



Kosten en baten van de “Gezonde wijk”

Resultaten van een indicatieve MKBA in een pilotwijk

Opgesteld door:

LPBL: Merei Lubbe en Veroni Larsen

Op verzoek van:

Ministerie van Binnenlandse Zaken, WWI en het ministerie van VWS

Datum: december 2011



Inhoud

1. Inleiding.....	2
1.1. Aanleiding en vraagstelling.....	2
1.2. Aanpak en leeswijzer.....	3
2. Gezondheid in de krachtwijken.....	4
2.1. Probleem en doelstelling.....	4
2.2. Interventie en nulalternatief.....	5
3. Effecten in beeld.....	8
3.1. Overzicht effecten.....	8
3.2. Effecten van spoor 1 “Gezonde leefstijl”.....	9
3.3. Effecten van spoor 2 “Gezonde leefomgeving”.....	11
3.4. Effecten van spoor 3 “Toegankelijke zorg en ondersteuning”.....	13
3.5. Effecten van spoor 4 “Gezond meedoen”.....	14
3.6. Effecten van meer verbinden en samenwerken.....	16
3.7. Samenvattend.....	17
4. Resultaten.....	20
4.1. Maatschappelijke kosten en baten Gezonde Wijk.....	20
4.2. Gevoeligheidsanalyse.....	26
4.3. Verdelingseffecten.....	27
5. Conclusie en lessen.....	20
Bijlage 1: Deelnemers EffectenArena's.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 2: Overzicht maatregelen per spoor..	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 3: Cockpit model.....	30



1. Inleiding

1.1. Aanleiding en vraagstelling

Het experiment 'Gezonde wijk' is een van de zeven landelijke experimenten in de aandachtswijken. Dit experiment richt zich op het verkleinen van de gezondheidsachterstanden in deze wijken. In de afgelopen jaren is in verschillende gemeenten veel ervaring opgedaan met de aanpak van gezondheid in de wijk - overigens zowel binnen het experiment als uit eerder ingezet beleid. Nu het experiment een aantal jaren loopt is de centrale vraag vanuit de ministeries van BZK/WWI en VWS: *wat leveren alle extra inspanningen op en hoe verhouden ze zich tot de (beoogde) maatschappelijke baten?*

Een maatschappelijke kosten baten analyse (MKBA) helpt deze vraag te beantwoorden. Het geeft behalve de verhouding van kosten en baten voor de maatschappij als geheel ook een overzicht van de kosten en baten per partij (de verdelingseffecten).

De (experiment)gemeenten hebben bovendien aanvullende vragen. De antwoorden daarop kunnen helpen de aanpak te optimaliseren en verdere uitrol mogelijk te maken.

- Wat zijn de effecten van de verschillende interventies en de bijbehorende randvoorwaarden?
- Waar zitten de grootste sleutels tot effectiviteit?
- Welke partijen kun je bij de aanpak betrekken?

Het ministerie heeft LPBL gevraagd om een algemeen MKBA-model Gezonde wijk op te stellen, dat specifiek gemaakt kan worden voor afzonderlijke gemeenten. Deze MKBA brengt in beeld wat de maatschappelijke kosten en baten zijn van de Gezonde wijk aanpak in vergelijking met een situatie waarin de extra inspanningen niet gedaan zouden worden. Met andere woorden: wat zijn de (verwachte) maatschappelijke effecten van de Gezonde wijk aanpak, hoe zijn die effecten in euro's uit te drukken en hoe verhouden ze zich tot de kosten? Ook is van belang hoe de verdeling van kosten en baten eruit ziet: wie betaalt en wie profiteert? En in welke mate? Omdat er weinig bekend is over de (gemeten) effecten van de aanpak is hier sprake van een **indicatieve** MKBA. Gebaseerd op ervaringen elders is een berekening gemaakt van de potentie van de aanpak.

Box: wat is een MKBA?

Een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) brengt systematisch en samenhangend *alle* door een project veroorzaakte effecten in kaart en vergelijkt deze met de situatie waarin het project niet wordt uitgevoerd (het nulalternatief). De baten van het project worden net als de kosten uitgedrukt in euro's. Dit geldt eveneens voor de zaken die geen direct prijskaartje hebben, zoals geluidsoverlast, een mooi uitzicht of het gevoel van veiligheid. Als de baten groter zijn dan de kosten, dan zorgt het project voor een toename van de maatschappelijke welvaart.

Een MKBA geeft de volgende inzichten:

- welke positieve en negatieve effecten er zijn;
- hoe de kosten zich tot de baten verhouden;
- welke risico's en onzekerheden er zijn;
- wie profiteert en wie betaalt.



Hiervoor vergelijkt de MKBA de situatie met project (projectalternatief) met een situatie waarin het project niet wordt uitgevoerd (nulalternatief). De MKBA vindt een theoretische basis in de economische (welvaarts)theorie. Het basisidee is dat voorkeuren van (alle) individuen in de maatschappij leidend moeten zijn bij afwegingen in overheidsbeleid en dat deze voorkeuren in geld uit te drukken zijn. Een MKBA richt zich daarmee op de waarde voor de mens, ook wel de 'totale economische waarde' genoemd. Over het algemeen is het uitgangspunt daarbij betalingsbereidheid: hoeveel is iemand bereid om te betalen voor een goed (willingness to pay) of hoeveel compensatie is nodig om een negatief effect te willen accepteren (willingness to accept). In praktijk zijn niet alle effecten geloofwaardig in euro's uit te drukken. In dat geval wordt gewerkt met PM-posten die in de presentatie ook een volwaardige plek moeten krijgen.

Voor het opstellen van een MKBA wordt een standaard stappenplan gevolgd. Deze volgt zoveel mogelijk de in Nederland gangbare OEI-methodiek, die vanaf 1998 is ontwikkeld in opdracht van het ministerie van Verkeer en Waterstaat en het ministerie van Economische Zaken.

1.2. Aanpak en leeswijzer

Onze aanpak bestaat in hoofdlijnen uit twee fasen, waarbij het kenmerk is dat het geen 'tekentafel'-product is. In beide fasen hebben we gebruik gemaakt van de kennis en ervaring die aanwezig is bij de betrokken organisaties.

1. Effecten in beeld

In de eerste fase hebben we voornamelijk in kaart gebracht 'hoe het werkt'. We hebben hiervoor de MKBA-EffectenArena ingezet. Dit instrument - ontwikkeld door LPBL in samenwerking met de SEV - is gericht op het beter betrekken van stakeholders bij het opstellen van een MKBA. In twee workshops zijn de relaties tussen interventies en effecten gezamenlijk uitgedacht. De eerste workshop was met 25 deelnemers die allen, beleidsmatig of uitvoerend, betrokken zijn bij de aanpak in de pilotwijk. De tweede workshop vond plaats met medewerkers van het Ministerie van VWS. De MKBA EffectenArena stimuleert het blootleggen van de gedachtegang hoe een interventie bepaalde effecten teweeg gaat brengen. De resultaten zijn verwerkt in hoofdstuk 3: de effecten in beeld.

2. Effecten in euro's

In de tweede fase is het MKBA-model opgesteld. De algemene beleidstheorie uit hoofdstuk 3 (figuur 3.1.) is daarbij te zien als de 'architectuur' van het model. Om het model te vullen zijn gegevens verzameld over de programmakosten, de kosten van de verschillende interventies en het bereik (b.v. het aantal scholen met voorlichting, het aantal deelnemers in bewegingsprogramma's, et cetera). Daarnaast is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de interventies: hoeveel mensen gaan b.v. meer bewegen en gezonder eten? En hoe duurzaam is dit? Omdat systematische evaluatiestudies (nog) niet voorhanden zijn is gebruik gemaakt van de kennis die is opgedaan met de aanpakken in Overvecht (Utrecht), Schilderswijk (Den Haag), Hartslag Limburg en kengetallen uit eerder door ons opgestelde MKBA's (o.a. MKBA Achter de voordeur en MKBA voor een WMO-portal). Het resultaat hiervan, een zogeheten indicatieve MKBA, is te vinden in hoofdstuk 4 en 5. Deze hoofdstukken betreffen de aanpak *in het algemeen* en zijn dus niet specifiek voor één krachtwijk. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de indicatieve MKBA gepresenteerd. De cijfers geven een indicatie van de potentie van een gezonde wijk aanpak in een voorbeeldwijk. Hoofdstuk 5 bevat conclusies en lessen voor de toekomst.



2. Gezondheid in de aandachtswijken

2.1. Probleem en doelstelling

Kansen op lang en gelukkig leven niet gelijk

De gezondheidsverschillen in Nederland zijn groot. Mensen met lager onderwijs leven ongeveer zes tot zeven jaar korter en het aantal jaren dat zij in goede gezondheid doorbrengen is bijna twintig jaar¹ lager. Aangezien in aandachtswijken naar verhouding veel laagopgeleiden mensen wonen - in een sociaal en/of economisch ongunstige situatie - komen de grote gezondheidsachterstanden vooral voor in deze wijken. Dit blijkt ook uit RIVM onderzoek naar de gezondheid in de 40 aandachtswijken²:

- 25 procent van de bewoners vindt zijn gezondheid niet goed. In de rest van Nederland is dat 17 procent;
- 24 procent van de bewoners heeft een langdurige aandoening. In de rest van Nederland is dat 20 procent;
- 20 procent van de bewoners heeft een beperking bij dagelijkse levensverrichtingen. In de rest van Nederland is dat 13 procent;
- 52 procent van de bewoners sport niet. In de rest van Nederland is dat 37 procent.

Genoemde gezondheidsachterstanden gelden ook voor de bewoners van de pilotwijk. Voor de stad als geheel geldt dat:

- 26 procent van de bewoners een matig tot slecht ervaren gezondheid heeft. In de hele stad is dat 13 procent;
- 64 procent van de bewoners niet voldoet aan de beweegnorm, voor de stad is dit 33 procent;
- 17 procent niet tevreden is met de woonomgeving t.o.v. 9 procent.

Behalve met de gezondheidsproblemen hebben de bewoners ook te maken met overige factoren die van invloed zijn op de achterstandscore, zoals geen werk, weinig inkomen, geen of lage opleiding (SES)³:

- het percentage lage inkomens is 49 procent in de wijk. In de stad is dit 38 procent. Het gemiddeld jaarinkomen is € 15.000 en resp. € 18.000;
- het percentage laag opgeleiden is 25 procent t.o.v. 12 procent,
- het percentage inwoners van allochtone afkomst is 70 procent, waarvan 40 procent van Marokkaanse en 20 procent van Turkse afkomst. In de stad is het percentage van niet-westerse allochtone afkomst 20 procent.
- de gemiddelde leeftijd is 30 en in de stad 35 jaar.

Inwoners van de pilotwijk maken meer dan gemiddeld gebruik van de zorg en hulpverlening. Bijkomstig probleem is dat de afstemming tussen zorg- en hulpverleners vaak onvoldoende plaatsvindt, waardoor de problemen niet echt worden opgelost.

¹ Nationaal Kompas Volksgezondheid (periode 2005-2008)

² RIVM, Gezondheid in de 40 krachtwijken, 2008

³ Sociale Economische Status wordt afgemeten aan opleiding, inkomen en beroepsniveau, bron Atlas voor gemeenten, 2010



Doelstelling Gezonde wijk: verbeteren gezondheid

Gezien de bovenstaande probleemstelling is het doel van de Gezonde wijkaanpak:

- de gezondheid te verbeteren van de bewoners. Concreet moet het percentage mensen met een matig tot slecht ervaren gezondheid van 25 procent naar 23,5 procent in 2014;
- de afstemming tussen zorg- en hulpverleners en reguliere sport- en beweegaanbieders te verbeteren;
- de kosten voor zorg en samenleving betaalbaar te houden.

Deze doelstellingen zijn (nog) niet SMART geformuleerd. Bij de verdere ontwikkeling van het programma verdient het aanbeveling dat wel te doen. SMART formuleren maakt het, na monitoring en evaluatie, mogelijk om te toetsen of de voorgenomen doelstellingen daadwerkelijk haalbaar c.q. behaald zijn, zie ook hoofdstuk 5.

2.2. Interventie en nulalternatief

Een MKBA brengt systematisch alle effecten van een project of programma in kaart ten opzichte van een situatie waarin dit niet zou plaatsvinden; het nulalternatief. Hiervoor is het nodig dat de (overheids)interventie duidelijk wordt afgebakend en helder gedefinieerd. Dit is in het geval van de effecten van de Gezonde wijkaanpak niet zo eenvoudig. De aanpak bouwt namelijk (in veel gevallen) voort op bestaande activiteiten en afspraken in het kader van de wijkeraanpak. De vraag is dan ook: van welke verandering of interventie brengen we de effecten in beeld? En waar zetten we deze effecten tegen af? Met andere woorden: wat is in deze situatie het nulalternatief, ofwel het beste alternatief als de Gezonde wijkaanpak niet doorgaat?

Voor de MKBA hanteren we onderstaande definities ten aanzien van de Gezonde wijkaanpak als interventie en voor de situatie dat de aanpak er niet zou zijn (het nulalternatief).

Definitie van de Gezonde wijk aanpak: een "5 sporen aanpak +"

De Gezonde wijk aanpak richt zich op het verbeteren van de gezondheid van bewoners van aandachtswijken via een *integrale* gezondheidsaanpak (gebaseerd op het model van Albeda⁴). Het gaat hierbij om vier aangrijpingspunten ofwel sporen, die direct of indirect van invloed zijn op het verkleinen van de gezondheidsachterstanden:

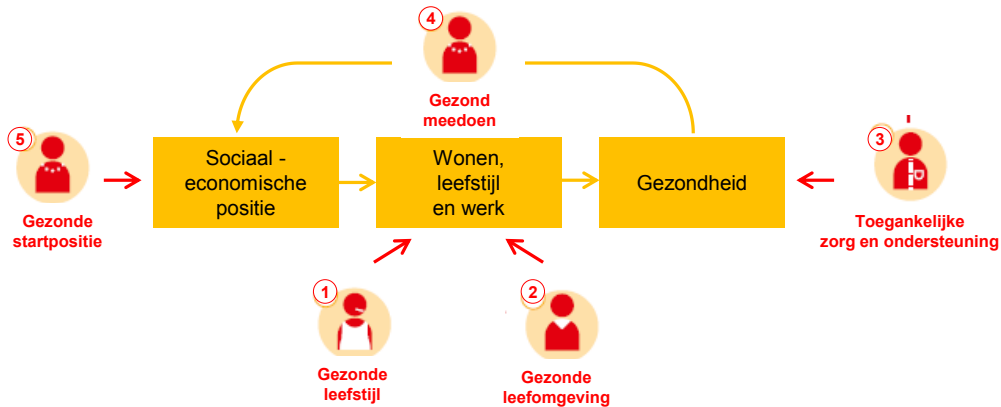
1. *Gezonde leefstijl* heeft tot doel het gunstig veranderen en in balans brengen van eetgedrag, beweeggedrag, rookgedrag, en alcoholgebruik om daarmee de gezondheid te verbeteren;
2. *Gezonde leefomgeving* richt zich op het verbeteren van de leefomgeving, zowel binnenshuis als buitenshuis, zodat mensen gezond kunnen wonen, werken en leven;
3. *Toegankelijke zorg en ondersteuning* moeten de toegankelijkheid en de effectiviteit van de gezondheidszorg verbeteren;
4. *Gezond meedoen* is (indirect) gericht op gezondheid door het verkleinen van verschillen in sociaaleconomische positie (opleiding, beroepsklasse en inkomen).

⁴ Programmacommissie SEGV-II, 2001



Een *gezonde startpositie*, in termen van sociaal economische status, is te beschouwen als een vijfde spoor. De beïnvloedbaarheid daarvan met gezondheidsinterventies is beperkt. Vandaar dat dit in de MKBA niet is meegenomen⁵.

Figuur 2.1: de Gezonde Wijk aanpak in vijf sporen



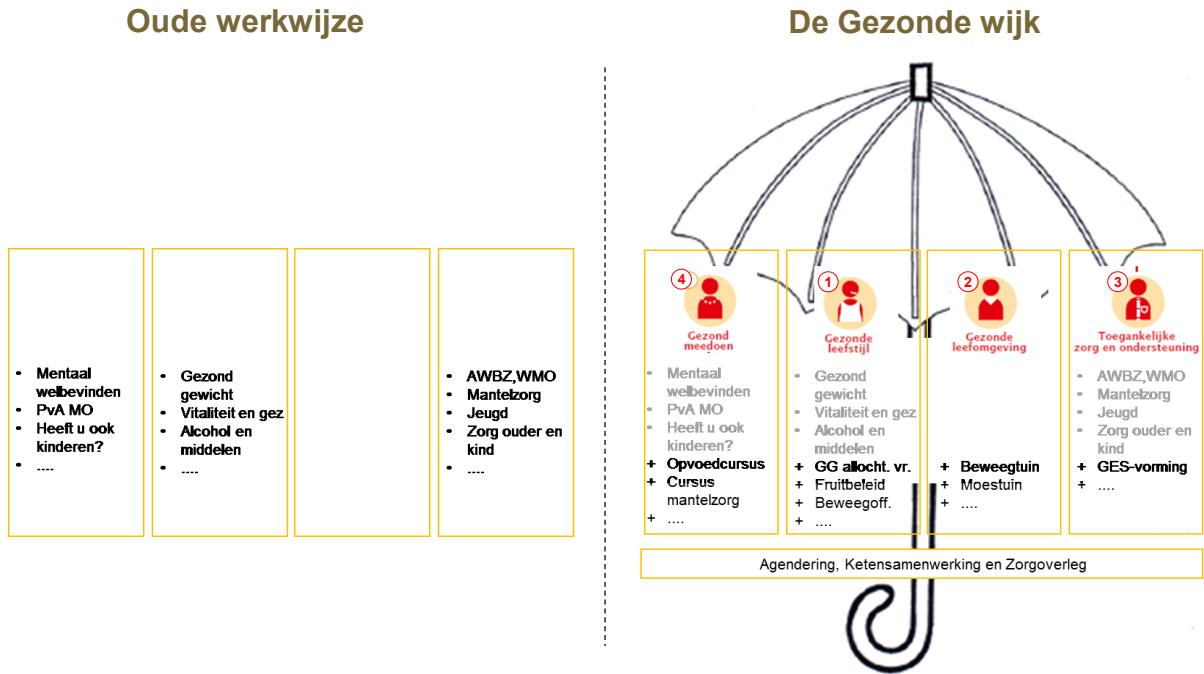
Gebaseerd op model Albeda

Voor de pilotwijk zijn verschillende maatregelen of programma's per spoor benoemd (zie bijlage voor een totaal overzicht). Het streven is om alle activiteiten in de wijk gericht op de aanpak van gezondheidsachterstanden te bundelen (onder één paraplu). Met de nieuwe aanpak is sprake van meer samenhang en synergie tussen de verschillende activiteiten. Het gaat ook expliciet om meer verbinding en samenwerking binnen het hele sociale domein te bewerkstelligen (agendering, ketensamenwerking en zorgoverleg). In onderstaand figuur is de definitie van de aanpak schematisch weergegeven.

⁵ Hoewel is aangetoond dat er een grote samenhang is tussen de SES-score en de gezondheid van inwoners is het de vraag of beïnvloeden van de sociaal-economische status (zoals bijvoorbeeld opleidingsniveau) zich één-op-één door vertaalt in gezondheidswinst. Het is mogelijk dat de SES-score meer een *indicator* is voor een bepaalde levensstijl dan een *oorzaak*.



Figuur 2.2 Definitie Gezonde wijk aanpak: lokaal 4-sporen +-aanpak



Nulalternatief

De kosten en baten in de MKBA worden berekend ten opzichte van een nulalternatief. Dit beschrijft de meest waarschijnlijke situatie als het experiment Gezonde Wijk niet wordt uitgevoerd. Voor het nulalternatief gaan we er vooralsnog vanuit dat er geen *extra* inspanningen worden gepleegd op gezondheidsgebied en dat de gezondheidsachterstand de komende jaren gelijk blijft. Dat betekent dat deze MKBA de kosten en baten meeneemt van *alle* gezondheidsmaatregelen: zowel de daarin opgenomen bestaande programma's als de extra inspanningen. We komen hier op terug bij het bepalen van de totale kosten.

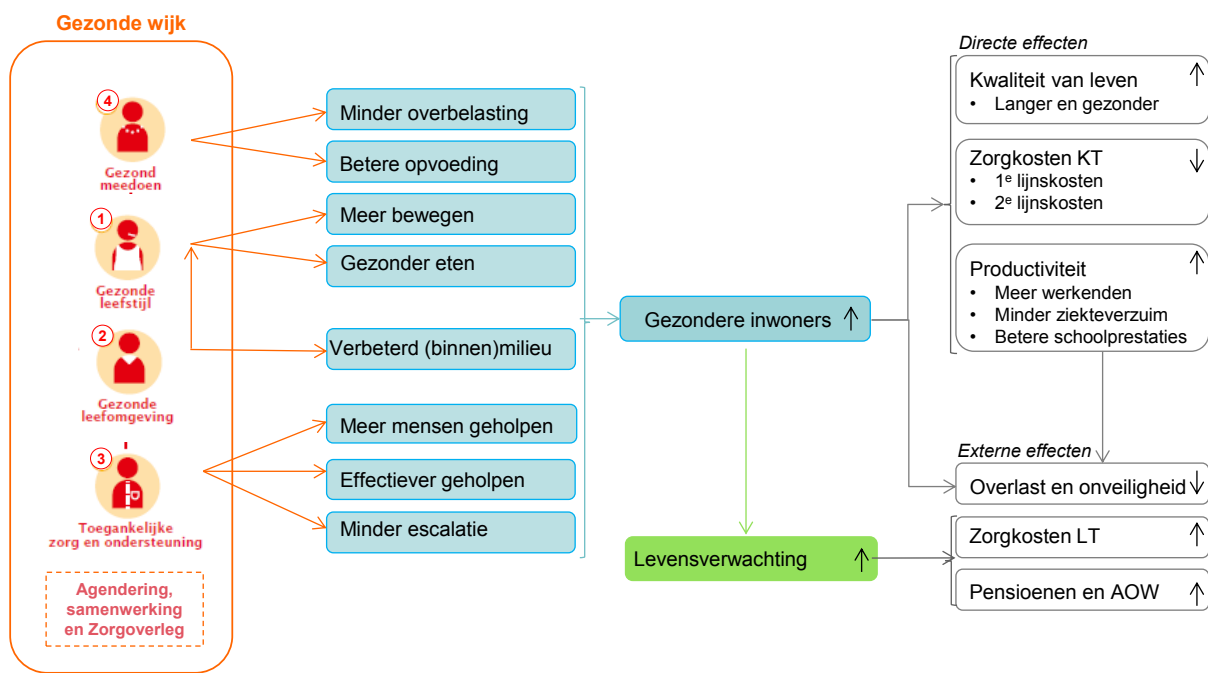


3. Effecten in beeld

3.1. Overzicht effecten

De gezonde wijk aanpak heeft een aantal verwachte effecten. Deze zijn in twee Arenabijeenkomsten onderzocht en in onderstaand oorzaak-gevolg diagram op hoofdlijnen weergegeven:

Figuur 3.1. De effecten van de Gezonde wijk aanpak



Alle sporen leiden in principe tot gezondere inwoners, zowel mentaal als fysiek. Vandaar treden de volgende directe (eind)effecten op:

- toename van de kwaliteit van leven voor de inwoners (een langer en gezonder leven, uitgedrukt in QALY's (quality adjusted life year, een maat voor het aantal gewonnen levensjaren);
- afname van de zorgkosten als gevolg van een efficiënter en effectiever gebruik van de eerstelijns zorg en het voorkomen van dure tweedelijns zorg;
- toename van de (arbeids)productiviteit. Gezondheid is een voorwaarde om mee te doen. Afhankelijk van de situatie - mensen met een betaalde baan, mensen zonder baan en kinderen - geeft dit respectievelijk minder ziekteverzuim, meer betaald werk - besparing op uitkering en inkomsten uit loonbelasting - en betere schoolprestaties.

Behalve directe effecten zijn er ook externe effecten: de onbedoelde positieve of negatieve (bij)effecten van de aanpak. Deze vallen bij andere partijen dan de projectpartijen. Externe partijen zijn hier de overige inwoners van de wijk en de maatschappij.

- **Overige inwoners van de wijk** ervaren mogelijk een verbeterde leefbaarheid en veiligheid in de wijk. Dit is het gevolg van de toename van de (arbeids)participatie en dan met name de afname van de vroegtijdig schooluitval en daarmee de jeugdwerkloosheid. Overigens is er ook een direct effect op de leefbaarheid als gevolg van de verbeterde gezondheid. We merken hierbij echter vast



op dat de richting van deze relatie ook andersom geldt: vermindering van overlast en onveiligheid heeft een positief effect op de gezondheid van de inwoners in de wijk;

- **De maatschappij** draagt op lange termijn kosten veroorzaakt door de langere (gezonde) levensverwachting. Enerzijds bestaat dit uit hogere zorgkosten als gevolg van ouderdomsziekten. Deze toename is in de meeste gevallen groter dan de directe besparing van de zorgkosten op korte en middellange termijn. Anderzijds staan tegenover de positieve waarde van een gewonnen levensjaar ook kosten van pensioenen en AOW. Deze effecten op zorguitgaven, sociale zekerheid en pensioenen worden gedragen door de maatschappij, aangezien deze uitgaven grotendeels collectief worden gefinancierd (via hogere premies).

De inschatting van deze relaties en effecten vindt hoofdzakelijk plaats op basis van literatuurstudies, ziekte-lastmodellen en regressieanalyses. Veel moeilijker is de inschatting van de eerste stap: *met hoeveel is de gezondheidswinst toegenomen als gevolg van de verschillende maatregelen?*

Om zich (kwalitatief) een goed beeld te kunnen vormen van hoe het werkt, hoe de verschillende maatregelen leiden tot een verbeterde gezondheid, volgt hieronder een uitwerking per spoor, in de vorm van een aantal voorbeelden.

3.2. Effecten van spoor 1 “Gezonde leefstijl”

Doelstelling

Verbeteren van de gezondheid door eet- en beweeggedrag gunstig te beïnvloeden (en mogelijk ook het rookgedrag, en alcoholgebruik).

Interventie

De interventies binnen spoor 1 zijn erop gericht inwoners meer te laten bewegen en gezonder te laten eten. Dit kan direct door beweegprogramma's maar ook indirect door de leefstijl inzichtelijk te maken evenals de eigen verantwoordelijkheid daarin.

De hier uitgewerkte interventies zijn:

- *Cursus Gezond Gewicht voor allochtone vrouwen* van veertien weken (twee uur per week), waarin in groepsverband ca. tien vrouwen één uur bewegen en één uur in de eigen taal leren over diëtetiek, psychosociale aspecten, supermarkt bezoek (cognitief). In totaal gaat het om ongeveer 60 vrouwen.
- *Fruitbeleid op voor- en basisscholen* dat fruit eten tot gewoonte maakt in de kleine pauze op voor-school en basisschool, in plaats van andere (ongezonde) tussendoortjes.
- *Beweegoffensief*. Reeks van maatregelen om de doorstroom van patiënten in geïndiceerde beweegprogramma's naar regulier sportaanbod in de wijk te versoepelen.

Belangrijkste effecten & baathebbers

De cursus Gezond gewicht zorgt ervoor dat allochtone vrouwen gaan bewegen. Ze ontmoeten andere vrouwen en komen daarmee uit hun sociaal isolement. Daarbij wordt er kennis overgedragen, waardoor het inzicht in de eigen leefstijl toeneemt. Niet alleen het beweeggedrag verandert (mogelijk) in gunstige zin, ook het eetgedrag kan hierdoor veranderen. Beide veranderingen zorgen voor een afname van het (over)gewicht. Dit zorgt voor een betere algehele gezondheid en minder zorgconsump-



tie als gevolg van de gezondere leefstijl. Een mogelijk neveneffect is dat kinderen positief beïnvloed worden en ook gezonder gaan eten en/of meer bewegen.

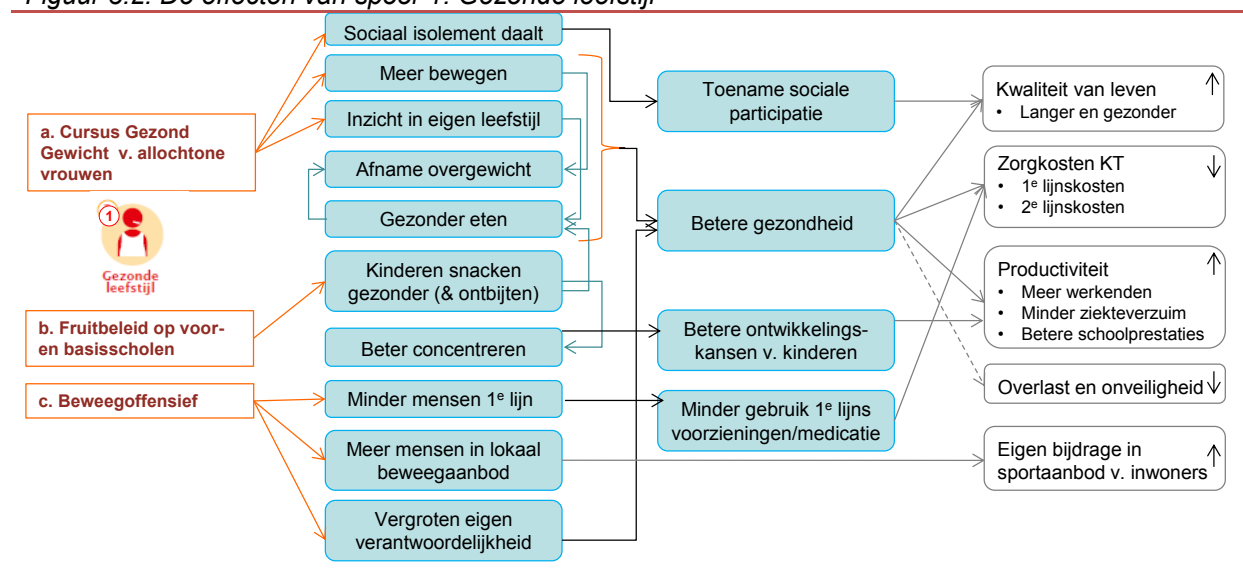
Het fruitbeleid op school heeft als direct effect dat kinderen gezonder gaan snacken. Het fruitbeleid is ook een stimulans om te na te denken over gezonde voeding in het algemeen. Kinderen eten mogelijk gezonder en ontbijten waar ze dit voorheen niet (altijd) deden. Uit onderzoek blijkt dat dit gezonde eetgedrag direct effect heeft op de concentratie en daarmee op de schoolprestaties van de kinderen. Mede als gevolg van een afname in (over)gewicht verbetert de gezondheid van het kind.

Het beweegoffensief heeft de volgende directe effecten:

- minder mensen komen in de eerstelijns zorg terecht, waardoor de kosten afnemen;
- meer mensen maken gebruik van het reguliere lokale beweegaanbod. Dit betekent wel dat inwoners iets meer betalen (eigen bijdrage). Mogelijk stijgen ook de kosten van het levensonderhoud van de doelgroep (verse groenten en fruit);
- de eigen verantwoordelijkheid groeit. Inwoners nemen het initiatief in eigen hand en zorgen daarvoor langduriger voor hun gezondheid.

Hieronder volgt de schematische weergave:

Figuur 3.2. De effecten van spoor 1: Gezonde leefstijl



De baathebbers zijn vrouwen, kinderen en overige inwoners, verzekeraars, werkgevers, de gemeente en wellicht de buurtbewoners.

Randvoorwaarden

Een van de randvoorwaarden om de eigen verantwoordelijkheid te vergroten en de zorgkosten betaalbaar te houden is dat een huisarts niet herhaaldelijk naar de eerstelijns zorg verwijst.



3.3. Effecten van spoor 2 “Gezonde leefomgeving”

Doelstelling

Verbeteren van de leefomgeving, zowel binnen- als buitenshuis, zodat mensen gezond kunnen wonen, werken en leven. Meer specifiek is het doel de buitenruimte zo aan te passen dat die uitnodigt om te gaan bewegen en er in de binnenmilieus voor te zorgen dat de luchtkwaliteit verbetert.

Interventie

De interventies binnen spoor 2 zijn in de regel fysieke ingrepen. Enerzijds zijn ze (indirect) gericht op het verbeteren van de gezonde leefstijl doordat er meer *fysieke* mogelijkheden gecreëerd worden om te bewegen. Voorbeelden hiervan zijn beweegtuinten, fietspaden, fietsstallingen nabij de woning en een Cruyff court. Anderzijds gaat het (direct) om het verbeteren van de gezondheid door een hogere kwaliteit van zowel binnen- als buitenruimte, bijvoorbeeld door open afvoergeisers te vervangen.

De hier uitgewerkte interventies zijn enkel gericht op de fysieke inrichting van de buitenruimte:

- *Beweegtuin*. Het aanleggen en beheren van een uitgebreide beweegtuin, toegankelijk voor bewoners van verzorgingshuizen in de buurt en breed voor alle bewoners van de wijk.
- *Stadsmoestuin*. Een coöperatie voor stadslandbouw, waarbij binnentuinen en andere groene ruimtes actief in eigendom worden genomen. De gewassen en opbrengsten gaan naar een eigen permanente groente- en fruitmarkt.

Belangrijkste effecten & baathebbers⁶

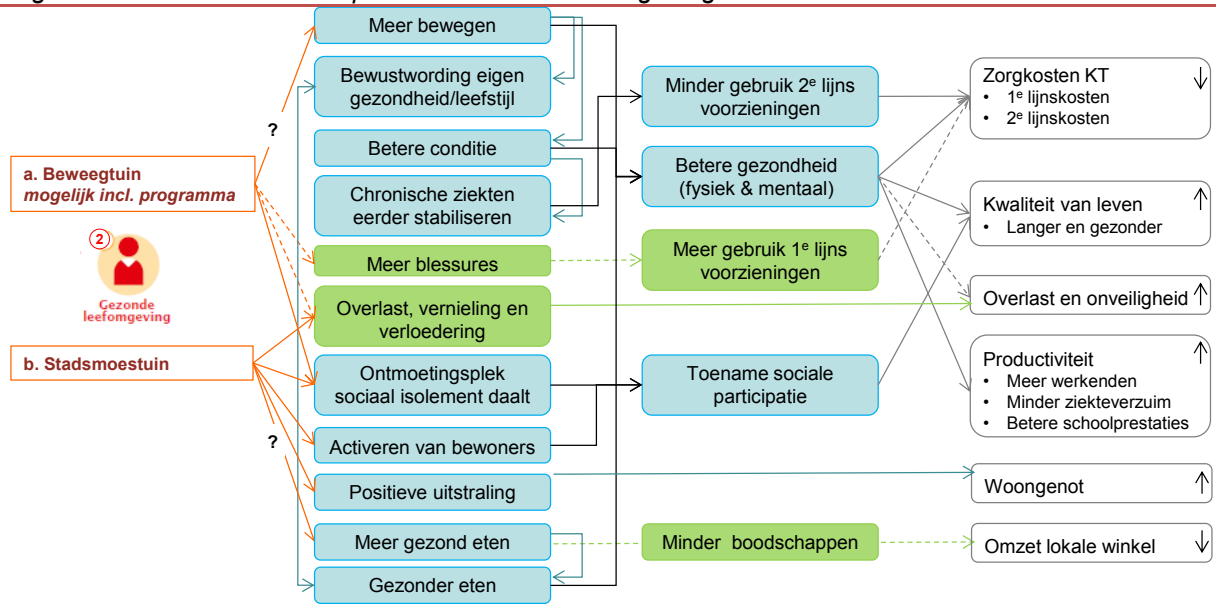
De beweegtuin en de stadsmoestuin zijn aanpassingen in de buitenruimte die uitnodigen om meer te gaan bewegen en gezonder te eten. Beide zijn een (fysieke) ontmoetingsplek. Inwoners zien en spreken elkaar en werken op een positieve manier samen, waardoor mensen uit hun sociale isolement komen.

- Meer bewegen en gezonder eten maakt mensen zich ook bewuster van hun gezondheid en leefstijl en hun invloed daarop. Het effect hiervan is dat mensen meer bewegen en gezonder eten. Zo ontstaat een ketenreactie van positieve effecten.
- Door meer te bewegen kunnen (chronische) ziekten worden voorkomen of langer worden uitgesteld. Hierdoor wordt minder en/of later gebruik gemaakt van dure tweedelijns voorzieningen.

⁶ Nota Bene: de hier benoemde effecten zijn gekoppeld aan de uitgewerkte interventies. Dat betekent dat effecten van niet-uitgewerkte interventies – zoals bijvoorbeeld een betere luchtkwaliteit a.g.v. van meer fietspaden, of een beter binnenmilieu a.g.v. vervangen geisers – niet in het schema zijn opgenomen. Bij de opzet van het model zijn ze – daar waar het gaat om de effecten van veel voorkomende interventies - wél meegenomen..



Figuur 3.3. De effecten van spoor 2: Gezonde leefomgeving



Een aantal neveneffecten zijn er ook. De ontmoetingsplekken kunnen leiden tot overlast, vernielingen en verloedering (zie ook de randvoorwaarden om dit te voorkomen). Verder kunnen blessures ontstaan bij de mensen die meer bewegen, vooral als dat zonder begeleiding gebeurt. In eerste instantie kan dit leiden tot méér gebruik van de eerstelijnsvoorzieningen. De verwachting is overigens dat dit niet opweegt tegen de besparing in eerstelijnsvoorzieningen als gevolg van een gezondere leefstijl (vandaar de stippellijn). De stadsmoestuin heeft ook als groenvoorziening - indien goed onderhouden - een positieve uitstraling op de buurt. Het woongenot wordt daardoor groter. Een eventueel klein bijeffect is de omzetsdaling van de lokale winkel vanwege de groente- en fruitopbrengst uit eigen tuin. De besparing komt overigens terecht bij de inwoners.

Randvoorwaarden

De belangrijkste vraag hier is of de inwoners door de *fysieke* interventie echt meer gaan bewegen, of ze gaan werken in de moestuin en of ze gezonder gaan eten. Er is een aantal factoren dat daarin bepalend kan zijn:

- programmering bij de beweegtuin;
- prijskaartje;
- cultuur of opvatting van de doelgroep (schaamte);
- tijdsinvestering;
- communicatie over de mogelijkheden/bekendheid;
- voldoende massa (grote groep);
- voorlopers of trekkers binnen de groep;
- commitment als het gaat om duurzaam gebruik/ onderhoud (vastleggen in overeenkomsten).

Deze randvoorwaarden zijn niet alleen van toepassing op de hier beschreven interventies, maar ook op andere fysieke ingrepen, zoals de aanleg van fietspaden.



Factoren die eventuele negatieve effecten - zoals overlast, vernieling, diefstal en verloedering - kunnen beperken:

- geschikte locatie (dichtbij doelgroep, enig toezicht,...);
- robuuste toestellen;
- beheer en onderhoud.

3.4. Effecten van spoor 3 “Toegankelijke zorg en ondersteuning”

Doelstelling

Het verbeteren van de toegankelijkheid en effectiviteit van de gezondheidszorg.

Interventie

De interventies binnen dit spoor zijn gericht op een betere samenwerking tussen eerstelijnszorgorganisaties op wijkniveau. Eén van de belangrijkste is de zogeheten GES-vorming: geïntegreerde eerstelijns samenwerking. Partijen in de wijk gaan een samenwerkingsverband aan. Ze beginnen met een gezamenlijk gebiedsanalyse, zoals de aansluiting van vraag naar en aanbod van eerstelijnszorg. Op basis van de gebiedsanalyse vindt thematische samenwerking tussen de verschillende eerstelijnsdisciplines plaats. De hier verder uitgewerkte interventie is *geïntegreerde eerstelijns samenwerking* voor ingeschreven patiënten van het Gezondheidscentrum in de wijk. Multidisciplinaire samenwerking staat centraal. Gezamenlijk wordt een wijkgericht zorgaanbodplan ontwikkeld en geïmplementeerd.

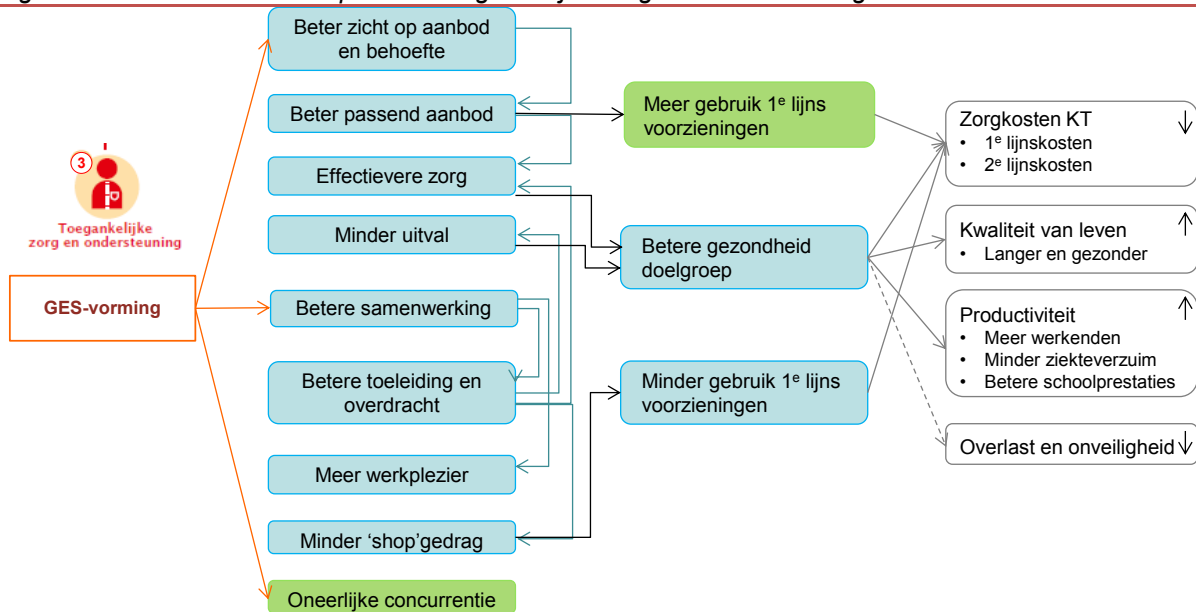
Belangrijkste effecten & baathebbers

De belangrijkste effecten zijn:

- Beter zicht op het aanbod in de wijk en hoe zich dit verhoudt tot de behoefte van de bewoners. Dit maakt het mogelijk het bestaande aanbod om te vormen en beter te laten aansluiten bij de problemen in de wijk. Dat leidt tot een groter bereik en dus tot meer gebruik van de voorzieningen en tot effectievere zorg en minder uitval uit bijvoorbeeld bewegingsprogramma's. Dat leidt tot gezondere inwoners.
- Partijen in de wijk gaan beter met elkaar samenwerken, bijvoorbeeld doordat ze elkaar kennen en de taken en rolverdeling helder zijn. Ze weten elkaar dus beter te vinden. Door procesafspraken te maken, verbeteren de toeleiding en de overdracht naar collega's. Dit leidt tot effectievere zorg en minder uitval en dus tot gezondere inwoners. Doordat partijen ook een gezamenlijk cliëntdossier vormen, wordt 'shop'-gedrag verminderd en daalt het gebruik van eerstelijnsvoorzieningen. Een onbedoeld positief neveneffect van de verbeterde samenwerking is het toegenomen werkplezier van de betrokken professionals.
- Een onbedoeld effect is dat partijen die niet zijn betrokken bij de GES-vorming nadeel ondervinden in de vorm van oneerlijke concurrentie. De betrokken partijen verwijzen immers naar elkaar door en krijgen een vergoeding om de samenwerking te verbeteren.



Figuur 3.4. De effecten van spoor 3: Toegankelijke zorg en ondersteuning



De baathebbers zijn de bewoners, andere buurtbewoners de verzekeraars en werkgevers.

Randvoorwaarden

De volgende randvoorwaarden zijn noodzakelijk om de effecten te bewerkstelligen.

- Voor de GES-vorming is een bevlogen en op integratie gerichte trekker nodig.
- Deelnemers beschikken over de capaciteiten en vaardigheden om het gezamenlijk belang c.q. het belang van wijkbewoners boven het 'eigen' belang te plaatsen, maar tegelijkertijd transparant te zijn over het eigenbelang.
- Gezamenlijke dossiervorming over cliënten.

3.5. Effecten van spoor 4 “Gezond meedoen”

Doelstelling

Het verbeteren van de gezondheid door verschillen in sociaaleconomische positie (opleiding, beroepsklasse en inkomen) te verkleinen.

Interventie

In het algemeen zijn de interventies binnen dit spoor gericht op het verbeteren van de voorwaarden om gezond mee te kunnen doen. Afhankelijk van de doelgroep gaat het steeds om andere voorwaarden. Zo gaat het bij mantelzorgers vooral om meer kennis over (andere) mogelijkheden en voorzieningen voor het verlenen van zorg. Voor kinderen geldt een rustige en stabiele gezinssituatie als voorwaarde om zich beter te kunnen ontwikkelen. Voor allochtonen vrouwen gaat het om de contacten met andere vrouwen. De hier verder uitgewerkte interventies zijn:

- *Cursus Mantelzorg, wat is dat?* Een cursus (van 4 x 3 uur) voor 170 mantelzorgende vrouwen en meiden (vanaf acht jaar), waarin informatie over voorzieningen en mogelijkheden voor begeleiding



en ondersteuning en methodes om zich de eigen positie bewust te zijn en om in balans te komen en te blijven.

- *Cursus opvoeden voor vaders*. Een cursus (twee delen van elk zes bijeenkomsten) voor ongeveer 200 allochtone vaders, die hen bewust maakt van hun rol in de opvoeding, waar ze ondersteuning krijgen en waar gewerkt wordt aan hun opvoedvaardigheden.

Belangrijkste effecten & baathebbers

In het geval van de cursus Mantelzorg zijn er twee directe effecten te verwachten:

- Bewustwording van de eigen rol als mantelzorger.
- Meer kennis van de voorzieningen en mogelijkheden voor begeleiding en ondersteuning.

Beide effecten zouden overbelasting van de mantelzorger moeten voorkomen en ertoe moeten leiden dat deze vaker een beroep doet op het netwerk in de buurt. Het effect zou ook moeten zijn dat voorzieningen van lokale welzijnsinstellingen vaker worden gebruikt, zoals het CIZ, de WMO en AWBZ. Hoewel het voorkomen van de overbelasting er ook voor zorgt dat minder vaak een beroep wordt gedaan op deze eerstelijnsvoorzieningen.

Voor de hulp van mantelzorgers betekent het vaak dat deze verbetert, maar ook dat er meer rust en stabiliteit in de thuissituatie ontstaan. Voor kinderen in deze gezinnen of voor mantelzorgende kinderen leidt dit tot het vergroten van de ontwikkelingskansen, waardoor de schoolprestaties kunnen verbeteren. Hulpbehoevende partners kunnen wellicht langer thuis blijven wonen. Dit voorkomt dure tweedelijns zorg. Tot slot verbetert de mentale gezondheid van de mantelzorgers en worden in sommige gevallen ook fysieke klachten voorkomen, bijvoorbeeld als gevolg van verkeerd tillen.

De opvoedcursus voor allochtone vaders zorgt voor een bewustwording van de rol als vader en het levert contacten op met andere vaders. Het onderwerp 'opvoeden' en de bijbehorende problemen komt daarmee uit de taboesfeer. Uiteindelijk leidt dit tot:

- betere opvoeding, een beter contact met het kind en meer rust en stabiliteit in het gezin. Dit verbetert de ontwikkelingskansen van de kinderen en voorkomt mogelijk overlast door deze kinderen;
- toename van de sociale participatie van de vaders. Dit geeft meer kwaliteit aan hun leven.

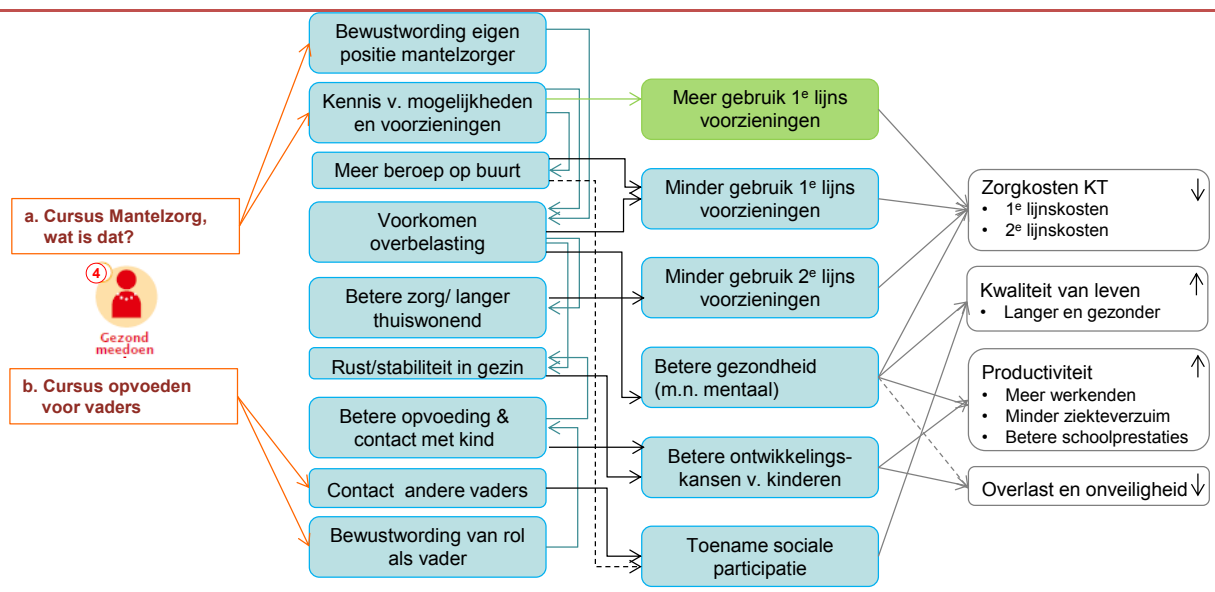
De baathebbers zijn de verzekeraars en het Rijk als gevolg van de lagere zorgkosten. Voor de mantelzorgers, de vaders en de directe gezinsleden verbetert de kwaliteit van leven. Verder kan op lange termijn bespaard worden op uitkeringen als gevolg van verbeterde schoolprestaties en profiteert de werkgever van de werkende mantelzorger door vermindering van het ziekteverzuim.

Randvoorwaarden

De belangrijkste randvoorwaarde bij de cursus voor vaders is dat deze gegeven wordt door een voor de doelgroep vertrouwenwekkende en gezaghebbende man. Voor beide cursussen geldt verder dat ze goedkoop of gratis moeten zijn om voldoende deelnemers te trekken.

Hieronder volgt de schematische weergave:

Figuur 3.5. De effecten van spoor 4: Gezond meedoen



3.6. Effecten van meer verbinden en samenwerken

Doelstelling

Het verbeteren van de afstemming tussen zorg- en hulpverleners. Meer verbinding en samenwerking binnen het hele sociale domein.

Interventie

Verbinding, samenwerking, overleg en agendering is niet een spoor zoals de overige vier in de Gezonde Wijk aanpak. Het is te beschouwen als een 'paraplu'. Het is de smeeroil die de interventies in de andere sporen mogelijk maakt (en ervoor zorgt dat de verwachte effecten zich voordoen). Het concrete voorbeeld dat is uitgewerkt is de *Agendasetting gezondheid jeugd*. De gevonden effecten zijn echter algemeen van toepassing.

De agendasetting houdt in dat het onderwerp systematisch bij verschillende partijen onder de aandacht wordt gebracht. Het gaat om bijvoorbeeld scholen, sportclubs, gezondheidsinstellingen - huisartsenpraktijk, consultatiebureau - en andere plekken waar ouders en kinderen komen. Iedereen streeft ernaar eenduidige boodschappen uit te zenden aan de doelgroep - kinderen en ouders - als het gaat om gezond eten en leven.

Belangrijkste effecten & baathebbers

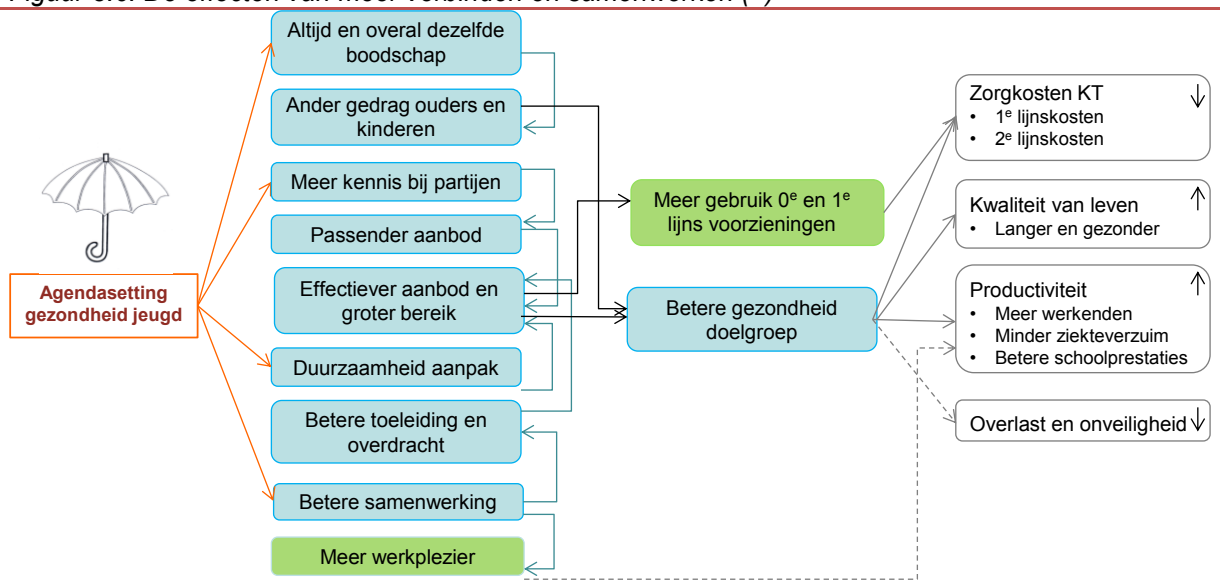
- De agendasetting leidt ertoe dat dezelfde boodschap overal op dezelfde manier wordt verkondigd. Dat betekent dat jongeren op school, op sportclubs en bij de huisarts steeds te horen krijgen dat bewegen en gezond eten goed voor ze is. De ouders krijgen dezelfde boodschap in het buurthuis, bij de huisarts enzovoorts. Dit leidt tot verandering van gedrag en een gezondere leefstijl en dus tot gezondere inwoners.
- Er ontstaat meer kennis bij de betrokken partijen over bijvoorbeeld de problematiek in de wijk, maar ook over het beschikbare aanbod. Zo wordt het mogelijk tot een beter passend aanbod te komen. Dat leidt tot meer deelname en een groter bereik. Dat leidt op korte termijn tot hogere kos-



ten voor de nulde- en de eerstelijnsvoorzieningen, maar bovenal tot gezondere inwoners in de wijk.

- Steeds terugkerende agendering leidt tot een duurzamere aanpak. Dat voorkomt projectfinanciering en draagt aldus bij aan een effectiever aanbod en een groter bereik en dus aan gezondere inwoners.
- De vormen van overleg en verbinding leiden tot betere samenwerking en dus tot betere overdracht en toeleiding. Dat leidt weer tot meer effectiviteit van het aanbod in de wijk en tot een groter bereik. Verder leidt de betere samenwerking tot meer werkplezier voor de betrokken professionals.
- Meer mensen maken gebruik van het reguliere lokale beweegaanbod. Dit betekent dat inwoners vaak iets meer moeten betalen (eigen bijdrage). Mogelijk stijgen ook de kosten van het levensonderhoud van de doelgroep (verse groenten en fruit).

Figuur 3.6. De effecten van meer verbinden en samenwerken (+)



De baathebbers zijn de bewoners zelf, de verzekeraars, werkgevers en andere buurtbewoners.

Randvoorwaarden

Om de verwachte effecten te bereiken moet aan de volgende randvoorwaarden worden voldaan:

- commitment van betrokken partijen;
- de capaciteit bij deelnemers om het gezamenlijk belang boven individuele belangen te stellen;
- het betrekken van sleutelfiguren uit bewonersorganisaties.

3.7. Samenvattend



In het voorgaande zijn een overall effectenschema en voorbeeldschema's voor de 4+1 sporen uitgewerkt. Voor ieder van de schema's geldt dat ze in twee delen uiteenvallen: het effect van de interventie op de gezondheid van de inwoners enerzijds en de maatschappelijke effecten van gezondere inwoners anderzijds.

Voor het kwantificeren van het eerste deel van het schema - de werkelijke effecten van de afzonderlijke interventies op de gezondheid van de inwoners – is gedegen effectonderzoek nodig. Dat is er (nog) niet. Momenteel wordt gewerkt aan een grootschalig effectonderzoek in de aandachtswijken (URBAN40), maar daar zijn nog geen resultaten van. Op iets hoger abstractieniveau is bruikbaar evaluatieonderzoek beschikbaar, bijvoorbeeld naar de effecten van het bewegingsoffensief in Overvecht.

Het tweede deel van het schema - de maatschappelijke effecten van gezondere inwoners - is beter te kwantificeren. Hiervoor staan onder meer regressiemodellen over de relatie tussen gezonde inwoners en arbeidsparticipatie of de relatie tussen gezonde inwoners en overlast en onveiligheid ter beschikking. Er zijn ook veel gegevens voorhanden over de relatie tussen de gezondheid van mensen en de zorgkosten op korte en lange termijn.

Voor de verdere uitwerking van de MKBA geldt dan ook dat we met name de relatie tussen gezondere inwoners enerzijds en maatschappelijke baten anderzijds zullen kwantificeren. Voor de relatie tussen de interventies en de gezondheidssituatie zullen we gebruik moeten maken van inschattingen gebaseerd op ervaringen elders. We rekenen met ander woorden met de *ambities* ofwel *potenties* van de Gezonde wijkaanpak.





4. Resultaten

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van de indicatieve MKBA. We vergelijken de (extra) kosten voor de gezonde wijkaanpak met de totale maatschappelijke effecten (bedoeld en onbedoeld). Deze worden net als de kosten uitgedrukt in euro's. Dit geldt ook voor de zaken die niet direct een prijskaartje hebben, zoals kwaliteit van leven of je veilig voelen. In het algemeen geldt dat de (maatschappelijke) baten te bepalen zijn door *hoeveelheid x prijs*, bijvoorbeeld 'twee mensen uitgestroomd uit de uitkering' x 'prijs van een uitkering'. Het MKBA-model is dan ook gebaseerd op twee soorten input:

- gegevens over de effectiviteit van inzet (*hoeveelheid*);
- informatie over de waarde (*prijs*).

In de inleiding is aangegeven dat er op dit moment (nog) geen resultaten uit systematisch effectonderzoek voorhanden zijn. Voor de bepaling van de effectiviteit van de aanpak is daarom gebruik gemaakt van ervaringen elders en literatuuronderzoek naar bijvoorbeeld landelijke kengetallen en effectmetingen. Dit hoofdstuk start met een presentatie van de kosten en baten (paragraaf 4.1). In paragraaf 4.2 staat een gevoeligheidsanalyse. Daarin wordt duidelijk wat de sleuteffecten zijn - met andere woorden: waar de sleutels tot optimalisering liggen. In paragraaf 4.3 wordt de verdeling over de verschillende actoren getoond. Daarmee wordt antwoord gegeven op de vraag: *wie heeft baat en wie betaalt?*

4.1. Maatschappelijke kosten en baten Gezonde Wijk

Op basis van de Arenaworkshops en de oorzaakgevolg schema's uit hoofdstuk 3 is een model ontwikkeld in Excel om de maatschappelijke kosten en baten van de Gezonde Wijk aanpak te berekenen. Dit hoofdstuk geeft de resultaten aan de hand van een voorbeeldwijk. In de bijlage is de *cockpit* van het Excelmodel opgenomen. Onderstaand figuur geeft een vereenvoudigde weergave van die resultaten. Zoals gezegd zijn de resultaten gebaseerd op (realistische) inschattingen van de effectiviteit.

In de voorbeeldwijk wonen ruim 10.000 inwoners. Het programma bereikt zo'n 2.000 mensen (volwassenen en kinderen). Daarnaast zijn er meer dan 4.000 mensen ingeschreven in het gezondheidscentrum, waar eerstelijnsamenwerking is. Na drie jaar is de inschatting dat er - als gevolg van het programma:

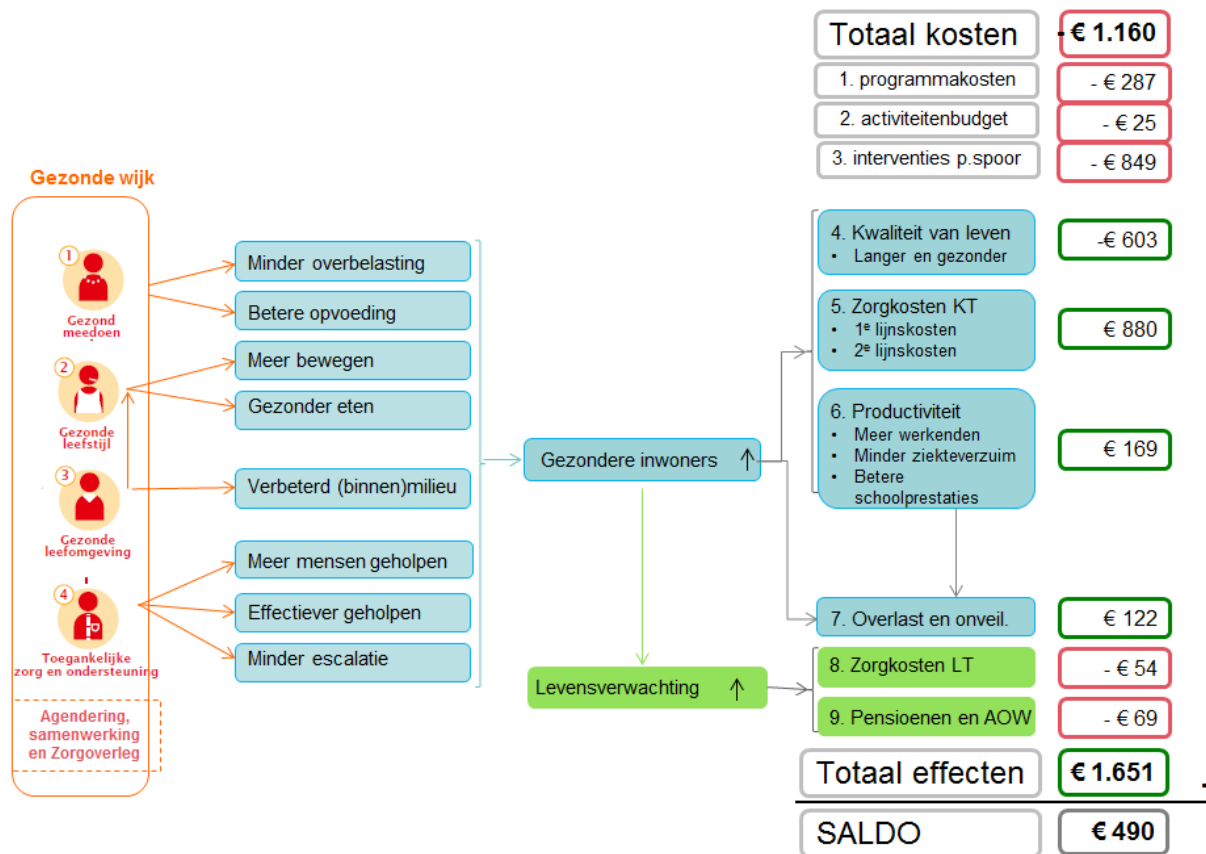
- 61 extra inwoners zijn met normaal gewicht,
- 22 extra inwoners zijn die voldoen aan de beweegnorm,
- 3 extra inwoners vrij zijn van psychische klachten,
- 4 mantelzorgers minder zijn die zich overbelast voelen,
- bijna 300 minder doorverwijzingen naar de tweede lijn worden gedaan.

De indicatieve MKBA Gezonde Wijk voor de voorbeeldwijk laat zien dat dit overeenkomt met een positief maatschappelijk saldo van bijna 0,5 miljoen euro. De maatschappelijke winst is ruim 40 procent. Dat wil zeggen dat iedere geïnvesteerde euro 1,40 euro aan maatschappelijke baten oplevert. Wanneer de *immateriële* effecten – kwaliteit van leven en vermindering overlast en onveiligheid - niet in het saldo worden meegenomen, resulteert dit in een negatief financieel saldo van ongeveer 0,25 miljoen euro. Dat betekent dat ieder gewonnen gezond levensjaar circa 4.200 euro kost. Ter vergelijking: de



borstkankerscreening kost eveneens 4.200 euro per gewonnen gezond levensjaar, de APK-keuring 80.000 euro.

Figuur 4.1 Uitkomsten indicatieve MKBA Gezonde Wijk



Hieronder volgt een toelichting per post.

Kosten

De totale kosten van de Gezonde Wijk bedragen 1,2 miljoen euro voor 3 jaar, en bestaan uit:

1. algemene programmakosten,
2. activiteitenbudget en
3. kosten voor de interventies per spoor.

Tabel 4.2. Jaarlijkse kosten

Kosten	Aantal	Kosten per jaar
1. Programmakosten	± 40 uur per week	€ 100.000,-
2. Activiteitenbudget		€ 9.000,-
3. Interventies per spoor:		€ 300.000,-
- gezonde leefstijl		€ 40.000,-
- gezonde leefomgeving		€ 90.000,-
- toegankelijke zorg		€ 16.000,-
- gezond meedoen		€ 125.000,-
- verbinding, samenwerking en agendering		€ 30.000,-



De programmakosten bestaan voornamelijk uit personeelskosten. Afhankelijk van de grootte van de wijk en de omvang van het programma verschilt het aantal fte. We rekenen hier met een inzet van circa veertig uur per week.

Directe effecten

De directe ofwel bedoelde effecten zijn:

4. *Gezondheidswinsten (in QALY's)*. Gezondheidswinsten zijn een van de belangrijkste baten. Bovenal heeft de Gezonde wijk tot doel om de gezondheid van de inwoners te verbeteren en daarmee de kwaliteit van leven⁷. De kwaliteit van het leven en de levensverwachting neemt toe als gevolg van minder overgewicht, meer bewegen, minder psychische klachten en (mentale) overbelasting. Deze winst wordt uitgedrukt in gewonnen gezonde levensjaren (quality adjusted life years / QALY's⁸). Op basis van kengetallen van RIVM, aangevuld met aannames (zie tabel) weten we dat een afname van overgewicht en lichamelijke inactiviteit leidt tot een stijging van de gezonde levensverwachting van respectievelijk 0,8 en 0,4 jaar. Voor jongeren (20-jarigen) is deze stijging zelfs gemiddeld 4,8 en 3,3 jaar. Daarnaast is de wegingsfactor van depressie 0,42 ofwel een patiënt met depressie verliest gemiddeld 42 procent van de kwaliteit van leven. Wanneer we dit 'loslaten' op de hoeveelheidseffecten (zie hierboven), worden naar schatting 140 QALY's gewonnen. Tegen een waardering van € 20.000 per QALY betekent dit een bate van afgerond 600.000 euro. Maar aangezien deze keuze (nog) redelijk arbitrair is⁹, gaat onze voorkeur uit naar het uitdrukken van deze baat in een kosteneffectiviteitsmaat waarbij de QALY's een eigen waarde hebben, zie ook conclusie.

Tabel 4.3. Gewonnen levensjaren t.o.v. normactief/normaal gewicht

QALY's normactief/normaal t.o.v.	inactief	semiactief	ernstig overgewicht	matig overgewicht
jongeren: man	3,4	0,9	4,6	1,3
jongeren: vrouw	3,2	0,9	5,0	1,4
Gemiddelde	3,3	0,9	4,8	1,4
volwassenen	0,4	0,1	0,8	0,2
ouderen	0,2	0,1	0,4	0,1

Bron grijze cellen: RIVM "bouwstenen voor keuzes rond preventie in Nederland"

5. *Besparing zorgkosten*

a. Als gevolg van een gezondere levensstijl:

Algemeen geldt dat ongezond gedrag - overgewicht, te weinig lichamelijke activiteit en verkeerde eetgewoonten - leidt tot hoge zorgkosten. Het aandeel in de totale zorgkosten is echter relatief beperkt. De kosten van ziekten als gevolg van overgewicht vormen ongeveer twee procent van de

⁷ Maakt circa 40% uit van het totaal aan baten

⁸ de Quality Adjusted Life Year (QALY) is een veelgebruikte methode om gezondheidswinst te kwantificeren. De kwaliteit van leven wordt uitgedrukt in een getal tussen 0 en 1, waarbij 1 staat voor de waarde van één volledig gezond levensjaar. Een waarde hiertussen geeft de waarde van leven met een specifieke ziekte. Een waarde van bijvoorbeeld 0,5 betekent dat iemand evenveel waarde hecht aan een jaar met een bepaalde ziekte als aan een half jaar in volledige gezondheid. De gezondheid is m.a.w. 50 procent van de optimale gezondheid. In de QALY-indicator zitten ook zaken als levensgeluk of zelfstandigheid.

⁹ Als waarde van een QALY wordt in veel MKBA's het bedrag van 100.000 euro gehanteerd. RIVM-studies hanteren daarentegen 20.000 euro als ondergrens of maatstaf voor de kosteneffectiviteit van een maatregel. We gebruiken hier de ondergrens.



totale zorgkosten. Dit is weinig in vergelijking met andere ziektegroepen (psychische stoornissen (22 procent), hart- en vaatziekten (10 procent)). De besparing op zorgkosten op korte termijn is beperkt. Daarbij komt dat op lange termijn de levensverwachting toeneemt door het gezond gedrag. Inwoners leven langer en lopen daardoor meer kans om op latere leeftijd andere ziekten te krijgen. Dit zorggebruik leidt tot extra kosten - zie hieronder bij externe effecten. Op basis van onderstaande besparing in zorgkosten en de hoeveelheden - circa 20 extra inwoners met beweegnormen en een toename van 60 inwoners met normaalgewicht - komen we op een baat van ongeveer € 90.000.

Tabel 4.4. Lagere zorgkosten t.o.v. normactief/normaal gewicht

Totale zorgkosten van ziekten veroorzaakt door ongezonde leefstijl				
Zorgkosten normaal t.o.v.	inactief	semiactief	ernstig overgewicht	matig overgewicht
Jongeren	€ 8.911-	€ 2.673-	€ 9.000-	€ 2.139-
volwassenen	€ 5.941-	€ 1.782-	€ 6.000-	€ 1.426-
ouderen	€ 2.970-	€ 891-	€ 3.000-	€ 713-

Bron: bewerkingen op RIVM: zorgkosten van ongezond gedrag

b en c: als gevolg van GES-vorming:

Naast de kosten voor de GES-vorming zelf (vergoeding overlegtijd en POH-ondersteuning in de praktijk, beide opgenomen in de kosten voor interventies per spoor) leidt de samenwerking in de eerstelijnszorg in eerste instantie tot hogere kosten: meer en langere consulten door de huisarts en extra POH-consulten. In de wijken waar ervaring is opgedaan met GES-vorming bedroeg deze stijging ongeveer 10 procent. Op basis van de standaardtarieven voor eerstelijnsconsulten (zie tabel hieronder) zijn de totale kosten over drie jaar circa € 185.000.

Tabel 4.5. Tarieven huisartsenzorg

Soort consult	Tarief
Gewoon consult huisarts	€ 29,29
Lang consult huisarts	€ 58,56
POH-consult	€ 13,67

Bron: NZA, tarieven huisartsenzorg

Deze extra inspanningen in de tweede lijn leiden tot een daling van het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn met 5 procent, ofwel zo'n 300 doorverwijzingen per jaar. De kosten van een gewogen DBC in de tweede lijn (ziekenhuiszorg) bedragen € 1200,-¹⁰. De totale potentiële besparing in de tweede lijn is bijna 1 miljoen euro over een periode van 3 jaar.

In de wijken waar de MKBA op is gebaseerd is nog geen verandering in het aantal medicijnvoorschriften waargenomen. Dit effect is dan ook op € 0 gewaardeerd.

¹⁰ Bron: Agis Achmea, november 2011



d. als gevolg van minder psychische klachten

De interventies uit het programma leiden tot ongeveer drie mensen met minder psychische klachten. Niet iedereen die aangeeft psychische klachten te hebben wordt hier ook voor behandeld. De inschatting is dat dit voor ongeveer de helft van de mensen geldt. Gegevens van de brancheorganisatie GGZ Nederland laten zien dat ongeveer 90 procent van de behandeling ambulant is, en 10 procent in een residentiële setting plaatsvindt. Uit onderstaande tabel blijkt dat de gewogen gemiddelde kosten € 3.828 bedragen per behandeling. De besparing op de zorgkosten voor psychische klachten is ruim € 5.000¹¹ over een periode van drie jaar.

Tabel 4.6. Kosten GGZ-behandelingen

Soort behandeling	aandeel	tarief
Residentieel / semi-residentieel	10%	€ 22.852
Ambulant	90%	€ 1.714
Gewogen gemiddelde		€ 3.828

Bron: GGZ Nederland, sectorrapportage 2010 'Zorg op waarde geschat'

6. *Productiviteitswinst*. Gezonde mensen hebben minder fysieke en psychische belemmeringen om te werken dan ongezonde mensen. Dat komt tot uiting in a. meer mensen aan het werk en b. minder ziekteverzuim.

a. Meer mensen aan het werk

Uit onderzoek blijkt dat er een statistisch aantoonbaar verband is tussen de gezondheidssituatie van de bevolking van een wijk en het werkloosheidspercentage in dezelfde wijk. Op basis van dit statistisch verband is het aantal mensen in de wijk dat *als gevolg van* het gezondheidsprogramma weer aan het werk gaat bepaald op drie. Dit betreft jongeren, die anders een WAJONG uitkering hadden ontvangen, maar nu het minimumjeugdloon gaan verdienen.

Tabel 4.7. Prijzen meer mensen aan het werk

Soort uitkering	Uitkering pj (incl uitv kosten)	Bruto minimum loon	Belasting	Netto minimum loon
Jongeren (WAJONG)	€ 8.400	€ 13.572	15%	€ 11.536
Volwassenen (WWB)	€ 11.021	€ 18.408	15%	€ 15.733

Bron: www.szw.nl

De baten voor de overheid bestaan uit de besparing op de uitkering en de uitvoeringslasten en de extra belastinginkomsten voor de staat. De baat voor het individu is het verschil tussen de hoogte van de uitkering en de hoogte van het minimumloon. Omdat onzeker is hoe lang mensen in staat zijn om uit de uitkering te blijven, worden de baten meegenomen over een periode van drie jaar. De totale maatschappelijke winst van meer werkenden bedraagt ruim € 100.000.

¹¹ Nota Bene: doordat we werken met statistieken en schattingen is het aantal mensen dat niet behandeld hoeft te worden *modelmatig* bepaald op 1,4. In werkelijkheid gaat het natuurlijk altijd om hele aantallen.



b. Minder ziekteverzuim

Naast extra mensen aan het werk, is er in potentie ook minder verzuim door reeds werkenden. Gemiddeld verzuimt een persoon met matig overgewicht ruim negen dagen minder per jaar dan iemand met ernstig overgewicht. De gemiddelde kosten per verzuimdag zijn € 48 euro. Omdat de programma's in de voorbeeldwijk zich voornamelijk richten op jongeren, is de afname van het aantal werkende obese volwassenen 0. In de voorbeeldwijk is deze baat dus € 0.

Het laatste onderdeel van de productiviteitswinst komt door het lagere aantal overbelaste mantelzorgers. De kosten van verzuim bij een depressie of burn-out bedragen ruim € 11.000¹². Gecorrigeerd voor het aantal niet-werkenden mantelzorgers (12%)¹³ zijn de baten circa € 28.000 voor een periode van drie jaar.

Externe effecten

7. *Reductie overlast en onveiligheid.* Een betere gezondheid - waaronder ook een afname van psychische klachten en depressiviteit - leidt naar verwachting tot een afname van de mate van overlast en onveiligheid in de wijk. Daarnaast ligt er een indirecte relatie via de lagere werkloosheid. Betere gezondheid leidt tot minder werkloosheid en dit leidt weer tot minder overlast en onveiligheid in de wijk. De maatschappelijke waarde van die reductie van problemen op het gebied van overlast en onveiligheid is met behulp van de hedonische prijsmethode ingeschat¹⁴, en komt uit op circa 24 euro per woning in de voorbeeldwijk. De netto contante waarde van dat effect bedraagt bijna € 122.000.
8. *Hogere zorgkosten als gevolg van gewonnen levensjaren.* De extra zorgkosten voor overige ziekten door de langere levensverwachting bij jongeren bedragen € 70.000. Voor volwassenen en ouderen is dat minder. Dit zijn cumulatieve zorgkosten over een periode van 100 jaar. Deze kosten gaan spelen op of rond een leeftijd van 75 jaar. De netto contante waarde bedraagt € 50.000. De lagere zorgkosten is hier dus (met een disconto van 5,5 procent) groter dan de hogere, waardoor de netto besparing positief uitvalt (€ 40.000).

Tabel 4.8. Hogere zorgkosten t.o.v. normactief/normaal gewicht

Totale zorgkosten van overige ziekten				
Zorgkosten normaal t.o.v.	inactief	semiactief	ernstig overgewicht	matig overgewicht
Jongeren	€ 69.307	€ 20.792	€ 70.000	€ 16.634
volwassenen	€ 8.401	€ 2.310	€ 11.667	€ 2.464
ouderen	€ 4.200	€ 1.155	€ 5.833	€ 1.232

Bron: bewerkingen op RIVM: zorgkosten van ongezond gedrag

9. *Hogere kosten pensioen/AOW als gevolg van gewonnen levensjaren.* Tegenover de waarde die de gewonnen levensjaren met zich meebrengen, staan ook de kosten die gemaakt moeten worden voor het levensonderhoud. Voor het overgrote deel zullen deze gewonnen levensjaren vallen

¹² Gebaseerd op: extra verzuim t.o.v. gemiddelde = 134 dagen x € 84 per dag. Bron: Arbonet en ministerie van SZW.

¹³ Bron: WMO monitor 2011, gemeente Den Haag

¹⁴ Voetnoot naar modellen Atlas



in de niet-actieve periode. Daarmee moeten ze in de vorm van AOW en pensioenen worden opgebracht door het werkende deel van de bevolking. Uitgaande van 140 gewonnen levensjaren, € 12.000 AOW en een gemiddeld pensioen van € 4.000, betekent dit een netto contante waarde van 70.000 euro.

Tot slot is een belangrijke factor voor de verschillende batenposten de duurzaamheid van de interventie. Het vermoeden is dat het aantal deelnemers dat terug valt in de oude gedragspatronen hoog is, maar cijfers ontbreken. Vooralsnog is gerekend met een percentage van 50%. Deze terugval kost ongeveer € 700.000.

4.2. Gevoeligheidsanalyse

In de vorige paragraaf is op basis van de hoeveelheid ofwel de effectiviteit van de interventies per post de baat berekend. Deze hoeveelheden zijn gebaseerd op inschattingen en ervaringen elders, maar zijn met andere woorden niet hard. De aannames die het meest bepalend zijn voor het saldo, ofwel de grootste 'knoppen' tot effectiviteit zijn:

- effect op lichamelijke gezondheid en dan m.n. het effect op overgewicht bij jongeren;
- effect op psychisch welbevinden, de afname van het aantal psychische klachten en de overbelasting bij mantelzorgers;
- effect op zorggebruik waarbij het gaat om de verhouding tussen de toename van het aantal eerstelijns consulten en de afname van (dure) 2^e lijns zorg;
- duurzaamheid van de interventies. Monitoring ten aanzien van de terugvalpercentages ontbreekt vooralsnog.

Voor deze 'knoppen' hebben we een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd, die is samengevat in tabel 4.9.

Tabel 4.9. Gevoeligheidsanalyse MKBA Gezonde wijk op onzekere factoren

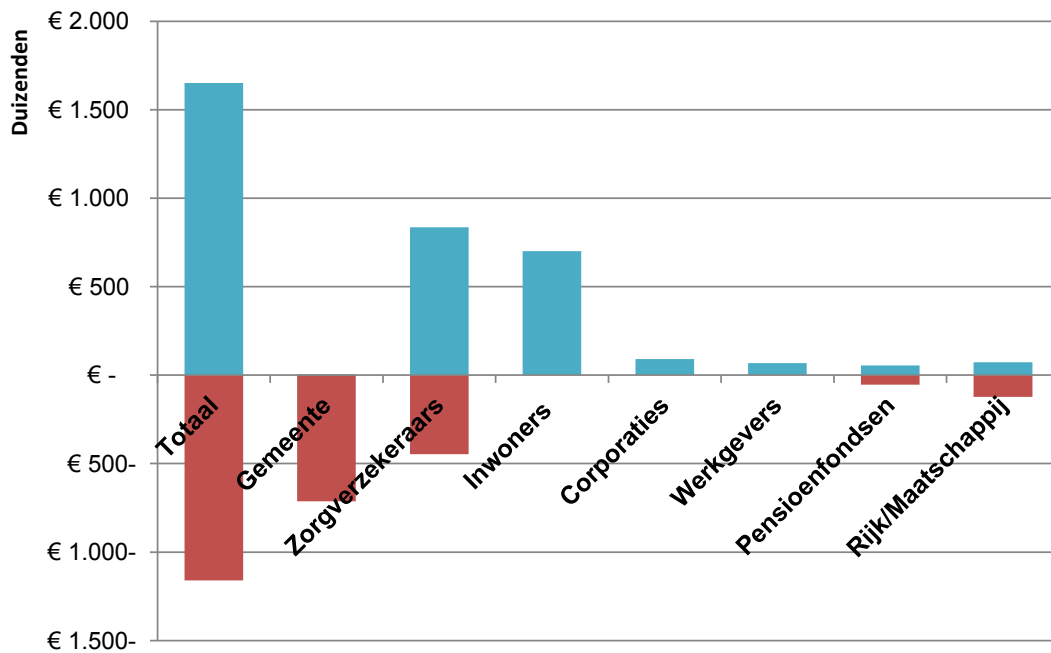
Onzekere factoren	Effect op aantal	Effect op MKBA saldo
Effect op lichamelijke gezondheid		
1. Afname overgewicht kinderen - 0% i.p.v. -6%	60 kinderen met overgewicht	- € 576.000
Effect op psychisch welbevinden		
2. Afname psychische klachten - 0% i.p.v. -2%	3 inwoners met psychische klachten	- € 100.000
Effect op zorggebruik		
3. Afname doorverwijzing tweede lijn - -2% i.p.v. -5%	180 doorverwijzingen	- € 581.000
Duurzaamheid		
4. Terugvalpercentage - 30% i.p.v. 50%	15 kinderen met normaalgewicht, 8 inwoners met beweegnorm, 1 inwoner z. psychische klachten	+ € 284.000



4.3. Verdelingseffecten

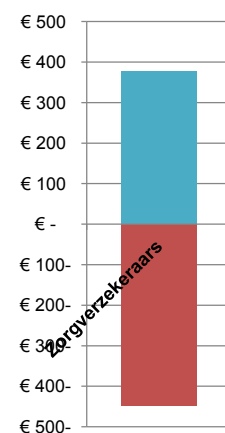
Niet alleen het totale saldo is belangrijk, maar ook de verdeling van de kosten en baten over de verschillende betrokken partijen. Onderstaand figuur geeft deze verdeling (in rood de kosten en in blauw de baten).

Figuur 4.10. Overzicht van kosten en baten per actor



De grootste baathebbers zijn de inwoners van de aandachtswijken. Dit is dan ook de legitimatie voor de gemeente om te investeren. De directe baat die de gemeente heeft door een afname van de uitkeringen is niet voldoende voor een positieve businesscase. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar een grote baat. Dit verklaart hun betrokkenheid bij de aanpak. In steden waar de zorgverzekeraar nog niet betrokken is geeft de uitkomst van deze MKBA handvatten om het gesprek over deelname te openen. Overigens geeft deze MKBA een *potentie* weer. Het daadwerkelijk pakken ofwel verzilveren van de winst vraagt nog om een extra inspanning. In de praktijk blijkt dit nog niet vanzelfsprekend te zijn. Als slechts de helft verzilverd wordt is de businesscase niet positief zoals de figuur hiernaast laat zien.

Voor de zorgverzekeraar geldt overigens wel dat ze op langere termijn hogere kosten zal krijgen. We hebben hiervoor aangenomen dat deze extra zorgkosten in de vorm van hogere premies bij de maatschappij vallen. Ook het andere negatief uitvallende effect - hogere kosten aan AOW en pensioenen - komt op deze wijze bij de maatschappij terecht. Pensioenfondsen berekenen de hogere kosten door in de premies, waardoor hun saldo nul is. De maatschappij, overige inwoners in de wijk en de corporatie hebben baat door een afname van overlast in de wijk en door meer inwoners met betaald werk.



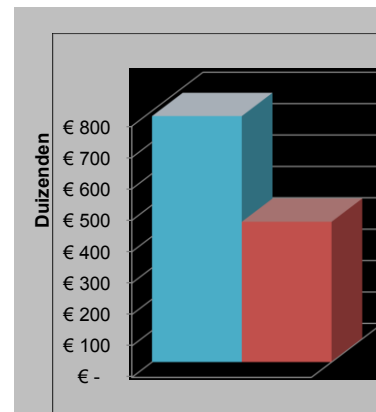
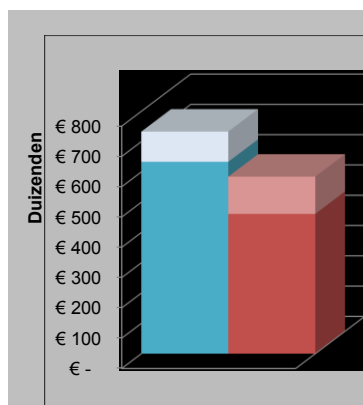


5. Conclusies en lessen

Dit hoofdstuk vat de belangrijkste conclusies uit voorgaande hoofdstukken samen. Tevens worden enkele lessen uit het onderzoek benoemd.

5.1. Conclusies

1. De Gezonde Wijk aanpak heeft in potentie een maatschappelijke winst. In de voorbeeldwijk van deze indicatieve MKBA is dat ruim 40 procent. Dat wil zeggen dat iedere geïnvesteerde euro 1,40 euro aan maatschappelijke baten oplevert. Wanneer de *immateriële* effecten – kwaliteit van leven en vermindering overlast en onveiligheid - niet in het saldo worden meegenomen, resulteert een negatief financieel saldo van ongeveer 0,25 miljoen euro. Dat betekent dat ieder gewonnen gezond levensjaar circa 4.200 euro kost.



2. De maatschappelijke winst van spoor 1 – gezonde leefstijl - gericht op meer bewegen en gezonder eten, bedraagt 30 procent. De winst bestaat voor ruim tweederde uit immateriële baten: gezondere en langer levende inwoners van de wijk.
3. De maatschappelijke winst van spoor 3 – toegankelijke zorg, vormgegeven door integrale samenwerking in de eerste lijn, bedraagt 75 procent. Deze winst is puur financieel en komt ten bate van de zorgverzekeraars.
4. Investeren in jongeren loont. Iedere jongere die tot een gedragsverandering komt (en dus gaat voldoen aan de beweegnorm of die van overgewicht naar normaal gewicht gaat), levert een maatschappelijke baat op in termen van gezondheidswinst en zorgkosten van ruim € 5.000, tegenover € 1.200 en respectievelijk € 800 voor volwassenen en ouderen.

5.2. Lessen

1. De MKBA biedt een goede basis voor het opzetten van een monitor. Monitoring is van belang, zowel vanuit het oogpunt van legitimatie (welk effect wordt bereikt met de inzet van publieke middelen) als vanwege beleidsleren. Er zijn vier sleuteffecten, ofwel 'knoppen' die van grote invloed zijn op het saldo:



- effect op lichamelijke gezondheid en dan m.n. het effect op overgewicht bij jongeren;
- effect op psychisch welbevinden, de afname van het aantal psychische klachten en de overbelasting bij mantelzorgers;
- effect op zorggebruik waarbij het gaat om de verhouding tussen de toename van het aantal eerstelijns consulten en de afname van (dure) tweedelijns zorg;
- duurzaamheid van de interventies. Monitoring ten aanzien van de terugvalpercentages ontbreekt vooralsnog.

Systematische monitoring en evaluatie maken het mogelijk om de MKBA periodiek te updaten en verder te 'harden'.

2. De programmadoelstellingen zijn in de meeste steden (nog) niet SMART geformuleerd. Bij de verdere ontwikkeling van het programma verdient het aanbeveling dat wel te doen. Het dwingt tot het systematisch nadenken over welke doelen prioriteit hebben en over de wijze waarop deze doelen behaald kunnen worden. SMART doelstellingen werken ook verbindend: het is voor alle betrokkenen helder welke doelen nagestreefd worden. Ten derde zijn ze een middel om het gesprek te voeren tussen betrokken partijen. Het concretiseren van doelen leidt automatisch tot een dialoog over de bijdrage die eenieder moet leveren. Betrokkenen kunnen elkaar aanspreken op hun inzet. Knelpunten zijn sneller boven tafel en sturing op de voortgang wordt daarmee eenvoudiger.
3. Fysieke ingrepen in de leefomgeving zijn in voorliggende indicatieve MBKA slechts beperkt aan bod gekomen. Op basis van eerder onderzoek¹⁵ weten we dat deze ingrepen – in de vorm van bijvoorbeeld verbetering van het binnenmilieu, of de aanleg van aantrekkelijke loop- of fietsroutes potentieel veel baten kunnen opleveren. Er zijn echter ook grote kosten mee gemoeid. Het is daarom aan te bevelen om gezondheidsaspecten te betrekken bij reeds geplande fysieke ingrepen. Dit kan een logisch onderdeel zijn van het spoor 'meer verbinden en samenwerken' zoals beschreven in paragraaf 3.6.
4. Er bestaat een grote samenhang tussen de gezondheid van inwoners en de sociaal economische status (SES) score. Dat leidt soms tot de conclusie dat het beïnvloeden van die score onderdeel moet zijn van gezondheidsbeleid. Dat is echter niet per definitie waar. Het is heel wel mogelijk dat de SES-score meer een indicator is voor een bepaalde levensstijl dan een verklaring. Dat zou betekenen dat verhoging van de SES-score maar een beperkt gezondheidseffect heeft. Daar komt bij dat de SES-score vooral te beïnvloeden is door maatregelen op het gebied van onderwijs, werk en woonomgeving. Omgekeerd vallen de grootste effecten ook op deze beleidsterreinen. De vraag is dus wat beïnvloeding van de SES-score betekent voor gezondheid. Op basis van onderzoek lijkt hier nog geen sluitend antwoord op te zijn.

¹⁵ Zie: MKBA Gezondheid inde Haagse Krachtwijk, LPBL 2009



Bijlage 1: Cockpit model

Aannames op gezondheid		Hoeveelheid		Kosten en Baten		Totaal	
						NCW	
						Totale kosten	
						€ 1.160.441	
						Totale baten	
						€ 1.651.168	
						Directe effecten	
						€ 603.238	
						€ 880.184	
						€ 169.088	
						€ -	
						Externe effecten	
						€ 1.341-	
						€ 121.624	
						€ 54.064-	
						€ 68.901-	
						€ -	
						MKBA saldo	
						€ 490.727	
						Maatschappelijk K-B verhouding	
						42%	
						Financieel K-B verhouding	
						-20%	
						Maatschappelijk rendement	
						10%	
						Aantal gewonnen levensjaren (Qaly's)	
						143	
						Kosteneffectiviteit (omslagpunt)	
						€ -	
						Vershil	
						€ -	

INVOER		Hoeveelheid	
1 Effect op lichamelijke gezondheid		Aantal inwoners voorbeeldwijk	
Toename normactieven		10.373	
kinderen	0%	Toename inwoners met beweegnorm	22
volwassenen	5%	kinderen/jongeren	0
ouderen	1%	Toename inwoners met normaalgewicht	61
Afname overgewicht		kinderen/jongeren	61
kinderen	-6%	Minder inwoners met psychische klachten	3
volwassenen	0%	Minder overbelaste mantelzorgers	4
ouderen	0%	Meer aan het werk	
		Jongeren	3
		Langdurig werklozen	0
2 Effect op psychisch welbevinden		Minder doorverwijzingen 2e lijn	
Afname psychische klachten		-299	
Vermindering overbelasting mantelzorgers			
3 Effect op zorggebruik			
Toename consulten eerste lijn		10%	
Afname voorschriften medicatie		0%	
Afname doorverwijzing tweede lijn		-5%	
4 Overig			
% terugval		50%	
Gezondheidswinst in euro's		1	
Waardering gewonnen levensjaar		€ 20.000	
AOW en pensioenen in beeld		1	
Alleen spoor 2 in beeld		0	
Alleen spoor 4 in beeld		0	

Duizenden