medisch Centrum. De proefpersonen beschouwden het Rosetta-systeem als een nuttig systeem en voelden dat Rosetta inderdaad een persoon meer dagstructuur en meer gevoel van veiligheid en zekerheid kan geven, minder last voor de mantelzorgers geeft en het mogelijk maakt om langer zelfstandig in eigen woning te blijven wonen.

**c. Doelgroep**

Zelfstandig wonende personen met milde cognitieve beperkingen (bijvoorbeeld parkinson) of dementie, die mogelijk ondersteund worden door mantelzorgers en professionele zorgverleners.

**d. Uitvoerder van de interventie en financiële behoefte**

Rosetta als project is afgerond:

- het systeem EDS wordt op dit moment door het Duitse Fraunhofer en twee partners ontwikkeld en vermarkt;
- het EDN-systeem werd doorontwikkeld onder leiding van het Telematica Instituut. De voortgang hiervan ligt stil (het Telematica Instituut is in 2014 failliet gegaan);
- het UAS-systeem wordt door Dutch Domotics vermarkt. Het systeem is inmiddels aan 15 zorginstellingen verkocht.

Binnen dit onderzoek richten we ons op Dutch Domotics; de organisatie die UAS in Nederland op de markt heeft gebracht. Dit is gerealiseerd met behulp van de volgende investeerders:

- vijf founders/angels (via Holding - Applied Radar Technology);
- één professional investor (Van Herk Ventures, via Holding Applied Radar Technology);
- drie personen (hoofdelijk) die nu het management vormen.

Een HIB om de UAS-interventie op te schalen of verder te onderzoeken is niet noodzakelijk; Dutch Domotics/UAS hebben zich immers bewezen op de markt. Dat is anders voor een nieuwe toepassing op de grens tussen UAS en EDS: Sensara. Sensara is ontwikkeld door Sensara B.V., een dochteronderneming van Dutch Domotics. Sensara is een monitoringsysteem met als doel om gedrag op afstand te monitoren via smart sensing. Dankzij de combinatie van geavanceerde sensoren in huis met het gemak van een smartphone-app, kan er zicht gehouden worden op een alleenwonende cliënt.

De inschatting is dat met Sensara baten te realiseren zijn vergelijkbaar met UAS voor instellingen en gebruikers. Daarnaast wordt er een grote hoeveelheid data verzameld gedurende een bepaalde periode: op basis hiervan kunnen gemeenten en instellingen de zorgvraag beter voorspellen. Het beter kunnen voorspellen van de vraag kan leiden tot effectievere en uiteindelijk doelmatigere zorg. Gemeenten (verantwoordelijk voor de Wmo) en in het verlengde daarvan zorgverzekeraars en het ministerie kunnen met een dergelijk product dus (zorg)geld besparen.

Een mkba voor dit project is er (nog) niet. Maar gebaseerd op de business case van UAS is de veronderstelling dat ook dit systeem een positieve business case heeft. Het met dit product werkelijk kunnen realiseren van maatschappelijke baten stelt nadere eisen aan bijvoorbeeld de schaal waarop Sensara gebruikt gaat worden en de mate waarin de relatie tussen interventie en preventie kan worden aangetoond.

Voor Dutch Domotics, als kleine ondernemer, blijkt het lastig om dit nieuwe product zelfstandig verder te vercommercialiseren. Dutch Domotics is daarom gebaat bij financiering van het (verder) onderzoeken naar wat er nodig is om het gebruik van Sensara op te kunnen schalen. Er zijn wel al gesprekken met investeerders.



**e. Maatschappelijke kosten-batenanalyse**

Binnen het Rosetta-project is een mkba ontwikkeld. Het maatschappelijke voordeel van de toepassing van een UAS+EDS-configuratie van het Rosetta-systeem wordt hierin geschat op € 15.000,- per systeem over een exploitatieperiode van zeven jaar<sup>4</sup>. Dit betreft in feite de voorloper van Sensara.

Er is ook een business case gemaakt van UAS (dus een deel van Rosetta). Op basis van die case wordt duidelijk dat het voordeel bestaat uit:

- uitstel van verpleeghuisopname;
- minder bezoeken door minder valse meldingen;
- geen bemenste centrale voor personenalarmering nodig.

Om een HIB te realiseren is een nadere uitwerking nodig van de maatschappelijke kosten en baten.

**f. Stakeholders**

*Tabel 7: Voor- en nadelen Stakeholder*

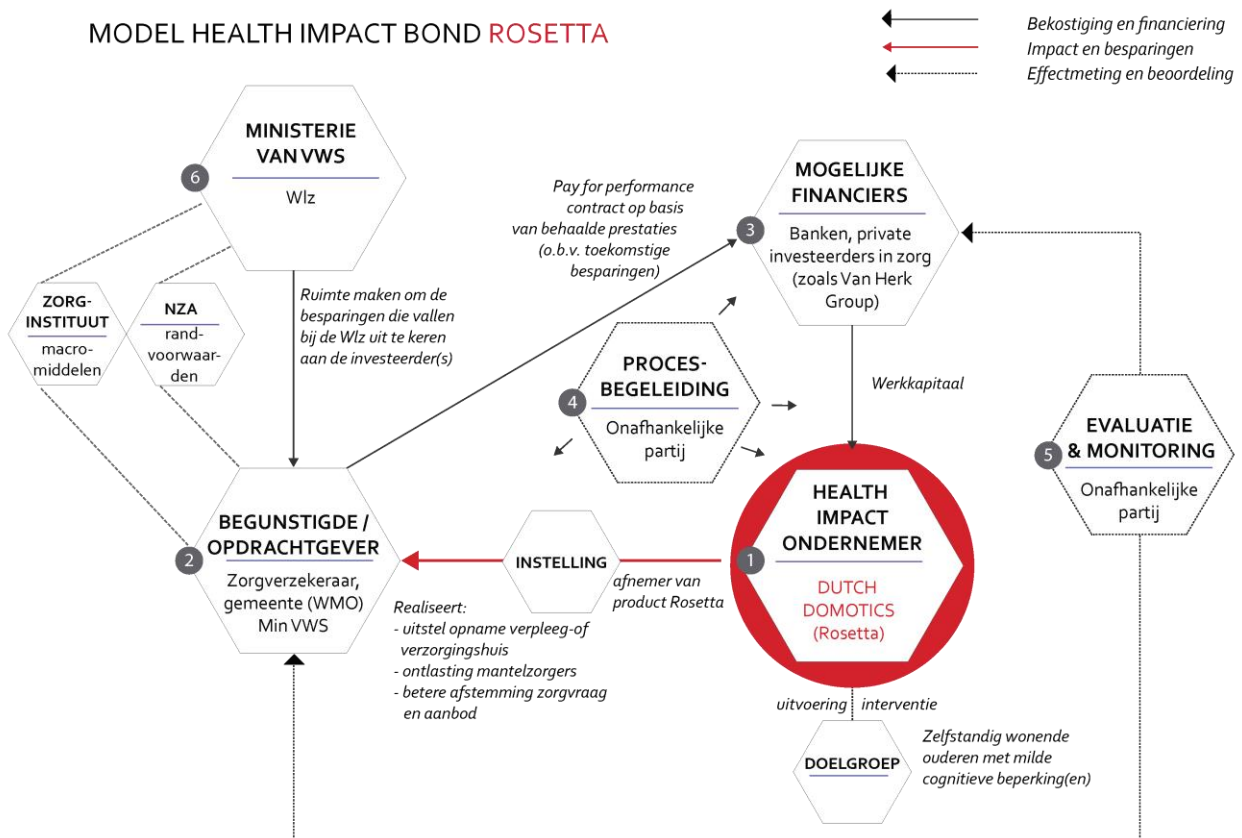
Stakeholders	Voordelen	Nadelen
Patiënt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Langer zelfstandig thuis wonen</li> <li>- Meer structuur in de dag</li> <li>- Minder (mantel)zorg nodig</li> <li>- Monitoring op afstand</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet elke oudere is in staat om te gaan met zorg gebaseerd op nieuwe technologie</li> </ul>
Zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besparingen door minder valse meldingen</li> <li>- Betere voorspelbaarheid van de zorgvraag (als gevolg van data-analyse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minder inkomsten door uitstel van de vraag</li> <li>- Minder inkomsten doordat mensen langer zelfstandig thuis blijven wonen</li> <li>- (Bovenstaande nadelen gelden op de korte termijn. Op de langere termijn nemen we aan dat de organisatie/het verdienmodel zich aanpast)</li> </ul>
Zorgverzekeraar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investeren in 'zorg van de toekomst' (ICT)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoge investeringskosten</li> </ul>
Maatschappij/burgers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Druk op mantelzorg neemt af</li> <li>- Zorgkosten voor deze specifieke groep dalen</li> </ul>	

<sup>4</sup> In het kader van dit onderzoek hebben we geen nadere onderbouwing van dit bedrag ontvangen.

### Haalbaarheid Health Impact Bond

Zoals aangegeven is UAS al vermarkt en ten aanzien van Sensara zijn er al gesprekken met investeerders. Dus ook zonder HIB lukt het mogelijk om deze interventie in te zetten: er bestaat een markt. Om die reden is de vraag wat de meerwaarde kan zijn van een HIB, waarmee beoogde besparingen als rendement worden uitgekeerd aan investeerders.

Hieronder staat de basisvariant in een schema.



Copyright © 2015 Society Impact

In onze visie kan een HIB helpen met opschalen, en zo de maatschappelijke opbrengst van Sensara verhogen. In deze variant zullen de budgethouders (verzekeraar en gemeente) op basis van gerealiseerde besparingen rendement uitkeren aan de investeerders.

De instellingen worden in deze variant niet direct beloond voor besparingen. Een variant kan zijn om het tarief dat Dutch Domotics hanteert, te corrigeren voor besparingen. Besparingen worden dan door gemeente en verzekeraars uitgekeerd - via de financier - aan Dutch Domotics. De instellingen hoeven op deze manier minder te betalen voor het systeem dat ze aankopen. De besparingen worden dus rechtstreeks uitgekeerd aan de verkoper van het systeem (Dutch Domotics) en deze corrigeert zijn prijs ten gunste van de instellingen. Een andere variant is dat een deel van de besparingen wordt uitgekeerd aan instellingen.

Deze varianten vragen wel een complexe(re) verdeelsleutel van het rendement. Want ook de financiers zullen in deze varianten een deel van het rendement moeten ontvangen.

In alle varianten is een voorwaarde dat voor gemeenten en zorgverzekeraars duidelijk wordt welke minderkosten ze kunnen verwachten als gevolg van Sensara, alsmede dat deze besparingen worden aangewend als rendement voor financiers. Op deze manier kan een HIB in onze visie helpen om de 'verkeerde prikkels' in het zorgsysteem te compenseren, door besparingen direct of indirect aan de instelling uit te keren.

**g. Risico's**

De prikkels in de zorg zijn gebaseerd op (zorg)handelingen. Op het moment dat deze handelingen worden voorkomen of minder worden heeft dit financiële consequenties voor zorginstellingen.

**h. Mogelijke investeerders**

Banken, private investeerders in ICT, zorg, domotica (zoals applied radar technology, Van Herk Group, GreenPeak technologies).

**Vervolgstappen**

- Het aantonen van de effectiviteit van de Sensara-interventie;
- het uitwerken van een mkba waarbij de kosten en baten inzichtelijk worden gemaakt.

**Haalbaarheid HIB Rosetta**

Dutch Domotics heeft investeerders gevonden voor UAS en is in gesprek met investeerders om ook Sensara op de markt te zetten. Voor de opstart van de interventie Sensara is een HIB niet noodzakelijk. Tegelijkertijd worden er maatschappelijke opbrengsten gerealiseerd. Via het principe van de HIB, namelijk het te gelde maken van besparingen, kan een verdere opschaling worden ondersteund. Tevens kunnen instellingen via een HIB worden gecompenseerd voor 'verkeerde prikkels' in het systeem. Voor de toepassing van een HIB is het wel noodzakelijk dat de effectiviteit van Sensara wordt aangetoond en is een uitwerking van een maatschappelijke business case met inzichten in de kosten en baten een voorwaarde.

### 4.3 *SamenOud*

ZonMw verstrekt in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg een subsidie voor drie jaar om de effecten en kosten van het SamenOud-programma te onderzoeken. In dit hoofdstuk wordt weergegeven wat de haalbaarheid is voor een HIB-financiering voor opschaling van SamenOud.

#### a. **Maatschappelijke kwestie**

Naarmate mensen ouder worden, hebben zij steeds meer hulp nodig in hun dagelijkse leven. Verschillende instanties verlenen deze hulp, maar die werken lang niet altijd goed samen: een oudere (en de naaste omgeving) kan hierdoor gemakkelijk het overzicht verliezen. Dit is niet goed voor het welbevinden, de gezondheid en de zelfstandigheid van de oudere, met als gevolg vaker opnames in het ziekenhuis, meer thuiszorg en als dat niet voldoende meer is: het verpleeghuis.

De overheid wil de kwaliteit van ouderenzorg verbeteren, maar wil dit ook met minder kosten realiseren. Om de zorgkosten te beperken, wil zij inzetten op het vergroten van de zelfredzaamheid van ouderen, waardoor zij langer in staat zijn om thuis te wonen en zelf regie te voeren over hun leven. Het huidige zorgstelsel is hier echter niet voldoende op voorbereid: dit is vooral ingericht op het oplossen van acute en kortdurende gezondheidsproblemen.

#### b. **Interventie**

Onderzoekers van het SamenOud-instituut (onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Groningen) hebben in 2010 een nieuw model ontwikkeld voor samenhangende ouderenzorg: SamenOud. Het doel van SamenOud is het in stand houden of bevorderen van het welbevinden en de zelfredzaamheid van ouderen zodat zij zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. SamenOud is gebaseerd op twee effectief gebleken zorgmodellen:

1. het Chronic Care Model verbindt zorgorganisaties met maatschappelijke organisaties en biedt een basis voor samenhangende, preventieve en proactieve zorg;
2. de Kaiser Permanente Triangle is een Population Health Management-model voor het samenstellen van profielgroepen op basis van screeningsgegevens.

Het SamenOud-model bestaat uit twee onderdelen: het jaarlijks in kaart brengen van de huidige situatie van een oudere op basis van profielgroepen en, indien nodig, het bieden van hulp en begeleiding door een casemanager (wijkverpleegkundige of ouderenadviseur) en het Ouderenzorg Team. Daarnaast krijgen ouderen het 'zelfmanagement support en preventieprogramma' aangeboden dat gericht is op het voeren van de eigen regie en zo lang mogelijk gezond en zelfredzaam blijven. Door structurele contacten wordt het mogelijk vroegtijdig veranderingen in gezondheidssituaties te signaleren zodat vroegtijdig ingrijpen mogelijk wordt en escalatie voorkomen kan worden.

Het model SamenOud is in 2013 als pilot uitgevoerd en geëvalueerd. Er is gewerkt met een randomized controlled trial met deelname van zo'n 1.500 ouderen, verdeeld over gebruikelijke zorg en SamenOud-zorg. Er deden 15 huisartspraktijken in de gemeenten Stadskanaal, Veendam en Pekela mee. Beide groepen hebben een jaar lang zorg en begeleiding ontvangen en hebben bij de start en het einde van deze zorg een vragenlijst ingevuld. Op basis van deze lijsten (alsmede vragenlijsten ingevuld door mantelzorgers en professionals en informatie uit het Electronic Elderly Record System), bleek dat ouderen na één jaar SamenOud-zorg minder gezondheidsproblemen ervaren en problemen als minder ernstig beleven, ondanks dat de gezondheidstoestand van deze ouderen vergelijkbaar blijft

met die van ouderen die de gebruikelijke zorg kregen. SamenOud heeft daarnaast een duidelijk effect op de ervaren kwaliteit van zorg. De kwaliteit van zorg door de ouderen in de 'SamenOud-groep' werd als beter ervaren in vergelijking met de groep ouderen die de gebruikelijke zorg kreeg. Dit was het geval voor de SamenOud-groep als geheel, maar voornamelijk voor de ouderen met het profiel Kwetsbaar.

**c. Doelgroep**

Alle ouderen van 75 jaar en ouder die thuis wonen. Dit kan variëren van gezonde ouderen tot en met ouderen met complexe zorgbehoeften. Het SamenOud-model is preventief en proactief van aard, waardoor de groep ouderen zich niet beperkt tot een bepaalde groep.

**d. Uitvoerder van de interventie en financiële behoefte**

Het SamenOud-model is ontwikkeld en opgezet door het SamenOud-instituut, onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).

Op basis van de eerste resultaten van SamenOud hebben Zorgverzekeraar Menzis en de drie deelnemende gemeenten op 26 september 2013 de intentie uitgesproken te streven naar een integrale financiële borging van SamenOud. Hiertoe hebben zorgverzekeraar Menzis en Zorggroep Meander een aanvraag ingediend voor de NZa Beleidsregel Innovatie voor de Zorgverzekeringswet. Deze aanvraag is goedgekeurd: SamenOud kan in Oost-Groningen doorgaan tot juli 2017. Op dit moment is een samenwerkingsverband betrokken bij de zorg in de drie gemeenten Pekela, Stadskanaal en Veendam. Zorggroep Meander heeft hierin de leidende rol. Daarnaast is SamenOud in Drenthe gestart met 12 huisartspraktijken en ongeveer 1400 ouderen.

Er is door het UMCG een business case ontwikkeld om in een periode van vijf jaar op te kunnen schalen naar 450 huisartsenpraktijken in Nederland die SamenOud-zorg verlenen. Op dit moment zijn er 27 praktijken in Groningen en Drenthe die SamenOud-zorg verlenen. Het is de wens van UMCG om het SamenOud-model op te schalen in Nederland. Dit is noodzakelijk om als SamenOud-instituut te kunnen blijven voortbestaan. Op dit moment worden er verkennende gesprekken gehouden met huisartsen in het hele land. Er is veel behoefte aan financiering om de business case daadwerkelijk te kunnen implementeren. Het SamenOud-instituut voert op dit moment gesprekken met investeerders, maar dit betreft vooral ICT-investeringen. Het instituut is daarnaast hard op zoek naar financiering via zorgverzekeraars of andere investeerders. De gedachte is dat als er meerdere zorgverzekeraars zijn die willen starten met het financieren van het SamenOud-model, dit bijdraagt aan het 'overtuigen' van de overheid om SamenOud op te nemen in de basiszorgverzekering.

**e. Maatschappelijke kosten-batenanalyse**

In juni 2013 is een prognose van een business case van SamenOud opgesteld die laat zien dat de gemiddelde kosten per persoon per profielgroep variëren van € 68,- (robuust), € 1.365,- (kwetsbaar) tot € 1.937,- (complex)<sup>5</sup>. De interventie SamenOud kost gemiddeld € 649,- per persoon per jaar (Uittenbroek, 2013). Op basis van een vergelijking van de gemiddelde kosten per persoon per profielgroep vóór SamenOud en de verwachte SamenOud-kosten per profielgroep per persoon, is het aannemelijk dat SamenOud een besparing kan opleveren van gemiddeld € 274,- per persoon per jaar (€ 169,- robuust, € 285,- kwetsbaar en € 599,- complex). Verwacht wordt dat de meeste besparingen kunnen worden gemaakt vanuit de Zorgverzekeringswet en de Wmo. Daarbij worden besparingen gerealiseerd door substitutie van zorg binnen een instelling naar de thuissituatie, door het meer inzetten van mantelzorgers en informele netwerken en door het stoppen of voorkomen van onnodige

<sup>5</sup> De kenmerken per profiel zijn vertaald naar het aantal benodigde uren zorg en begeleiding per deelnemende oudere per jaar.

zorg en behandelingen. Tegelijkertijd kunnen mogelijk extra kosten door gemeenten worden gemaakt door ondersteunende acties in de thuissituatie zoals aanpassingen in huis en inzet van verpleging en verzorging thuis.

Na afloop van de interventiefase is het daadwerkelijke effect van SamenOud op de kosten onderzocht: SamenOud bleek nog geen besparing te hebben opgeleverd. De toename in de totale kosten voor de zorgverzekering, zorgkantoor en gemeente (via de Wmo) in de SamenOud-groep is na één jaar SamenOud gelijk aan de toename in de groep die de gebruikelijke zorg ontvangt (rekening gehouden met de kosten voor SamenOud). Waarschijnlijk is een jaar te kort om een effect op de kosten te kunnen aantonen. Wel is er al sprake van doelmatige zorg: meer kwaliteit voor dezelfde kosten.

#### f. Stakeholders

Tabel 8: Voor- en nadelen Stakeholders

Stakeholders	Voordelen	Nadelen
Patiënt (+ ouderenbonden)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verhoogd welbevinden</li> <li>- Hogere ervaren kwaliteit van zorg</li> <li>- Gevoel van geborgenheid en veiligheid en meer eigen regie over hun leven</li> </ul>	
SamenOud-instituut (UMCG)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Financiering voor onderzoek en ontwikkeling model nodig</li> </ul>
Zorgverleners		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Andere manier van werken invoeren: meer gericht op preventie</li> </ul>
Zorgverzekeraars	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het mogelijk voorkomen van intramurale zorg en daarmee kostenbesparing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nog geen besparingen zichtbaar</li> </ul>
Maatschappij/burgers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verminderen voor omgeving van doelgroep</li> <li>- Meer kosten door langer thuiswonende ouderen</li> </ul>	

#### Haalbaarheid Health Impact Bond SamenOud

Het SamenOud-instituut is op zoek naar financiers om het SamenOud-model in een korte periode op te kunnen schalen in Nederland. Zoals beschreven wordt SamenOud via de NZa Beleidsregel in ieder geval tot aan 2016 in Groningen en Drenthe gefinancierd. Op basis van een evaluatie van deze pilots wordt vervolgens door het Zorginstituut Nederland besloten of SamenOud onder de Zorgverzekeringswet kan vallen.

Op basis een de business case SamenOud werd er verwacht dat het SamenOud-model een besparing op zou leveren, deze besparing is echter (nog) niet aangetoond. Het zal hierdoor een uitdaging zijn om investeerders bij de HIB te betrekken. De (nog) niet aangetoonde besparing kan mogelijk veroorzaakt worden door de nog korte looptijd van het project. Hierdoor is de mogelijkheid voor een HIB zeer beperkt.

In het model van de HIB, heeft de uitvoerende partij een centrale rol. De uitvoerder wordt voorgefinancierd door de investeerder. De uitvoerende partij met betrekking tot SamenOud is een samenwerkingsverband van diverse zorgverleners, waarbij de huisartsenpraktijk een centrale rol inneemt.

**g. Risico's**

De beoogde besparing van de interventie is nog niet aangetoond.

**h. Mogelijke investeerders**

- Innovatiefonds zorgverzekeraars;
- VSB Fonds, Skan Fonds;
- Gilde Healthcare Services;
- Stichting Else;
- pensioenfondsen;
- banken.

***Vervolgstappen***

Gezien het project tot aan 2016 loopt, kan de kosteneffectiviteit op langere termijn mogelijk nogmaals gemeten worden. Mocht hieruit een besparing blijken, dan kan alsnog nagedacht worden over financiering via een HIB. Tegelijkertijd moet er rekening worden gehouden met dat de lopende financiering via de NZa Beleidsregel Innovatie in 2016 afloopt: mogelijk wordt de zorg op basis hiervan in de toekomst vergoed via de Zorgverzekeringswet.

**Haalbaarheid HIB SamenOud**

Het opschalen op basis van een HIB-financiering is op dit moment voor het project SamenOud niet realistisch. De belangrijkste reden is dat de besparing die uit de interventie moet volgen, (nog) niet kan worden aangetoond. Mogelijk is een HIB-financiering op termijn een optie, wanneer uit de evaluatie van de huidige SamenOud-projecten in Groningen en Drenthe een besparing kan worden aangetoond

## 4.4 Luchtbrug

ZonMw verstrekt een subsidie voor 2015 voor een implementatiestudie van de Luchtbrug - een virtuele astmakliniek. 12-16 ziekenhuizen zullen de Luchtbrug implementeren. Einde jaar zal er een effectanalyse plaatsvinden. Om bij positief resultaat de financiering van deze interventie in de toekomst mogelijk te maken, is er onderzocht wat de haalbaarheid is voor een HIB voor de Luchtbrug.

### a. Maatschappelijk vraagstuk

Astma is de meest voorkomende chronische ziekte onder kinderen. In Nederland is de prevalentie onder kinderen +/- 115.000 (RIVM, 2011). De behandelmethode is gericht op het bereiken van 'astmacontrole': een zo normaal mogelijk leven, zo min mogelijk astma-aanvallen (exacerbaties) en het vermijden van ziekenhuisopnamen. Bij veel chronisch zieken speelt zelfmanagement een belangrijke rol. Astma is daarvan een goed voorbeeld: dagelijkse inname van medicatie, het accepteren van leefregels, tijdige onderkenning/herkenning van klachten, handelen volgens een individueel behandelplan en relatief frequent contact met het behandelteam. Dit maakt dat astmazorg zich goed leent voor zorg op afstand. Echter, in de huidige praktijk bestaat astmazorg veelal uit periodieke controles in het ziekenhuis.

### b. Interventie

De Luchtbrug is een interventie die aansluit bij de behoeften van patiënten om meer zelfregie te hebben over de behandeling van hun ziekte. De Luchtbrug is een virtuele astmakliniek om reguliere controlebezoeken te vervangen door online monitoring. Met ondersteuning van het Longfonds en het Innovatiefonds zorgverzekeraars, werd er in 2011-2014 een gerandomiseerd multicenter trail bij 201 kinderen (6-16 jaar) met astma gedurende 16 maanden onderzocht. De voorlopige resultaten tonen aan dat astmacontrole door middel van de Luchtbrug als vervanging kan dienen voor 30-35% van de reguliere polikliniekonderzoeken<sup>6</sup>. Als door de Luchtbrug de herhaalfactor DBC Astma omlaag gaat, dan kunnen zorgkosten worden bespaard. In het voorjaar zullen meer resultaten bekend zijn. De positieve resultaten en de feedback van zorgverleners en patiënten maken dat er behoefte bestaat aan implementatie van de Luchtbrug in de reguliere astmazorg voor kinderen. Deze implementatiestudie voor 12-16 ziekenhuizen wordt door ZonMw gefinancierd voor 2015.

### c. Doelgroep

De implementatiestudie is gericht op astmapatiënten tussen de 6 en 16 jaar.

<sup>6</sup> Toelichting, dr. J. Roukema, kinderarts en projectleider Luchtbrug



#### d. Voor- en nadelen Stakeholder - interventie Luchtbrug

Tabel 9: Voor- en nadelen Stakeholder

Stakeholders	Voordelen	Nadelen
Patiënt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30-35% minder ziekenhuisbezoek</li> <li>- Minder schoolverzuim</li> <li>- Minder werkverzuim van begeleidende ouders</li> <li>- Minder reiskosten</li> <li>- Toenemende zelfredzaamheid kan bovendien leiden tot reductie in het aantal astma-exacerbaties en derhalve tot een toename van kwaliteit van leven</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De voorlopige resultaten van het onderzoek laten zien dat er geen verschil is tussen reguliere astmazorg en de astmazorg via Luchtbrug ten aanzien van de gemiddelde longfunctie, astmacontrole en kwaliteit van leven</li> </ul>
Zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afname routine controlebezoek, leidt tot besparing in werklast van artsen en werkdruk op de polikliniek</li> <li>- Door de online monitoring kan een gespecialiseerde verpleegkundige de zorg verlenen in plaats van de arts</li> <li>- Er wordt ruimte geboden in taakherschikking</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het ziekenhuis ontvangt minder inkomsten van de zorgverzekeraar door afname controle bezoeken</li> </ul>
Zorgverzekeraar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vervanging van reguliere zorg naar onlinezorg kan directe besparingen realiseren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Directe besparingen moeten inzichtelijk worden gemaakt</li> <li>- Het ontwikkelen van e-health vraagt om hoge investeringen en onderzoek waaruit blijkt dat e-health reguliere zorg kan vervangen, is schaars</li> </ul>
Maatschappij/burgers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De zorg voor astma is kostbaar. Dit levert directe besparingen op.</li> <li>- Afname werkverzuim door ouders levert extra inkomsten op</li> <li>- Betere astmacontrole bevordert de zelfredzaamheid van patiënten</li> <li>- Deze behandelmethodes kan ook relevant zijn voor andere chronische ziekten</li> </ul>	

#### Health Impact Bond Luchtbrug

De Luchtbrug voldoet aan een aantal eisen om een HIB mogelijk te maken. Zo is er een duidelijk verband tussen de interventie van de Luchtbrug en de directe prestatie - het vervangen van controlebezoeken. Tevens is er een aantal indirecte prestaties te benoemen zoals hierboven is weergegeven. Voor het direct herleiden van de besparingen, nemen we de afname van de controlebezoeken als uitgangspunt. Om dit vast te kunnen stellen kan een indicator zijn: een daling in de herhaalfactor DBC.

**e. Uitvoerder**

In het model van de Social Impact Bond, heeft de sociaal ondernemer een centrale rol. Zij/hij is de uitvoerder die wordt gefinancierd door de private investeerder/fonds of bank. De uitvoerende partij met betrekking tot de Luchtbrug is het ziekenhuis. De Luchtbrug is zelf geen aparte organisatie. In dit geval wordt het ziekenhuis dan eventueel voorgefinancierd door een investeerder. De vraag is of dat wenselijk is en in hoeverre dit innovatief is. Leidend is dat er wel degelijk een financieringsbehoefte is voor een ziekenhuis om de interventie van de Luchtbrug toe te passen. Tegelijkertijd is het een kans om prestatieafspraken te maken met verzekeraars, die lopen geen risico als de prestatie niet behaald is.

**f. Maatschappelijke kosten-batenanalyse**

Een eerste stap is het inzichtelijk maken van de kosten en baten.

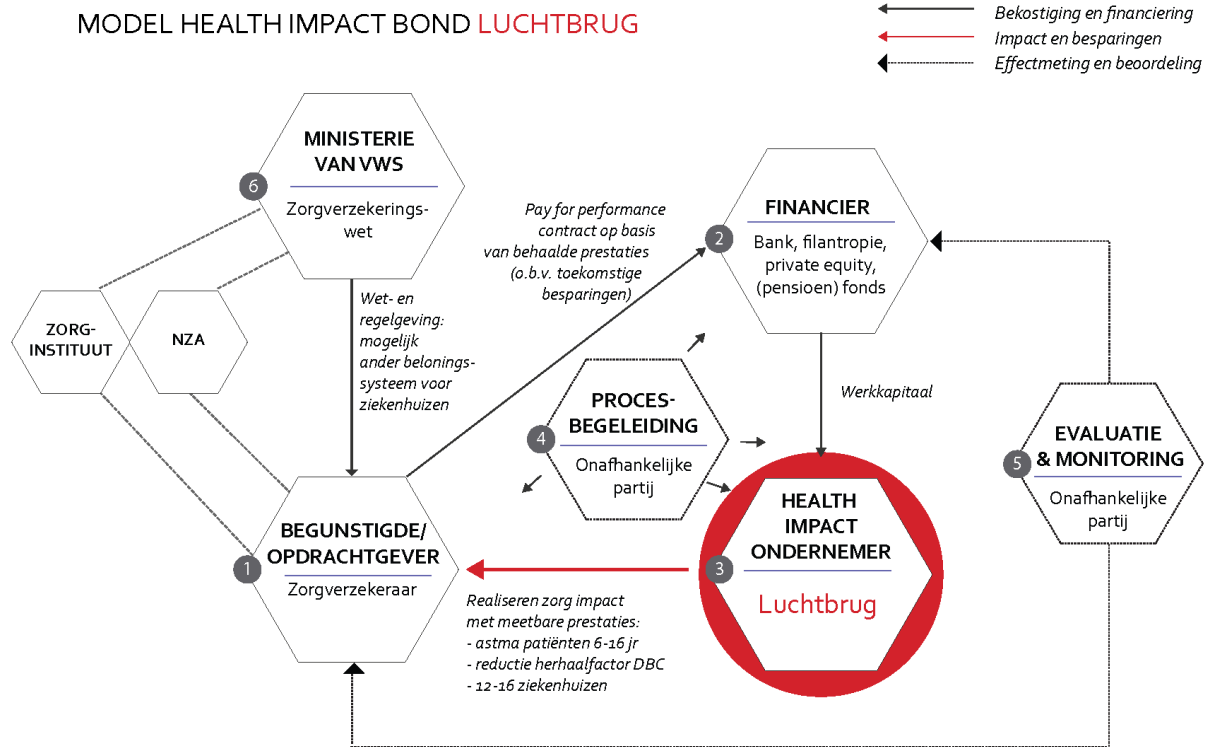
1. kosten interventie (zie hieronder);
2. kosten regulier ziekenhuisbezoek (nader te onderzoeken);
3. baten (afhankelijk van de DBC indicatie);
4. positief/negatief resultaat.

*Kostenoverzicht interventie op basis van de projectbegroting voor twee jaar in euro*

Website (Uitbreiding, onderhoud, hosting, licenties)	70.000,-
Personeel (0,2 fte kinderarts voor drie maanden, 0,1 fte voor negen maanden)	33.532,-
Postdoc IQ healthcare, analyse	10.500,-
Reiskosten	2.000,-
<b>Totaal</b>	<b>116.032,-</b>

Er zijn meer gegevens nodig om de mkba verder te kunnen bepalen. Deze informatie is beschikbaar in de zomer.

Het model zou er zo uit kunnen zien:



Copyright © 2015 Society Impact

**g. Risico's**

Mogelijke risico's van de interventie zijn dat er door online monitoring een afstand ontstaat tussen de patiënt en zorgverlener en de diagnose/behandeling minder goed kan worden ingeschat dan bij reguliere bezoeken. (Dit is uit trial niet gebleken; sterker nog, drempel om contact te leggen wordt juist als lager ervaren)

**h. Mogelijke investeerders**

Pensioenfondsen, Fonds Nuts Ohra, het Longfonds, het Innovatiefonds zorgverzekeraars (laatste twee zijn subsidieverstrekking van het project).

**Vervolgstappen**

- Het vaststellen benchmark interventie ten aanzien van de daling van de herhaalfactor DBC Astma, per DBC en zorgverzekeraar gespecificeerd.
- Inzicht krijgen in het aantal patiënten dat in de 12-16 ziekenhuizen via de Luchtbrug behandeld kunnen worden.
- Inzicht in de resultaten van het door de Radboud Universiteit uitgevoerde onderzoek naar kosteneffectiviteit (verwachting zomer 2015).

### **Haalbaarheid HIB Luchtbrug**

Er is een gereede kans om een HIB voor de Luchtbrug te realiseren, omdat er een duidelijk verband is tussen de interventie, de prestatie en besparingen. Er is reeds aangetoond dat er 30-35% minder controlebezoeken nodig zijn in het ziekenhuis. Zorgverzekeraars besparen op het aantal uit te keren DBC aanvragen. Een vervolgstap is om een totale begroting op te stellen voor implementatie in de toekomst en vast te stellen wat de benchmark kan zijn.

## 4.5 Halt! U valt

ZonMw verstrekte een subsidie voor implementatie van 'Halt! U valt' voor onder andere Carintreggeland, GGD Gelre-IJssel en GGD West-Brabant. In het geval van GGD Gelre-IJssel is aangegeven dat er vanuit kostenoverweging is gestopt met het implementeren van de aanpak. Een fte was nodig om de preventieve aanpak door te voeren. Om ervoor te zorgen dat 'Halt! U valt' ook in de toekomst kan worden geïmplementeerd en kan worden opgeschaald, is er onderzocht wat de haalbaarheid is van een HIB.

### a. Maatschappelijk vraagstuk

Een valongeval is de meest voorkomende oorzaak voor letsel bij ouderen van boven de 65 en vormt een ernstig maatschappelijk probleem. Ongeveer een derde van de zelfstandig wonende ouderen van boven de 65 valt minstens één keer per jaar (RIVM, 2015). Jaarlijks bezoeken 80.000 ouderen de spoedeisende hulp na een val en de verwachting is dat dit aantal door de vergrijzing in 2030 zal oplopen tot 130.000. Gemiddeld zijn de directe medische kosten na opname in het ziekenhuis € 9.100,-. De totale kosten van directe medische zorg voor 65+ naar aanleiding van een val bedroeg in 2013 € 780 miljoen en zal naar verwachting in 2030 € 1,3 miljard bedragen (VeiligheidNL, 2014).

Van de valpartijen leidt 10% tot ernstig letsel zoals botbreuken. Invaliditeit en angst om te vallen leiden tot blijvende zorgafhankelijkheid. Na een val zijn ouderen minder mobiel en kunnen hun zelfredzaamheid verliezen en in sociaal isolement terechtkomen. Dit leidt vervolgens tot een grotere zorgvraag in de thuishulp of een vervroegde opname in verzorgings- of verpleeghuizen. Een daling in het aantal valongevallen leidt tot een hogere kwaliteit van leven, langer thuis kunnen blijven wonen en dus kostenbesparing in de directe medische zorg, de thuiszorg en de verpleeghuiszorg.

### b. Interventie 'Halt! U valt'

In 2004 berekende het RIVM dat met een effectieve preventieve aanpak het aantal ernstige letsels als gevolg van vallen met 10% verminderd kan worden (Berg Jeth, Timmermans, Hoeymans, e.a, 2004). Daarnaast kan volgens Scandinavisch onderzoek door preventieve maatregelen de opname in verzorgings- en verpleeghuizen met 34% afnemen (Stuck, Egger, Hammar, 2002). Uit internationaal onderzoek blijkt dat een multifactoriële aanpak van valpreventie de meest effectieve is ten opzichte van enkelvoudige preventieve maatregelen. De risicofactor op valongelukken kan verkleind worden als meerder factoren die vallen veroorzaken, aangepakt worden (Eurosafte, 2009).

'Halt! U valt' is een multifactorieel valpreventieproject dat bestaat uit twee pijlers:

- A. Lokale activiteiten. 'Halt! U valt' wordt opgezet en uitgevoerd door lokale organisaties zoals lokale overheid, welzijnswerk voor ouderen, GGD, thuiszorg, woningcorporaties en lokale gezondheidszorg. Met behulp van het 'Halt! U valt' handboek zetten zij planmatig een valpreventieproject op dat aansluit bij de activiteiten en mogelijkheden van de organisatie. Binnen 'Halt! U valt' wordt gewerkt in een vaste volgorde: eerst aandacht voor bewustwording van het valrisico bij ouderen en in het verlengde daarvan het vergroten van kennis over valpreventieve maatregelen en het stimuleren van en ondersteunen bij het nemen van valpreventieve maatregelen.
- B. Massamediale component. Om te zorgen dat het onderwerp, het voorkomen van een val, beter op de agenda komt bij ouderen worden de lokale activiteiten van 'Halt! U valt' jaarlijks versterkt met een massamediale impuls vanuit Consument en Veiligheid.

Er zijn circa 400 organisaties die een 'Halt! U valt'-handboek besteld hebben bij Consument en Veiligheid (peildatum 2008). Een derde van de GGD's is actief met 'Halt! U valt'. Uit onderzoek naar het bereik dat in vier gemeenten is uitgevoerd, blijkt gemiddeld circa 70% van de ouderen activiteiten van 'Halt! U valt' heeft opgemerkt en gemiddeld circa 20% aan activiteiten heeft deelgenomen (RIVM, 2009).

Het Centrum Gezond Leven heeft 'Halt! U valt' beoordeeld als 'goed onderbouwd'. Volgens een onderzoek uit 2003 dat is uitgevoerd door TNO Preventie en Gezondheid, bleek dat de aanpak van 'Halt! U valt' in Sneek effectief was en het aantal valongevallen met 17% wist terug te brengen (Wijlhuizen, Radder, Graafmans, 2003). Echter volgens onderzoek van ZonMw (ZonMw 2013) en GGD Gelre-IJssel (GGD Gelre-IJssel 2012) is er na de interventie van 'Halt! U valt' geen aantoonbaar effect op de valfrequentie. Volgens het rapport van ZonMw kan het niet consequent uitvoeren van alle richtlijnen van 'Halt! U valt' door de uitvoerders hiervoor een mogelijke verklaring zijn. In de praktijk blijkt dat er bij de implementatie een selectie wordt gemaakt van de richtlijnen en de aanpak dus niet volledig wordt toegepast.

#### c. Doelgroep

De doelgroep waar 'Halt! U valt' zich op richt, zijn kwetsbare zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder die vaak al enige vorm van thuiszorg ontvangen.

#### d. Uitvoerders

De methodiek van 'Halt! U valt' is ontwikkeld door VeiligheidNL. De uitvoerders die de aanpak hebben geïmplementeerd zijn regionale GGD's, Thuiszorg en zorgverleners. De financieringsbehoefte is het inzetten van extra personeel voor de uitvoering van de aanpak. Er kan verondersteld worden dat er tevens een financieringsbehoefte is voor VeiligheidNL voor het ontwikkelen van methodieken omtrent valpreventie.

### Health Impact Bond 'Halt! U valt'

#### e. Maatschappelijke kosten-batenanalyse

Een belangrijke voorwaarde voor een HIB is dat de kosteneffectiviteit van 'Halt! U valt' inzichtelijk wordt gemaakt. Er is nog onvoldoende onderzoek dat de kosteneffectiviteit van de multifactoriële aanpak van 'Halt! U valt' aantoont<sup>7</sup>. Het is echter de vraag of dat met meerdere interventies binnen

<sup>7</sup> <http://kosteneffectiviteit-preventie.rivm.nl/interventies/letsels-en-vergiftigingen/prime-ongevallen/factsheet-oefenprogramma-ter-valpreventie-bij-ouderen-engels/>

deze aanpak kan worden vastgesteld. Er moeten uiteindelijk prestatieafspraken worden gemaakt dus er moet een duidelijk aantoonbaar verband zijn tussen de prestatie en de toegepaste interventie.

Een HIB kan een geschikt instrument zijn voor de financiering van valpreventie in het algemeen. Een reductie in valfrequentie leidt direct tot grote maatschappelijke opbrengsten en kostenbesparingen, zoals hierboven is beschreven. VeiligheidNL heeft in opdracht van Huistest.nl onderzocht waar de besparingen van valpreventie vallen. 57% wordt bespaard in de langdurige zorg, 38% bij zorgverzekeraars en 5% bij gemeenten<sup>8</sup>. Bovendien is de impact duidelijk te meten. Het gaat in dit geval om het aantal bezoeken van de doelgroep aan de spoed eisende hulp (SEH) van ziekenhuizen naar aanleiding van een val.

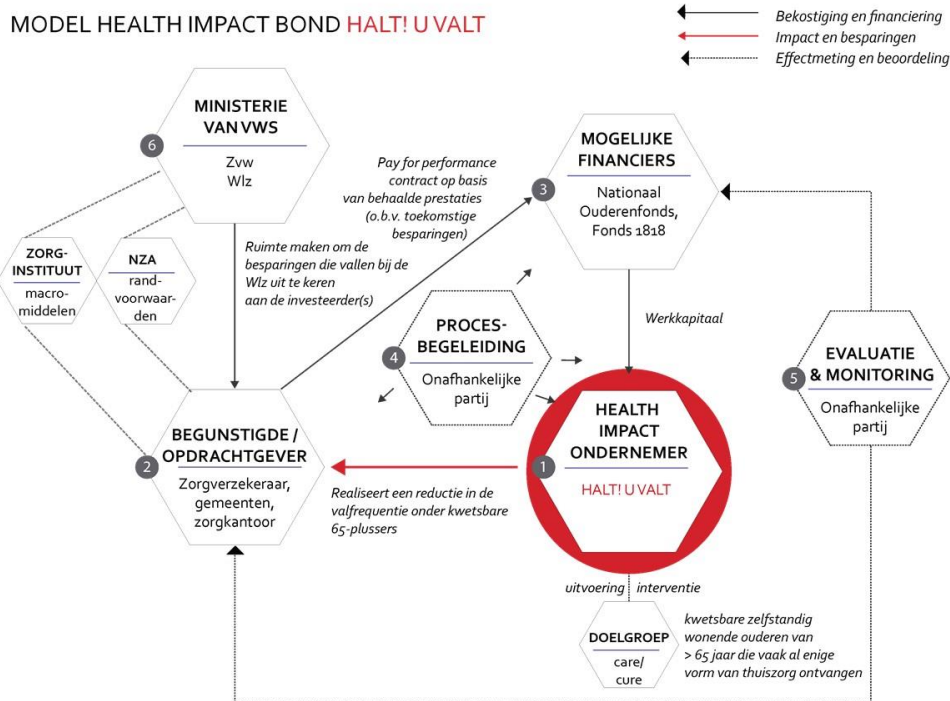
## f. Stakeholders

Tabel 10: Voor- en nadelen Stakeholder

Stakeholders	Voordelen	Nadelen
Doelgroep 65+er	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10% minder ernstig letsel als gevolg van valongevallen</li> <li>- Stijging van de kwaliteit van leven</li> <li>- Langer zelfredzaam en langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen</li> <li>- minder opnames in verzorgings- of verpleeghuis</li> </ul>	
Zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afname SEH bezoeken leidt tot besparing in werklust van artsen in het ziekenhuis</li> <li>- Minder druk op mantel- en verpleegzorg</li> </ul>	Zorgverleners hebben een verlies aan inkomsten door een reductie van behandelingen
Zorgverzekeraar	Daling valongevallen levert een directe besparing op in zorgkosten	De directe relatie tussen 'Halt! U valt' en het effect is nog onvoldoende aangetoond
Overheid/gemeente	Besparing in zorgkosten via de Wmo en Wlz	Investering nodig om handeling uit te voeren
Maatschappij/burgers	Minder kosten voor de samenleving door vermindering valongevallen	

<sup>8</sup>[http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheidnl.nsf/content/E713A9B23DD65EFAC1257B2C0041F5E4/\\$file/Business%20Case%20Hui%20test%20D&W.pdf](http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheidnl.nsf/content/E713A9B23DD65EFAC1257B2C0041F5E4/$file/Business%20Case%20Hui%20test%20D&W.pdf)

Het model zou er zo uit kunnen zien:



Copyright © 2015 Society Impact

### g. Risico's

'Halt! U valt' wordt selectief geïmplementeerd en daardoor is de effectiviteit onvoldoende aangetoond.

### h. Mogelijke investeerders

Nationaal ouderen fonds, Fonds 1818, Skan Fonds, VSB Fonds, St Laurens Fonds, Innovatiefonds Zorgverzekeraars.

### Vervolgstappen

- Inzichtelijk maken wat de kosteneffectiviteit van 'Halt! U valt' is.
- Duidelijk maken hoe groot de gemiddelde besparingen zijn per patiënt bij de Zvw, Wmo en Wlz.
- In kaart brengen wat de financieringsbehoefte is voor 'Halt! U valt'.

### Haalbaarheid HIB 'Halt! U valt'

Het realiseren van een HIB voor 'Halt! U valt' vergt meer onderzoek aangezien het verband tussen de interventie, de prestatie en besparingen onvoldoende is aangetoond. Tegelijkertijd vindt er registratie plaats van letsel schade dus kan er een mkba worden gemaakt van valpreventie in het algemeen. Daarom kan valpreventie een geschikt thema zijn voor een HIB. Een vervolgstap is nader te onderzoeken hoe het verband tussen 'Halt! U valt' en kostenbesparingen kan worden vastgesteld.



## 5. Conclusie

Nieuwe vormen van financiering in het zorgdomein zijn noodzakelijk om betaalbare zorg te verlenen in de toekomst. Health Impact Bonds lijken een veelbelovende financiële innovatie te zijn op het gebied van health impact investeringen, met financieel rendement voor alle betrokken partijen. Deze nieuwe manier van het financieren van gezondheidszorg biedt kansen en uitdagingen voor alle stakeholders. Het is een instrument om private investeerders/fondsen, zorgverleners, zorgverzekeraars en ministeries te committeren aan innovatie in de zorg. De toekomst van de HIB is daarmee veelbelovend, maar tegelijk zijn er ook knelpunten. Bijvoorbeeld het aantonen van causaliteit en van besparingen, de meetbaarheid en beschikbare data, perverse prikkels in het zorgsysteem, meerdere opdrachtgevers en hoge transactiekosten. Dit vergt ontwikkelruimte om technische, praktische en fundamentele zaken op te lossen.

ZonMw heeft met deze onderzoeksopdracht een belangrijke eerste stap gezet om kennis te vergaren voor de gezondheidssector over de werking van een HIB. Door gesubsidieerde projecten te analyseren ten aanzien van de maatschappelijke impact, de effectiviteit van de interventie, de prestatie en de besparingen, is er inzicht in de stappen die moeten worden gezet om te komen tot een HIB. Aan de hand van de vijf projecten die onderzocht zijn, kan de volgende onderverdeling worden gemaakt in de haalbaarheid en toepasbaarheid van een HIB op korte, middellange en lange termijn.



### 1. **Potentie voor een HIB op korte termijn (< 1 jaar): Luchtbrug en Tinnitus**

De projecten Luchtbrug en Tinnitus hebben beiden potentie om gefinancierd te worden via een HIB-constructie binnen een korte termijn (binnen één jaar).

Voor het project Luchtbrug geldt dat de interventie helder is en de prestatie voldoende is aangetoond. Op basis van de pilot wordt een positieve mkba verwacht: de voorlopige resultaten tonen aan dat astmacontrole door middel van de Luchtbrug als vervanging kan dienen voor 30-35% van de reguliere polikliniekonderzoeken. Als door de Luchtbrug de herhaalfactor DBC Astma omlaag gaat, dan kunnen zorgkosten worden bespaard. De daadwerkelijke business case kan worden berekend op basis van resultaten die in het voorjaar 2015 worden verwacht.

Het project Tinnitus is tevens beoordeeld als een project dat potentie heeft voor HIB-financiering op korte termijn. Voor dit project geldt ook dat de interventie helder is en de methode effectief is gebleken. Een belangrijke voorwaarde is echter wel dat duidelijk dient te worden gemaakt waar besparingen kunnen vallen. De business case voor Tinnitus geeft aan dat de nieuwe Tinnitusmethode kosteneffectief is, echter is nog niet duidelijk waar besparingen kunnen vallen. Meer inzicht in de besparingen is nodig om potentiële investeerders te betrekken bij een HIB.

## 2. **Potentie voor een HIB op middellange termijn (1-2 jaar): 'Halt! U valt' en Sensara**

De projecten 'Halt! U valt' en Rosetta hebben potentie om op middellange termijn gefinancierd te worden via een HIB-constructie (tussen één en twee jaar).

De interventie 'Halt! U valt' is voldoende aangetoond: het is duidelijk wie de doelgroep is en dat de interventie zich leent voor herhaling en opschaling. Echter, omdat de interventie uit meerdere deel-interventies bestaat, is het moeilijk om vast te stellen welke handeling er daadwerkelijk voor zorgt dat ouderen minder vallen. Zolang de prestatie niet concreet kan worden aangetoond, is het lastig om een HIB-financiering tot stand te brengen voor 'Halt! U valt'.

Voor Sensara (voortkomend uit het project Rosetta) geldt dat Dutch Domotics in gesprek is met investeerders om Sensara op de markt te zetten. Voor de opstart van de interventie Sensara is een HIB daarom niet noodzakelijk. Tegelijkertijd worden er via Sensara waarschijnlijk maatschappelijke opbrengsten gerealiseerd, waardoor het principe van de HIB wel interessant kan zijn voor de ondersteuning van verdere opschaling. Tevens kunnen zorginstellingen via een HIB worden gecompenseerd voor 'verkeerde prikkels' in het systeem. Voor de toepassing van een HIB is het wel noodzakelijk dat de effectiviteit van Sensara wordt aangetoond en is een uitwerking van een mkba een voorwaarde.

## 3. **Geen potentie /potentie voor een HIB op lange termijn (> 2 jaar): SamenOud**

Het opschalen op basis van een HIB-financiering is op dit moment voor het project SamenOud niet realistisch. De belangrijkste reden hiervoor is dat de besparing die uit de SamenOud-interventie moet volgen, (nog) niet kan worden aangetoond. Mogelijk is een HIB-financiering op termijn een optie, wanneer uit de evaluatie van de huidige SamenOud-projecten in Groningen en Drenthe een besparing kan worden aangetoond. Tegelijkertijd moet er rekening worden gehouden met de lopende financiering via de NZa Beleidsregel Innovatie die in 2016 afloopt: mogelijk wordt de zorg op basis hiervan in de toekomst vergoed via de Zorgverzekeringswet.

### **Volgende stap: het uitwerken van maatschappelijke kosten-batenanalyse en het betrekken van relevante stakeholders**

Bovenstaande onderverdeling leidt ertoe dat de 'groene' (en 'gele') projecten in een volgend stadium concreet kunnen worden uitgewerkt in de vorm van een maatschappelijke kosten-batenanalyse. Om die reden is een noodzakelijke vervolgstap de relevante stakeholders te betrekken en te verkennen hoe een HIB model kan worden uitgewerkt. De maatschappelijke kosten-batenanalyse is het vertrekpunt en moet worden gevalideerd bij de desbetreffende stakeholders. Beschikbare data is daarbij essentieel om te komen tot meetbare prestatieafspraken.

## **De rol van ZonMw**

Onze analyse toont aan dat een HIB een financieringsmogelijkheid kan zijn om een interventie te implementeren of op te schalen zodat het maatschappelijk rendement en de impact verhoogd wordt. ZonMw zou hierop in kunnen spelen door een (HIB-)assessment op te nemen als financieringsvoorwaarde voor een nieuwe interventie of nieuw project. Bij de start of tijdens een project zou een eerste assessment kunnen worden uitgevoerd waaruit blijkt of een maatschappelijke kosten batenanalyse zinvol is. Vervolgens kan, bij een positief antwoord, de mkba in de diepte worden uitgewerkt, met als doel duurzame financiering te realiseren (al dan niet als verplicht resultaat van het project). Op die manier kan ZonMw een structurele bijdrage leveren aan het vergroten van het speelveld van Health Impact Bonds in Nederland.

## Appendix I: Bronnenlijst

AAL Rosetta, guidance and awareness services for independent living (2012).

Adelante Zorggroep Jaarplan 2013.

Berg Jeths, A., Timmermans, J.M., Hoeymans, N., e.a., *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020* (2004).

Bridges Ventures via [www.bridgesventures.com](http://www.bridgesventures.com). Geraadpleegd op 2-4-2015.

Clay, R.F., 'Health Impact Bonds: Will Investors Pay for Intervention?' in: *Environmental Health Perspectives* (2013).

Cima, R.F.F., Maes, I.H.L., Joore, M.A., Scheyen J.W.M., El Refaie, A., Baguley, D.M., Anteonis L.J.C., Van Breukelen, G.J.P., Vlayen, J.W.S. (2012) 'Specialised treatment based on cognitive behaviour therapy versus usual care for Tinnitus: a randomised controlled trial'. *The Lancet*. Vol 379 (2012).

Eurosafe, *Multifactorial intervention on falls in elderly population* (2009). Via: <http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwVwContent/FDFCAD47E76F89F2C12576FE002B3118?opendocument&context=CA7B74F797A865F8C12573080035FE5F>.

Ewijk, C., van, Horst, A., van der, Besseling P., *Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit. Toekomst voor de zorg* (2013) CPB.

GGD Gelre-Ijssel, *Valpreventie Halt! U valt resultaten na 1,5 jaar* (2012). Via: <http://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=7696&m=1331113120&action=file.download>.

Harchaoui, S., Zafar, S., *Health Impact Bonds* (publicatie verwacht in voorjaar 2015) Society Impact.

Hernandez, M., Len Syme, S., Brush, R., *A market for Health: Shifting the paradigm for investing in health* (2012) UC Berkely.

Hoare, D., Gander, P., Collins, L., Smith, S., & Hall D. 'Management of Tinnitus in English NHS audiology departments: an evaluation of current practice' in: *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, no-no (2010).

Horst, A., van der, Erp, F., van, Jong, J., de, *Trends in Gezondheid en Zorg. Policy Brief* (2011) CPB.

Gesprek dhr. Karkowski, projectleider onderzoek interventie Rosetta-systeem, 17 maart 2015.

Leeuw, J., van der, *Beschrijving Bewakingssysteem Unattended Autonomous Surveillance (UAS)* (2013) Vilans.

Leeuw, J., van der, Thie, J., *Samenvatting business case UAS* (2013) Vilans.

Ligtenberg, G., Staal, P.L., Goettsch, W.G., e.a., *Kosteneffectiviteit in de zorg* (2013) College voor Zorgverzekeringen.

Lunes, R., Frissen, R., Vermeer, F., *Social Impact Bonds. Werkdocument: een verkenning naar de kansen van een innovatief financieringsarrangement* (2013) Society Impact, Ernst en Young.

Maes, I.H.L., Cima, R.F.F., Anteunis, L.J.C., Scheijen, D.J.W.M., Baguley, D.M., El Refaie, A., Vlayen, J.W., en Joore, M.A. 'Cost-effectiveness of specialized treatment based on cognitive behavioral therapy versus usual care for Tinnitus'in: *Otology & Neurotology*, 35: 787-795 (2014).

Nederlandse Zorgautoriteit, Overzicht lopende innovatieve projecten (2015).

NIPO, I. f. R. a. M. *Tinnitus: Public familiarity and subjective experience* (2002).

RIVM, *Werkblad beschrijving interventie* (2009). Via: <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/bijlagen/Interventie1400124/Erkenning/Beschrijving%20Halt!%20U%20valt.pdf>.

RIVM, *Prevalentie van Astma*, (2011). Via: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhalingswegen/astma/omvang/>.

RIVM, *Kosteneffectiviteit van preventie* (2015). Via: <http://kosteneffectiviteit-preventie.rivm.nl/interventies/letsels-en-vergiftigingen/prive-ongevallen/factsheet-huisbezoeken-aan-ouderen-ter-preventie-van-vallen/>.

Gesprek dr. J. Roukema, kinderarts en projectleider Luchtbrug, RadboudUMC,

Persbericht SamenOud, 'Verwachtingen onderzoek grotendeels bevestigd' (februari 2015). Via: [www.samenoud.nl](http://www.samenoud.nl).

Stuck, E.A., Egger, M., Hammar., e.a., *Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis* (2002). Via: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11866651>.

VeiligheidNL, *Valongevallen 65-plussers* (2014). Via: [http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheidnl.nsf/0/596304ABF99D7531C1257D9E002C7092/\\$file/Factsheet%20Ovalongevallen%2065+.pdf](http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheidnl.nsf/0/596304ABF99D7531C1257D9E002C7092/$file/Factsheet%20Ovalongevallen%2065+.pdf).

Visser, S., Westendorp, R., Cools, K., e.a., *Kwaliteit als Medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten* (2012) Booz&Company.

Gesprek de heer Vlaeyens, projectleider onderzoek interventie Tinnitus.

Wijlhuizen, G.J., Radder, J.J., Graafmans, W.C., *Resultaten van een onderzoek naar het effect van een multimethode interventie gericht op reductie van ongevallen bij ouderen (65+) in Sneek* (2003).

Gesprek mevrouw Wynia, projectleider en onderzoeker SamenOud.

ZonMw, Actieplan eHealth Aanvraagformulier.

Eindverslag gegevens dossiernummer 320100002 ZonMw/Final Report.

ZonMw, *Effectiviteit van de valpreventiemethode Halt! U valt* (2013).

## Appendix II: Overzicht onderzoekscriteria

Criteria	Uitkomst Tinnitus
<b>Maatschappelijke kwestie</b>	De ziekte Tinnitus kan de dagelijkse activiteiten voor zo'n 60.000 patiënten ernstig schaden. Zorg voor deze patiënten is vaak onvoldoende en ongeschikt. Dit maakt Tinnituszorg vaak gefragmentariseerd en duur. Daarnaast zorgen de ernstige Tinnitusklachten voor hoge indirecte kosten
<b>Interventie</b>	Gespecialiseerd behandelprotocol waarbij elementen uit de Tinnitus Retraining Therapy (TRT) in een cognitief-gedragstherapeutisch kader gecombineerd worden met het gebruik van een trapsgewijze aanpak. De behandeling is bewezen effectief
<b>Doelgroep</b>	Volwassen Tinnituspatiënten, die zijn doorverwezen naar het Zorgcentrum Adelante audiologie en communicatie
<b>Type organisatie, financiële positie, behoefte</b>	Adelante Zorggroep. Via de NZa Beleidsregel Innovatie loopt tot 2016 een pilot bij Adelante en Libra Revalidatie & Audiologie. Er is financieringsbehoefte voor verdere implementatie en opschaling bij andere audiologische centra in Nederland
<b>Mkba</b>	Er is een kosteneffectiviteitsanalyse van het Tinnitus-project uitgevoerd, waarin zowel de kosten als de kosteneffectiviteit van de interventie zijn berekend. De expliciete kosten en baten van verschillende partijen zijn niet meegenomen. De nieuwe interventie is kosteneffectief ten opzichte van de gebruikelijke zorg
<b>Stakeholders</b>	Patiënt, zorgverlener, zorgverzekeraar, gemeenten, maatschappij/burgers, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
<b>Risicomanagement</b>	Specifieke expertise nodig om Tinnitus-interventie uit te kunnen voeren
<b>Investeerders/financiers</b>	Innovatiefonds zorgverzekeraars, Gilde Healthcare Services, banken

Criteria	Uitkomst Rosetta
<b>Maatschappelijke kwestie</b>	Voor ouderen met een progressieve chronische ziekte, zoals alzheimer of parkinson, vormen de toenemende kosten van de gezondheidszorg en het verwachte tekort aan professionele zorgverleners een ernstige bedreiging. Daarnaast neemt deze groep ouderen door de vergrijzing steeds verder toe
<b>Interventie</b>	Het effectief bewezen Rosetta-systeem: drie geïntegreerde systemen ontwikkeld voor preventie en management van problemen die kunnen optreden bij ouderen als resultaat van chronische, progressieve aandoeningen zoals alzheimer en parkinson. Een van de drie systemen (UAS) is in Nederland reeds op de markt gebracht. Een meer geïntegreerde variant (Sensara) wordt momenteel in de markt gezet, waarbij op basis van verzamelde data de zorgvraag beter voorspeld kan gaan worden
<b>Doelgroep</b>	Zelfstandig wonende personen met milde cognitieve beperkingen (bijvoorbeeld parkinson) of dementie, die mogelijk ondersteund worden door mantelzorgers en professionele zorgverleners
<b>Type organisatie, financiële positie, behoefte</b>	Dutch Domotics draait en vermarkt het UAS-systeem (één van de drie systemen) met succes. Naast UAS heeft Dutch Domotics Sensara ontwikkeld: een monitoring-systeem op afstand met als doel om gedrag op afstand te monitoren via smart sensing. Dutch Domotics is gebaat bij financiering van het (verder) onderzoeken naar wat er nodig is om het gebruik van Sensara op te kunnen schalen
<b>Mkba</b>	Een mkba voor dit project is er (nog) niet. Maar gebaseerd op de business case van UAS is de veronderstelling dat ook dit systeem een positieve business case heeft
<b>Stakeholders</b>	Patiënt, zorgverlener, zorgverzekeraar, gemeenten, maatschappij/burgers, het Ministerie van VWS
<b>Risicomanagement</b>	Er bestaat nog geen maatschappelijke business case voor Sensara  De prikkels in de zorg zijn gebaseerd op (zorg)handelingen. Op het moment dat deze handelingen worden voorkomen of minder worden heeft dit financiële consequenties voor zorginstellingen
<b>Investeerders/financiers</b>	Banken, private investeerders in ICT, zorg, domotica (i.c. applied radar technology, Van Herk Group, GreenPeak technologies)

Criteria	Uitkomst SamenOud
<b>Maatschappelijke kwestie</b>	Hulp voor ouderen is nog te gefragmenteerd en gericht op het oplossen van kortdurende problemen, wat gevolgen kan hebben voor het welbevinden, de gezondheid en de zelfstandigheid van de oudere. Daarnaast zorgt dit voor hoge zorgkosten
<b>Interventie</b>	Een nieuw model voor samenhangende ouderenzorg: SamenOud, gebaseerd op twee effectief gebleken zorgmodellen. Het SamenOud-model bestaat uit twee onderdelen: het jaarlijks in kaart brengen van de huidige situatie van een oudere op basis van profielgroepen en, indien nodig, het bieden van hulp en begeleiding door een casemanager (wijkverpleegkundige of ouderenadviseur) en het Ouderenzorg Team. Daarnaast krijgen ouderen het 'zelfmanagement support en preventieprogramma' aangeboden
<b>Doelgroep</b>	Alle ouderen van 75 jaar en ouder die thuis wonen. Dit kan variëren van gezonde ouderen tot en met ouderen met complexe zorgbehoeften
<b>Type organisatie, financiële positie, behoefte</b>	Het SamenOud-model is ontwikkeld door het SamenOud-instituut, onderdeel van het UMCG. Een pilot in Groningen wordt op dit moment met zorgverzekeraar Menzis gefinancierd via de NZa Beleidsregel Innovatie. Daarnaast is SamenOud in Drenthe. Het SamenOud-instituut zoekt financiering voor opschaling van het model naar de rest van Nederland
<b>Mkba</b>	SamenOud kan een besparing opleveren van gemiddeld € 274,- per persoon per jaar (BC juni 2013). Na afloop van de interventiefase is het daadwerkelijke effect van SamenOud op de kosten onderzocht: een kostenbesparing bleek nog niet te zijn gerealiseerd
<b>Stakeholders</b>	Patiënten (+ ouderenbonden), SamenOud-instituut, zorgverleners, zorgverzekeraars, gemeenten, maatschappij/burgers, het Ministerie van VWS
<b>Risicomanagement</b>	De beoogde besparing van de interventie is nog niet aangetoond
<b>Investeerders/financiers</b>	Innovatiefonds zorgverzekeraars, VSB Fonds, Skan Fonds, Gilde Healthcare Services, Stichting Else, pensioenfondsen, banken



Criteria	Uitkomst Luchtbrug
<b>Maatschappelijke kwestie</b>	Het herinrichten van de behandeling van astma bij kinderen, gericht op het bereiken van 'astmacontrole': een zo normaal mogelijk leven, zo min mogelijk astma-aanvallen (exacerbaties) en het vermijden van ziekenhuis opnamen.
<b>Interventie</b>	De Luchtbrug is een interventie die aansluit bij de behoeften van patiënten om meer zelfregie te hebben over de behandeling van hun ziekte. De Luchtbrug is een virtuele astmakliniek om reguliere controlebezoeken deels te vervangen door online monitoring. De Luchtbrug wordt in 12-16 ziekenhuizen toegepast. 30-35% van de reguliere controlebezoeken kan worden vervangen. De prestatie kan worden gemeten door het vaststellen van een daling in de DBC-herhaalfactor.
<b>Doelgroep</b>	De implementatiestudie is gericht op patiënten tussen 6-16 jaar oud
<b>Type organisatie, financiële positie, behoefte</b>	Het eHealth implementatieproject wordt begeleid vanuit het Radboud UMC Amalia Kinderziekenhuis. Momenteel is er projectfinanciering (ZonMw) voor 2 jaar. De financieringsbehoefte bestaat erin dat de productie/inkomsten voor het ziekenhuis dalen omdat patiënten minder vaak gezien worden, en dat er geïnvesteerd wordt in online dienstverlening.
<b>Mkba</b>	Project: Kosten zijn gebaseerd op een projectbegroting voor 2 jaar van 116.032 euro. Deelnemende centra zien tijdens project productie en inkomsten dalen terwijl er geïnvesteerd moet worden in online dienstverlening. Baten vallen (nu al) bij zorgverzekeraar.  Praktijk: kosten voor hosting/onderhoud/ontwikkeling Luchtbrug, 'bemensing' Luchtbrug in ziekenhuizen. Daling productie (obv DBC). De baten vallen primair bij de zorgverzekeraar door afname controle bezoeken.
<b>Stakeholders</b>	Patiënt, zorgverlener, zorgverzekeraar en ministerie VWS (/maatschappij; verminderd werkverzuim)
<b>Risicomanagement</b>	Mogelijke risico's van de interventie zijn dat er door online monitoring een afstand ontstaat tussen de patiënt en zorgverlener en de diagnosetelling/behandeling minder goed kan worden ingeschat dan bij reguliere bezoeken. (is uit trial niet gebleken; sterker nog, drempel om contact te leggen wordt juist als lager ervaren)
<b>Investeerders/financiers</b>	Pensioenfondsen, Fonds Nuts Ohra, Longfonds, Innovatiefonds zorgverzekeraars (laatste twee zijn subsidieverstrekkers voor het project)

Criteria	Uitkomst 'Halt! U valt'
<b>Maatschappelijke kwestie</b>	Jaarlijks één op de drie ouderen van boven de 65 valt. 80.000 ouderen bezoeken jaarlijks als gevolg van een val de spoedeisende hulp. Valongevallen leiden bij ouderen tot een verlies aan zelfredzaamheid en brengen hoge direct medische kosten met zich mee. Valongevallen leiden ook tot hogere kosten in thuis- en verpleeghuiszorg
<b>Interventie</b>	De interventie van 'Halt! U valt' is erop gericht om vallen bij ouderen te voorkomen. 'Halt! U valt' biedt een gefaseerde, planmatige en multifactoriële aanpak aan. De effectiviteit van de interventie is niet onomstreden. Een mogelijke reden hiervoor is dat uitvoerders de aanpak van 'Halt! U valt' niet volledig toepassen. De prestatie kan worden gemeten door het aantal opnames als gevolg van vallen bij de spoed eisende hulp (SEH) van ziekenhuizen te monitoren. De methode van 'Halt! U valt' is op te schalen
<b>Doelgroep</b>	Alle zelfstandig wonende kwetsbare ouderen van 65 jaar en ouder die al enige vorm van thuiszorg ontvangen
<b>Type organisatie, financiële positie, behoefte</b>	'Halt! U valt' is een preventiemethode ontwikkeld door Stichting VeiligheidNL. ZonMw heeft voor de implementatie van 'Halt! U valt' in verschillende zorggebieden een subsidie verstrekt. Er bestaat een financieringsbehoefte om 'Halt! U valt' op te schalen en in de toekomst te kunnen implementeren
<b>Mkba</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10% minder ernstig letsel als gevolg van valongevallen</li> <li>- Stijging van de kwaliteit van leven</li> <li>- Langer zelfredzaam en langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen</li> <li>- Verminderde thuiszorg dus besparing voor de gemeente vanuit WMO</li> <li>- Minder opnames in verzorgings- of verpleeghuis</li> <li>- Gemiddelde besparing aan directe medische kosten van € 9.100,- per voorkomen bezoek aan de SEH</li> </ul> <p>De kosten van de interventie zijn onvoldoende inzichtelijk. Voor de HIB is het noodzakelijk dat de kosteneffectiviteit van de interventie wordt aangetoond</p>
<b>Stakeholders</b>	Kwetsbare ouderen van 65 jaar en ouder, lokale uitvoerders, GGD, thuiszorg enz., zorgverleners, zorgverzekeraars, het Ministerie van VWS, gemeenten
<b>Risicomanagement</b>	'Halt! U valt' weet een hoge mate van bewustwording onder de ouderen te creëren, maar een daling van de valfrequentie is onvoldoende aangetoond
<b>Investeerders/financiers</b>	Nationaal ouderen fonds, Fonds 1818, Skan Fonds, VSB Fonds, St Laurens Fonds, Innovatiefonds Zorgverzekeraars

## Appendix III: Groslijst

Team	Project	Omschrijving
Wetenschap en innovatie	Applicatie M'n Mattie	Implementatie van de applicatie M'n Mattie: een buddy die jongeren online begeleidt in hun behandeltraject binnen de GGZ
	Luchtbrug	Onderzoek in hoeverre 50% van de reguliere controlebezoeken bij 210 kinderen met astma (6-16 jaar) in het ziekenhuis vervangen kan worden door online monitoring in een virtuele astmakliniek
	PsyNet	Pilot 'PsyNet': een 'ICT'-organisatie (digitaal platform) van zorg rondom de patiënt, mantelzorger en huisarts door zorgaanbieders en ondersteuners uit diverse levensdomeinen te verbinden met elkaar
	Psyfit.nl	In dit project worden de voorwaarden voor succesvolle implementatie in kaart gebracht en wordt Psyfit.nl (online mental fitness interventie) voor mensen met lichte psychische klachten geïmplementeerd in de huisartsenzorg om verergering van klachten te voorkomen en de veerkracht te versterken
	Coloscopie Mex	Met de 'Coloscopie Mex' applicatie worden patiënten digitaal en visueel voorgelicht omtrent het darmonderzoek (coloscopie) en geven ze informed consent voor de ingreep
Preventie	Halt! U valt	Het doel van deze interventie is dat meer zelfstandig wonende ouderen valpreventieve maatregelen treffen, zodat het risico op een val vermindert. De interventie bestaat uit een multifactoriële aanpak
	In Balans	Het project In Balans is een interventie met betrekking tot de preventie van valongelukken bij ouderen door middel van bewustwording van risicofactoren en beïnvloeding van het eigen beweeggedrag
	Vallen Verleden Tijd	Het Vallen Verleden Tijdprogramma is een groepstraining voor maximaal tien personen en bevat drie onderdelen: een hindernisbaan, sport en spelvormen en het leren van valtechnieken
Zorg en samenleving	Samen Oud	SamenOud is een zorgmodel, dat alle vormen van ouderenzorg samenbrengt: wonen, welzijn en zorg. Het bestaat uit het in kaart brengen van de huidige situatie en het bieden van hulp en begeleiding door het Ouderenzorg Team
	Even Buurten	Integrale wijkaanpak voor zelfstandig wonende ouderen om de formele en informele buurtnetwerken rond de ouderen te verstevigen
	Grip en Glans	De implementatie van de GRIP- en GLANS-cursussen: een zelfmanagement cursusaanbod (keuze uit groepscursus en individueel huisbezoek) voor ouderen gericht op eigen regie en welbevinden
	Lang Leve Thuis	De interventie 'Lang Leve Thuis' biedt extra aandacht en ondersteuning aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie via praktische diensten ter ondersteuning in de thuissituatie en meer structureel persoonlijk contact
	Transmurale Zorgbrug	Project waarin wordt onderzocht of een transmurale interventie leidt tot meer functiebehoud en zelfstandigheid van ouderen na ontslag uit het ziekenhuis
Kwaliteit en doelmatigheid	ECO-interventie	Onderzoek naar de E-health interventie gericht op werkhervatting bij werknemers met een common mental disorder
	Gecomputeriseerde CCGT	Interventie die onderzoekt of gecomputeriseerde cognitieve gedragstherapie (CCGT) mogelijk een oplossing is voor huidige behandeling van depressie
	Stepped Care Tinnitus	Project introduceert een nieuw behandelprotocol waarin elementen uit Tinnitus Retraining Therapy (TRT) in een cognitief-gedragstherapeutisch kader gecombineerd worden met het gebruik van een trapsgewijze aanpak
	Voortgangsinformatie	Psychotherapie kan effectiever worden ingezet wanneer er voortgangsinformatie gegeven wordt over het klachteniveau; dit kan leiden tot een betere verdeling van therapie sessies (goed werkende sessies krijgen een kortere behandelduur; minder goed verlopende een wat langere duur met betere resultaten). In dit project is het effect van voortgangsinformatie op de behandelingsduur en resultaten onderzocht
	Doorbraakmethode Depressie	Dit project omvat een verbetertraject in 18 regio's met betrekking tot de invoering van de richtlijnen in de huisartsenpraktijk en GGZ-instelling

**Society Impact** is een actiegerichte bemiddelaar en matchmaker tussen en voor verschillende partijen die in samenwerking tot impactinvesteringen in het publieke domein willen komen. Society Impact is een onafhankelijk platform waarop innovatieve sociaal ondernemers, banken, vermogensfondsen en overheden samen werken aan de totstandkoming van social deals. We ondersteunen ondernemers bij de toegang tot financiële partijen die hen van geduldig kapitaal kunnen voorzien. Andersom ondersteunen we private fondsen of banken bij het doen van impactinvesteringen, in het bijzonder door daarvoor de juiste randvoorwaarden te creëren binnen verschillende lagen van betrokken overheden, instituties en beslissers. Momenteel werkt Society Impact aan de totstandkoming van de eerste Health Impact Bond in Nederland: Dementelcoach.

**EY** wil de voorkeurspartner zijn bij het stimuleren van fundamentele veranderingen overal ter wereld. Zowel de publieke als de private sector zijn daarbij nodig. Vanuit onze Public Sector helpen we (lokale) overheden en uitvoeringsorganisaties. Bovendien heeft EY zich gecommitteerd aan het vergroten en professionaliseren van de markt van sociaal ondernemers. Belangrijk voor de ontwikkeling van de social enterprise-sector is de erkenning door klanten, overheid en financiers van de andere waarde die deze ondernemingen creëren: een waarde die niet honderd procent financieel is. En daarin speelt EY een belangrijke rol doordat EY op onafhankelijke wijze waarde kan definiëren en toetsen.