



MKBA Gezondheid in de Haagse krachtwijk

- Conceptrapportage -

Opgesteld op verzoek van:
Ministerie van VROM Wonen Werk en Integratie
Gemeente Den Haag



Inhoud

Managementsamenvatting	i
1. Inleiding	2
1.1 Aanleiding en vraagstelling	2
1.2 Aanpak Lubbe & Larsen	3
1.3 Leeswijzer	4
2. Gezondheid in de Schilderswijk	5
2.1 Probleem en doelstelling	5
2.2 Project en nulalternatief	6
2.3 Projecteffecten: Oorzaak-gevolg schema	7
2.4 Verdeeleeffecten: Actorenanalyse	10
3. “Doorrekenen” van de ambitie	12
3.1 Omvang directe gezondheidseffecten	12
3.2 Waarde projecteffecten	15
3.3 Kosten gezondheidsprogramma	23
4. Kosten en baten gezondheidsprogramma	25
4.1 Overzicht kosten en baten “Gezond en actief leven”	25
4.2 Overzicht kosten en baten “Gezonde leefomgeving”	28
5. Conclusie en aanbeveling	30
Bijlagen:	32
1. Procesinformatie	33
2. Geraadpleegde bronnen	35
3. Aan ongezond gedrag gerelateerde ziekten	36
4. Cijfers Schilderswijk en Den Haag	37
5. Definities gewicht en beweging	39
6. Uitkomsten uit wijkmodellen Atlas voor gemeenten	40
7. Overzicht jaarlijkse kosten programma	41



Managementsamenvatting

1. Inleiding

Het gebruik van maatschappelijke kosten baten analyses (MKBA) in het sociale domein is in opkomst. Om de kwaliteit van deze analyses te vergroten en het gebruik ervan te stimuleren heeft het Ministerie van VROM/WWI recent een handleiding laten maken voor het opstellen van deze MKBA's¹. In voorliggend onderzoek is de bruikbaarheid van deze handleiding in de praktijk getoetst aan de hand van een concrete case: het gezondheidsprogramma in de Schilderswijk. In opdracht van het Ministerie van VROM/WWI en gemeente Den Haag hebben wij een MKBA gemaakt die input moet leveren voor:

- de concrete invulling van het gezondheidsprogramma in de krachtwijken.
- verdere ontwikkeling van de handleiding MKBA in het sociale domein

Dit rapport geeft de MKBA-resultaten weer. De conclusies en aanbevelingen ten aanzien van de handleiding zijn verwerkt in een aparte notitie.

2. Doelstelling gezondheidsprogramma

Eind 2008 heeft gemeente Den Haag met een aantal partners een intentieakkoord Gezondheid Haagse Krachtwijken gesloten. Met dit intentieakkoord stellen de partners zich ten doel om de gezondheid van de inwoners van de krachtwijken te verbeteren. Deze is slechter dan in de rest van Den Haag. Een goede gezondheid is een basisvoorwaarde om te kunnen werken, leven en meedoen in de buurt, zo stelt het intentieakkoord. De ambitie is dat de gezondheidssituatie in de krachtwijken over tien jaar vergelijkbaar is met het Haagse gemiddelde. Het intentieakkoord vertaalt dit b.v. in een streven naar meer mensen die sporten, minder mensen met overgewicht, chronische aandoeningen en psychische problemen, en een verbeterd binnenmilieu van huizen en scholen.

3. Het project- en het nulalternatief

In een MKBA worden de verwachte effecten in een projectalternatief (uitvoeren programma) vergeleken met de verwachte effecten in het nulalternatief (niet uitvoeren programma). Voor het definiëren van het projectalternatief hebben we aangesloten bij de sporen uit het sport- en gezondheidsprogramma van de Schilderswijk.

De projectalternatieven in de diverse sporen zijn als volgt gedefinieerd.:

¹ Handleiding KBA in het sociale domein, Ecorys, maart 2008



Projectdefinitie spoor 1: gezond en actief leven:

- Bestaande programma's Bewegen Op Recept (BOR) en Gezond Gewicht (GG) in samenhang brengen en continueren t/m 2019,
- Ga voor gezond-campagne op alle scholen in de Schilderswijk
- 'Opplussen' van 6 gymzalen: programmering en exploitatie
- Sporttuin Variascollege: programmering en exploitatie
- Herinrichten van de openbare ruimte: Cruyff court in het Campus Teniersplantsoen en Anna Blamanplein

Deze activiteiten zijn erop gericht dat inwoners van de Schilderswijk meer gaan bewegen en gezonder gaan eten. Dit leidt tot minder overgewicht, een betere gezondheid en daarmee een hogere kwaliteit van leven.

Projectdefinitie spoor 2: Gezonde leefomgeving:

Voor spoor 2 is het Geiser-aanvalsplan voor de Schilderswijk doorgerekend: alle open afvoer geisers in de woningen van de Schilderswijk zijn in 5 jaar i.p.v. 15 jaar vervangen. Dit project is gericht op het verbeteren van de binnenmilieus. Dit zal leiden tot een afname van acute (dodelijke) intoxicatiegevallen en een afname van chronische klachten zoals hoofdpijn en problemen aan de luchtwegen.

0-alternatief

Het 0-alternatief beschrijft de meest waarschijnlijke situatie wanneer het project niet wordt uitgevoerd. Voor spoor 1 gaan we er voor het 0-alternatief vanuit dat in de Schilderswijk 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 het hele intentieakkoord: zowel de daarin opgenomen bestaande programma's als de extra inspanningen. Voor spoor 2 is het nulalternatief dat er geen vervroegde vervanging van geisers plaatsvindt.

Programma in ontwikkeling

Voor spoor 1 en 2 zijn budgetten gereserveerd. De verdere invulling ervan zal in de loop van 2009 plaatsvinden. Spoor 3 – toegankelijke zorg en voorzieningen - is nog niet voldoende uitgewerkt om kosten en effecten ervan mee te nemen in de MKBA.



4. Brede kengetallen MKBA van het programma

Lubbe & Larsen hebben er in hun aanpak voor gekozen om in de MKBA het programma als geheel als uitgangspunt te nemen en niet de individuele maatregelen. We noemen dit een brede kengetallen MKBA ofwel een programma MKBA². Daarmee is de centrale vraag:

Wat is het maatschappelijke rendement van het gezondheidsprogramma in de Schilderswijk? Staan de inspanningen en investeringen die het gezondheidsprogramma vergen, in verhouding tot de beoogde maatschappelijke baten?

Resultaat is een beeld van de maatschappelijke baten van de *ambitie* van het programma: Wat levert het op als bewoners uit de krachtwijken door het programma even gezond worden als de gemiddelde inwoner van Den Haag? Hiervoor hebben we de beoogde effecten van het programma in de wijk na 10 jaar doorgerekend op hun maatschappelijke waarde (in euro's). Dit is vervolgens afgezet tegen de kosten van de nu voorziene maatregelen. In een volgende fase kan worden bekeken welke maatregel binnen het gezondheidsprogramma het meest kosteneffectief zijn. Een alternatieve aanpak is om een kba te maken van de individuele maatregelen binnen het programma. Daarbij is er een directer verband tussen de kosten en hun effecten. Nadeel is dat de effecten van de verschillende maatregelen niet zomaar bij elkaar opgesteld kunnen worden (dubbeltellingen). Ook het sturen op de doelstelling, zoals dat bij een programma-aanpak de bedoeling is, is moeilijker.

5. Uitkomsten MKBA spoor 1

In de onderstaande tabel zijn de uitkomsten van de MKBA samengevat. Er zijn twee varianten doorgerekend. Een variant die de baten laat zien wanneer de programmadoelstelling (Schilderswijk op Haags gemiddelde) wordt behaald. Omdat deze variant zeer ambitieus³ genoemd kan worden hebben we daarnaast een tweede - kengetallen - variant doorgerekend. Hierbij zijn gezondheidsresultaten meegenomen die elders in Nederland haalbaar zijn gebleken in een programma dat qua omvang vergelijkbaar is met het programma in de Schilderswijk.

² Naar analogie van "MKBA Brede School" Atlas voor Gemeenten, Berenschot en Oberon, 2007

³ In de ambitie is geen rekening gehouden met het feit dat verschillen in b.v. opleiding en inkomen normaalgesproken al 30 tot 50 procent van de gezondheidsverschillen verklaren. Om te verwachten dat de inwoners van de schilderswijk hun gezondheidsachterstand helemaal gaan inlopen a.g.v. dit programma is daarom in onze ogen niet realistisch. De achterstand wordt immers voor een deel bepaald door opleiding en inkomen.

*Overzicht kosten en baten spoor 1: Gezond en actief leven*

	NCW 2009–2064 t.o.v. 0-alt. (in mln €)	
	Kengetal	Program
BATEN	€ 9,6	€ 18,3
Directe baten		
1. Gezondheidswinst a.g.v. gezondere leefstijl	€ 10,9	€ 20,5
a. Jongeren	€ 6,8	€ 17,4
b. Volwassenen	€ 2,5	€ 1,9
c. Ouderen	€ 1,6	€ 1,1
2. Besparing zorgkosten a.g.v. gezondere leefstijl	€ 0,8	€ 1,4
3. Kosten tijdsinvestering (bewegen) inwoners (C.S.)	€ PM ±	€ PM ±
Externe baten		
4. Besparingen agv hogere arbeidsparticipatie	€ 1,0	€ 2,0
5. Besparing kosten agv minder ziekteverzuim	€ 0,6	€ 0,2
6. Verbeterde schoolprestaties agv minder ziekteverzuim	€ PM +	€ PM +
7. Reductie overlast en onveiligheid	€ 1,2	€ 2,5
8. Hogere ziektekosten a.g.v. gewonnen levensjaren	€ 1,9 -	€ 2,6 -
9. Hogere kosten pensioen/AOW a.g.v. gewonnen levensjaren	€ 3,1 -	€ 5,7 -
KOSTEN		€ 8,3
Investeringskosten		
1. 'Opplussen' van 6 gymzalen		€ 0,6
2. Sporttuin Variascollege		€ 0,5
3. Herinrichten van de openbare ruimte		€ 0,3
Jaarlijkse kosten		
4. Bestaande programma's BOR, GG, makelaar		€ 1,4
5. Kosten sportprogramma		€ 5,7
SALDO KOSTEN EN BATEN	€ 1,3	€ 10,0
RENDEMENT	6,3%	9,6%
Bandbreedte (QALY € 20.000 - € 100.000)*	-5,2 - 12,3	-2,2 - 30,5

* waarde van één gezond levensjaar

Toelichting per post

Directe baten:

1. *Gezondheidswinsten.* Gezondheidswinsten zijn de belangrijkste baten. De kwaliteit van het leven en de levensverwachting neemt toe als gevolg van minder overgewicht en meer bewegen. Deze winst wordt uitgedrukt in gewonnen gezonde levensjaren (quality adjusted life years / QALY's). In de kengetallenvariant worden naar schatting 1.200 QALY's gewonnen. Tegen een waardering van € 50.000 per QALY betekent dit een bate van € 10,9 miljoen. Veruit het grootste deel hiervan wordt behaald onder jongeren.
2. *Besparing zorgkosten a.g.v. gezondere levensstijl:* Mensen met overgewicht hebben hogere zorgkosten dan personen met een gezond gewicht. Over een leven gerekend gaat het om € 9.000 besparing voor jongeren en € 4.000 voor volwassenen. De netto contante waarde hiervan bedraagt € 0,8 miljoen.
3. *Kosten tijdsinvestering (bewegen) inwoners.* Inwoners van de schilderswijk zullen zelf hun tijd moeten investeren om de genoemde baten te kunnen behalen. Voor zover deze investering in tijd niet wordt goed gemaakt door het plezier dat men beleeft aan het spor-



ten, moeten deze mee worden genomen als een negatief direct effect. In economische termen betekent dit een negatief consumentensurplus. Het is echter ook mogelijk dat door het programma de baten van het sporten (en daarmee het consumentensurplus) voor de betreffende persoon toeneemt. Omdat we geen inzicht hebben in de verhouding van deze effecten, hebben we deze post vooralsnog op PM gesteld.

Externe baten:

4. *Besparingen agv hogere arbeidsparticipatie*: met behulp van regressieanalyses is het verband tussen de gezondheid van de beroepsbevolking en de mate van arbeidsparticipatie ingeschat.⁴ Op basis van de coëfficiënten uit die modellen is ervan uitgegaan dat door een verbeterde gezondheid het percentage langdurig werklozen zal afnemen met ongeveer 0,15 – 0,3 procent. Dit zijn circa 18 - 35 extra werkenden. De productiviteit van deze extra werkenden is ingeschat op € 12.400 (besparing op uitkering € 9.600 en loonbelasting € 2.800).
5. *Besparingen agv minder ziekteverzuim*: Met een verbeterde gezondheid loopt ook het ziekteverzuim terug. Een werknemer met overgewicht verzuimt jaarlijks gemiddeld 2,5 dag meer dan een werknemer met normaal gewicht. En een werknemer met obesitas heeft 11,7 extra verzuimdagen⁵. In het geval van de Schilderswijk gaat het om circa 135 werknemers. Met een gemiddelde productiviteit per dag van € 65 resulteert een waarde van € 0,6 miljoen.
6. *Verbeterde schoolprestaties*: ook scholieren zullen minder verzuimen bij een verbeterde gezondheid, hetgeen de schoolprestaties kan verbeteren. Dit effect is PM meegenomen.
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 ingeschat,² en komt uit op circa 180 euro per huis in de Schilderswijk. De netto contante waarde van dat effect bedraagt € 1,2 miljoen.
8. *Hogere zorgkosten agv hogere levensverwachting*. Op langere termijn nemen de zorgkosten toe, omdat de levensverwachting toeneemt en daarmee de kans om op latere leeftijd andere ziekten te krijgen. Dit zorggebruik leidt tot extra kosten van € 70.000 bij jongeren en € 23.000 bij volwassenen. En resulteert in een negatieve effect op de zorg-

⁴ Bron: wijkmodellen Atlas voor gemeenten. Zie onder andere: G.A. Marlet, M. Bosker, C.M.C.M. van Woerkens, 2008: De schaal van de stad. Stadsspecifieke kansen en problemen, en de schaal waarop ze spelen (Stichting Atlas voor gemeenten, Utrecht).

⁵ Bron: "Dik is duur" vno-ncw en "Het economisch gewicht van overgewicht", ESB



kosten van € 1,9 miljoen. Per saldo zijn de kosten daarmee zelfs groter dan de behaalde winst op korte termijn (€ 0,8 miljoen).

9. *Hogere kosten pensioenen/AOW agv hogere levensverwachting.* 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 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 1200 gewonnen levensjaren, € 12.000 AOW en een gemiddeld pensioen van € 4.000, betekent dit een netto contante waarde van € 3,1 miljoen. Of deze kosten meegenomen moeten worden in de MKBA is onderwerp van discussie.

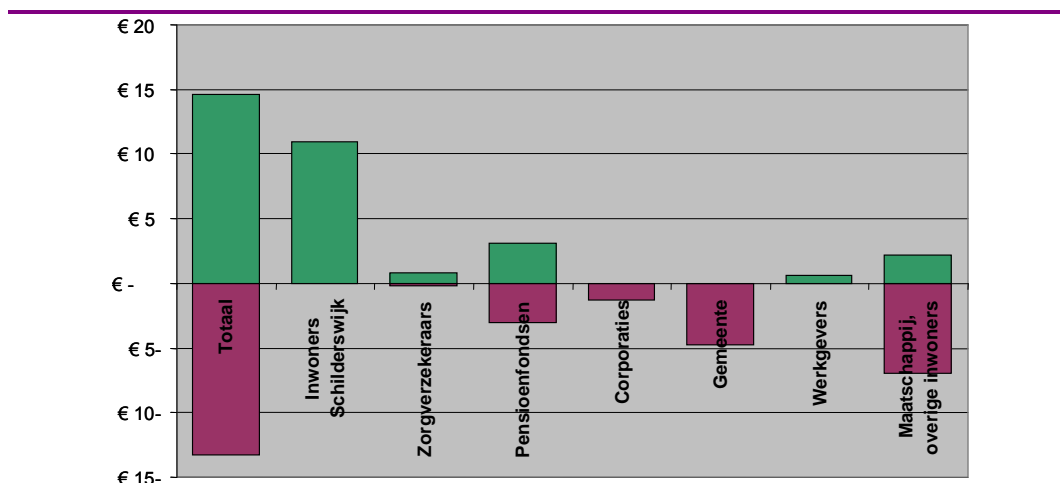
Conclusie spoor 1

Conclusie is dat spoor 1 in potentie een positief saldo kent, waarbij wij een saldo van € 1,3 miljoen positief (6,3% rendement) als de beste inschatting zien. Daarbij is er een positieve PM ten aanzien van verbeterde schoolprestaties en een PM als saldo van tijdsinvestering en meer plezier in sport en/of meer inzicht in de gezondheidsvoordelen.

Het saldo is vooral afhankelijk van de manier waarop de gezondheidswinsten worden gewaardeerd. Veel andere MKBA-studies hanteren een waardering van € 100.000. Dit verbetert het rendement van het programma sterk. Het RIVM geeft echter aan dat een investering in gezondheid kosteneffectief is bij een waardering van € 20.000 of minder. Deze MKBA heeft een waardering van ongeveer € 44.000 per QALY nodig om tot een positief saldo te komen. Een lagere waardering leidt tot een negatieve case.

Actorenanalyse:

De verdeling van kosten en baten over de betrokken partijen is als volgt:





6. Uitkomsten MKBA spoor twee

In onderstaande tabel zijn de uitkomsten van de MKBA voor spoor 2 samengevat. Het betreft hier de vervroegde vervanging van openafvoer geisers om acute en chronische koolmonoxide-intoxicatie te voorkomen.

Overzicht kosten en baten spoor 2

	NCW 2008–2023, t.o.v. 0-alt. (in mln €)	
BATEN	€	0,28 + PM
Directe baten		
1. Gezondheidswinst agv verbeterd binnenmilieu	€	
a. Afname dodelijke ongevallen	€	0,31
b. Afname acute ongevallen	€	0,01
c. Afname chronische klachten	€	P.M.+
Externe baten		
2. Hogere energiekosten agv vervanging open geisers	€	0,04 -
KOSTEN	€	0,74
Investeringskosten		
1. Kosten vervroegd vervangen open afvoergeisers	€	
a. Investering in 5 jaar	€	3,39
b. Besparing investering in 15 jaar	€	2,65 -
Jaarlijkse kosten		
2. Wijkcampagne, voorlichting en risicobeheersing	€	0,004
SALDO KOSTEN EN BATEN	€	-0,46 + PM
RENDEMENT		2,1%
Bandbreedte (kosten dodelijke ongevallen 50% -200%)*		[€-0,6 ; €0,2]

* Immateriële schade per dodelijk slachtoffer varieert tussen € 0,5 en € 2,2 miljoen

Toelichting per post

- Gezondheidswinst agv verbeterd binnenmilieu.** Als het aantal koolmonoxide intoxicaties afneemt door minder open afvoer geisers, betekent dat minder dodelijke ongevallen, minder acute ziekenhuisopnames en minder chronische klachten. Van de eerste twee effecten zijn kengetallen beschikbaar, die leiden tot een inschatting van de netto contante waarde van respectievelijk € 400.000 en € 10.000. Van de omvang van chronische klachten als gevolg van open afvoergeisers, zoals b.v. hoofdpijn zijn geen cijfers beschikbaar. Deze zijn vooralsnog op PM gezet. We verwachten dat de omvang van deze PM aanzienlijk is.
- Hogere energiekosten:** vroegtijdige vervanging van de geisers leidt tot hogere energiekosten, omdat openafvoergeisers relatief energiezuinig zijn. Dit leidt tot een extra negatieve bate van € 40.000
- Kosten vervroegde vervanging:** de kosten van dit programma zijn gerelateerd aan het in de tijd vooruit halen van de investering. Wanneer er 15 jaar wordt genomen voor de vervanging, dan is de netto contante waarde € 2,65 miljoen. Wanneer dezelfde investering



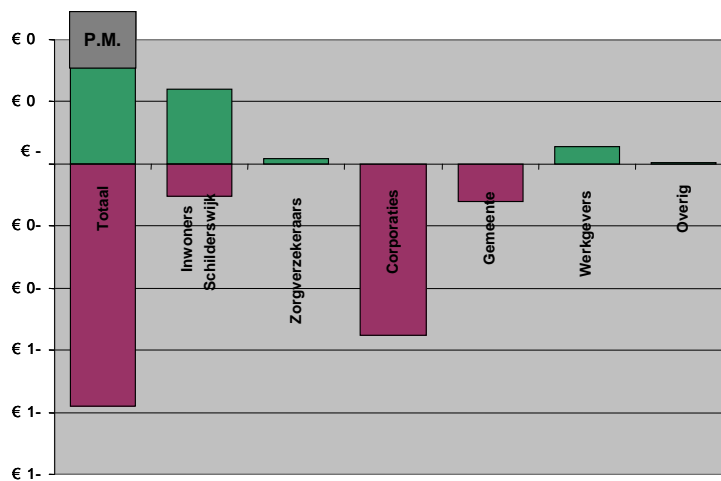
in 5 jaar plaatsvindt, dan bedragen de kosten € 3,39 miljoen. Het verschil bedraagt € 0,74 miljoen. Daarnaast is er een kleine post ten behoeve van voorlichting.

Conclusie spoor 2

Voor zover de baten van de vroegtijdige vervanging in geld zijn uitgedrukt, wegen ze niet op tegen de te maken kosten. Een naar verwachting aanzienlijke batenpost, namelijk de chronische klachten, zijn echter niet gemonetariseerd. Het is aan te raden dit te doen alvorens een beslissing te nemen over het doorzetten van dit programmaonderdeel.

Actorenanalyse spoor 2

De verdeling van kosten en baten over de betrokken partijen is als volgt:



7. Conclusies en aanbevelingen

Dit onderzoek is om een twee redenen vernieuwend. Ten eerste staat het maken van MKBA's over gezondheid nog in de kinderschoenen. En ten tweede worden MKBA's meestal van projecten gemaakt, terwijl wij hier gekozen hebben voor een programma-MKBA. Gezien de dubbele vraagstelling van dit onderzoek hebben we een aantal inhoudelijk én een aantal procesmatige conclusies en aanbevelingen:

Inhoudelijk

Uit de MKBA volgt dat:

- Investeren in gezondheid in de Schilderswijk vanuit maatschappelijk oogpunt rendabel is, wanneer hiermee de beoogde effecten worden behaald.
- Investeren in jongeren relatief het meest 'oplevert'. Het terugdringen van overgewicht onder kinderen geeft per kind een maatschappelijke baat van 14,5 duizend euro.



- Investeren in vervroegd vervangen open geisers een discutabele case is. Het verdient aanbeveling om de P.M. post chronische klachten verder inzichtelijk te krijgen.

Verder zien we dat:

- De inwoners van de Schilderswijk de grootste ‘winnaars’ van het programma zijn.
- Er sprake is van een negatief saldo voor investerende partijen (gemeente, corporatie,..)
- Er negatief uitvallende (externe) effecten zijn bij de rest van de samenleving.

Procesmatig

Naar onze mening is de hier gemaakte programma-MKBA vooral een goed instrument om tijdens de rit te sturen. Het helpt om de blik gericht te houden op de doelstelling van het programma. Daarnaast helpt het om tijdens de rit de maatregelen te identificeren die het meeste hieraan bijdragen en om te kijken welke partijen je bij het proces zou moeten betrekken. Onze conclusie is daarom ook dat de MKBA in het sociale domein een krachtig instrument kan zijn om programma’s te volgen en te sturen. Daarnaast maakt het het nut van sociale investeringen zichtbaar én bespreekbaar. Er is echter wel een aantal aandachtspunten, hiervoor verwijzen we naar de separate notitie “aanbevelingen voor de leidraad”. Voor de verdere uitwerking van het gezondheidsprogramma bevelen we de volgende stappen aan:

1. *Herijking van de doelstelling*, zodat deze realistisch en gedragen wordt. Dit kan op basis van cijfers op wijkniveau uit het onderzoek “G4 Gezondheidsenquête Volwassenen”. Deze verschijnen naar verwachting deze zomer.
2. *Selecteren van de maatregelen*, die m.b.v. de MKBA worden afgewogen op basis van de kosten en hun bijdrage aan de doelstelling.
3. *Opzet van eenvoudig volgsysteem*, voor sturing tijdens de looptijd van het programma.



1. Inleiding

1.1 Aanleiding en vraagstelling

MKBA's in het sociale domein

Sinds een aantal jaar is de Maatschappelijke Kosten Baten Analyse (MKBA) een vast instrument bij de besluitvorming rond infrastructuurprojecten. Vanuit het streven naar een bewuste(re) besteding van publieke middelen is de MKBA nu ook binnen het sociale domein sterk in opkomst. Als beleidsondersteunend instrument geeft het een systematisch en integraal beeld van alle kosten en baten van een investering t.o.v. een situatie waarin deze investering niet zou plaatsvinden. De kracht zit in het onder één noemer (€) brengen van kosten én verschillende positieve en negatieve effecten van een investering, zodat deze met elkaar vergeleken kunnen worden. Begin dit jaar heeft het Ministerie van VROM een handleiding⁶ laten opstellen om de kwaliteit van de MKBA's in het sociale domein te borgen en het gebruik ervan te stimuleren. Hierin worden specifieke richtlijnen en handvatten aangereikt voor de vragen en dilemma's die niet of minder spelen bij MKBA's voor infrastructurele projecten, waarvoor de OEI-leidraad⁷ is opgesteld. Nu de handleiding gereed is, kan getoetst worden of en in welke mate het bruikbaar is bij het opstellen van een MKBA.

Het verbeteren van de gezondheid in de Haagse krachtwijken

Gemeente Den Haag heeft met een aantal coalitiepartners recent een intentieakkoord⁸ "Gezondheid in de wijk" gesloten. Nu dit programma verder ingevuld wordt leeft de vraag bij de betrokkenen wat de meest effectieve en efficiënte maatregelen zijn om de gezondheid van de inwoners van de Haagse Krachtwijken te verbeteren. Een MKBA kan hierbij helpen omdat die inzichtelijk maakt welke verschillende maatregelen er zijn en wat hun relatieve waarde is. Hoe verhouden de verschillende alternatieven zich tot elkaar en tot het zogenaamde nulalternatief; het beste beleid zónder gezondheidsprogramma. De KBA-methode levert op deze wijze 'kennis voor beleid'. En levert input om in 2009 te komen tot het vereiste dekkende programma voor een effectieve aanpak van de gezondheidsachterstanden (langs de drie voorgestelde sporen).

Een dubbele vraagstelling

Gezien het bovenstaande hebben het Ministerie van VROM en Gemeente Den Haag de handen ineen geslagen en samen opdracht gegeven voor de MKBA-onderzoek met de volgende vraagstelling:

⁶ Handleiding KBA in het sociale domein, Ecorys, maart 2008

⁷ Evaluatie van infrastructuurprojecten; Leidraad voor kosten-baten analyse, CPB/NEI, 2000.

⁸ "Gezondheid Haagse Krachtwijken", De vitale coalitie Het Gezond Geweten, Den Haag, nov. 2008



1. Onderzoek of de ontwikkelde leidraad bruikbaar is in de praktijk en lever suggesties voor verbeteringen;
2. Voer een MKBA uit “Gezondheid in de Haagse krachtwijk” en lever daarmee input voor de concrete invulling van het gezondheidsprogramma.

Voor u ligt de rapportage van de tweede onderzoeksvraag. De eerste onderzoeksvraag is in een separate rapportage uitgewerkt. Beide onderzoeken zijn uitgevoerd door Lubbe & Larsen in samenwerking met Atlas voor Gemeenten.

1.2 Aanpak Lubbe & Larsen

Een ‘brede’ kengetallen KBA als basis

In onze aanpak richten we ons op een specifieke krachtwijk namelijk de Schilderswijk⁹ in Den Haag en maken onderscheid tussen twee typen vragen:

1. Wat is het maatschappelijke rendement van het gezondheidsprogramma in de Schilderswijk? Staan de (extra) inspanningen en investeringen die het gezondheidsprogramma vergen, in verhouding tot de (beoogde) maatschappelijke baten?
2. Welke maatregel binnen het gezondheidsprogramma is het meest kosteneffectief?

Om deze vragen te beantwoorden hebben we gekozen voor een brede kengetallen KBA ofwel een ‘programma-MKBA’.¹⁰ Resultaat is een beeld van de maatschappelijke baten van de ambitie van het programma: Wat levert het op als bewoners uit de krachtwijken door het programma even gezond worden als de gemiddelde inwoner van Den Haag? Hiervoor hebben we de beoogde effecten van het programma in de wijk na 10 jaar doorgerekend op hun maatschappelijke waarde (in euro’s). Dit is vervolgens afgezet tegen de kosten van de nu voorziene maatregelen. Nadeel van deze benadering is dat het verband tussen voorgenomen maatregelen en de doorgerekende effecten (nog) niet bewezen is. Voordeel is dat het de meerwaarde in investeringen in dit beleidsterrein inzichtelijk maakt. Daarnaast sluit het aan bij het programmatische karakter van de investeringen. Het alternatief is om een kba te maken van de individuele maatregelen binnen het programma. Daarbij is er een directer verband tussen de kosten en hun effecten. Nadeel is dat de effecten van de verschillende maatregelen niet zomaar bij elkaar opgesteld kunnen worden (dubbeltellingen). Ook het sturen op de doelstelling, zoals dat bij een programma-aanpak de bedoeling is, is moeilijker.

⁹ We gaan hierbij uit van de CBS-indeling

¹⁰ Naar analogie van “MKBA Brede School” Atlas voor Gemeenten, Berenschot en Oberon, 2007



MKBA als instrument voor het volgen en concretiseren van het programma

Tijdens de looptijd van het programma kan de MKBA helpen bij het volgen van de resultaten van het programma. Dit KBA-onderzoek kan als een eerste stap in het proces worden gezien. In korte tijd en met beperkt beschikbare gegevens is doorgerekend wat het rendement van het programma is wanneer de gewenste effecten worden behaald. De opgestelde programma-MKBA is naar onze mening een goed instrument om het programma verder in te vullen. Het geeft inzicht in de effecten die behaald moeten worden en ondersteunt de discussie over de ambitie en hoe deze te bereiken. Daarnaast helpt het om te kijken welke partijen je bij het proces zou moeten betrekken. In een volgende stap kunnen concrete maatregelen worden doorgerekend. Hiervoor is inzicht nodig in de kosten en de effectiviteit van de afzonderlijke maatregelen en in de specifieke gezondheidstoestand in de Schilderswijk op dit moment. Naar verwachting zijn deze gegevens deze zomer beschikbaar.¹¹

Twee varianten voor de baten

Voor de baten hebben we twee varianten bekeken. Bij de eerste variant zijn we er vanuit gegaan dat de ambitie van het programma wordt behaald: de gezondheidssituatie in de krachtwijken wordt even goed als die in andere Haagse wijken. Omdat dit resultaat zeer ambitieus genoemd kan worden, zijn we er in een tweede variant vanuit gegaan dat het programma dezelfde (bewezen) resultaten zal opleveren als in twee andere Nederlandse projecten. De inspanning die in deze projecten is geleverd is in dezelfde orde van grootte als in het Haagse programma. De tweede (kengetallen)variant heeft een bescheidener resultaat dan de programmavariant.

1.3 Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgebouwd:

- Hoofdstuk 2 beschrijft het probleem en de doelstelling van het gezondheidsprogramma in de Schilderswijk. We definiëren het project- en nulalternatief en brengen middels een oorzaak-gevolg schema de projecteffecten en verdeeffecten in kaart.
- Hoofdstuk 3 is een technisch hoofdstuk. Het start met een overzicht van de directe gezondheidseffecten, waarna een overzicht volgt van de verschillende methoden om de effecten in geld te waarderen. We eindigen met een inschatting van de projectkosten.
- Hoofdstuk 4 presenteert het overzicht van kosten en baten van de twee sporen van het programma: *gezond en actief leven* (spoor 1) en *gezond binnenmilieu* (spoor 2).
- Hoofdstuk 5 geeft de conclusies en aanbevelingen.

¹¹ Resultaten uit het onderzoek "G4 Gezondheidsenquête Volwassenen" op wijkniveau.



2. Gezondheid in de Schilderswijk

2.1 Probleem en doelstelling

Kansen op lang en gezond leven niet gelijk

De gezondheidsverschillen in Nederland groeien. Het CBS heeft recent nieuwe gegevens over gezondheid gepubliceerd. Daaruit blijkt dat de verschillen in levensverwachting tussen mensen met lager en hoger onderwijs zijn opgelopen tot 6 a 7 jaar. Het aantal jaren dat zij in goede gezondheid doorbrengen verschilt nog meer, namelijk zo'n 16 tot 19 jaar¹². Gezondheidsachterstanden komen vooral voor in de grote steden en concentreren zich met name in de achterstandswijken waar doorgaans sprake is van een ongunstige sociale en/of economische situatie. Ook voor Den Haag is dit het geval. De gezondheid van de inwoners van de Haagse krachtwijken is slechter dan in de rest van Den Haag. Een goede gezondheid is een basisvoorwaarde om te kunnen werken, leven en meedoen in de buurt, zo stelt het intentieakkoord.

Feiten en cijfers Schilderswijk: grote (gezondheids)achterstand

De Schilderswijk wordt al jaren getypeerd als wijk met een van de grootste achterstanden in Den Haag. De wijk is dan ook aangewezen als een van de 40 krachtwijken. Hoewel gezondheid geen rol heeft gespeeld bij het aanwijzen van de krachtwijken, blijkt uit RIVM onderzoek naar de gezondheid in 40 krachtwijken wel dat de gezondheid er minder goed is dan in de rest van Nederland¹³:

- 25% van de inwoners beoordeelt de eigen gezondheid als minder dan goed. In de rest van Nederland is dit 17%.
- 24% van de inwoners heeft een langdurige aandoening, terwijl dat in Nederland 21% is.
- 20% van de inwoners heeft een beperking bij algemene en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen ten opzichte van 13% in de rest van Nederland.
- En 52% van de inwoners sport niet, terwijl dat in de rest van Nederland 37% is.

Genoemde achterstanden gelden ook voor de inwoners in de Schilderswijk, en dan met name als het gaat om het oordeel over de eigen gezondheid en de mate waarin de inwoners sporten. Op deze indicatoren scoort de Schilderswijk significant slechter dan de rest van Nederland. Andere indicatoren voor de gezondheidstoestand van volwassen inwoners, zoals percentage overgewicht en mate van (norm)beweging, zijn vooralsnog niet voorhanden, zie ook hoofdstuk 3. Cijfers over overgewicht onder kinderen zijn wel beschikbaar. Met drie andere wijken is het percentage overgewicht onder kinderen in de Schilderswijk (26%) het

¹² Artikel volkskrant 17 jan. 2009 "Gezond? Dan ben je vast niet arm"

¹³ RIVM, Gezondheid in de 40 krachtwijken, 2008



hoogst van de hele stad (19%). We zien ook dat dit percentage significant toeneemt over de jaren.

Los van de feitelijke cijfers over gezondheidstoestand in de Schilderswijk blijkt uit literatuur en landelijke kengetallen dat de gezondheidstoestand nauw samenhangt met overige indicatoren die van invloed zijn op de achterstandscore, zoals o.a.:

- het gemiddeld jaarinkomen van inkomensontvangers. In de Schilderswijk is dit € 14.000 t.o.v. € 18.000 in Den Haag,
- percentage laag opgeleiden: 52% in de Schilderswijk t.o.v. 34% in Den Haag,
- etniciteit ofwel het percentage uit Nederland afkomstig: 10% t.o.v. 54%,
- en percentage eigenaar bewoner: 17% t.o.v. 43%.

Doelstelling: Verbeteren van de gezondheid

Het beoogde doel van het Intentieakkoord is om de gezondheid van de inwoners van de krachtwijken te verbeteren. Over 10 jaar is de gezondheid vergelijkbaar met andere wijken¹⁴.

Concreet gaat het hier om:

- het vergroten van het aantal inwoners dat sport;
- het verminderen van het aantal mensen met chronische aandoeningen, overgewicht en psychische problemen;
- het verbeteren van het binnenmilieu van huizen en scholen en de leefomgeving;
- het verminderen van het aantal patiënten per huisarts;
- een zorgverzekering voor iedereen.

2.2 Project en nulalternatief

Projectdefinitie

Voor het opstellen van de MKBA is het nodig dat het project ofwel de overheidsinterventie duidelijk wordt afgebakend en helder gedefinieerd. Dit is in het geval van de effecten van het gezondheidsprogramma in de Schilderswijk niet zo eenvoudig. Het intentieakkoord dat hiervoor als basis dient bouwt in wezen voort op bestaande activiteiten en afspraken uit de nota “Natuurlijk: Gezond!” en de krachtwijkenaanpak. De vraag is dan ook van welke verandering brengen we de effecten in beeld? En waar zetten we deze effecten tegen af? Wat is m.a.w. in deze situatie het nulalternatief, ofwel het beste alternatief als het gezondheidsprogramma niet doorgaat, gegeven de doelstellingen of het probleem?

We stellen voor om het project te definiëren aan de hand van de 3 sporen die het sport- en gezondheidsprogramma in de Schilderswijk kent.

¹⁴ Richtlijn is het Haagse gemiddelde peildatum 2007



1. *Gezond en actief leven:*

- Bestaande programma's Beweging Op Recept (BOR) en Gezond Gewicht (GG) in samenhang brengen en continueren t/m 2019,
- Ga voor gezond-campagne op alle scholen in de Schilderswijk
- 'Opplussen' van 6 gymzalen: programmering en exploitatie
- Sporttuin Variascollege: programmering en exploitatie
- Herinrichten van de openbare ruimte: Cruyff court in het Campus Teniersplantsoen en Anna Blamanplein

2. *Gezonde leefomgeving:*

- Geizersaanvalsplan voor de Schilderswijk: alle woningen met open afvoer geisers in de Schilderswijk zijn in 5 jaar i.p.v. 15 jaar vervangen

3. *Toegankelijke zorg en voorzieningen:*

- Nog geen concrete invulling!

We merken hierbij op dat 2009 in het licht staat van het verder invullen van de drie sporen. Voor onze aanpak hebben we een afbakening van het project nodig om een inschatting te krijgen van de globale kosten van het programma. Voor spoor 2 is dit beperkt tot de geisers. Voor spoor 3 zijn er nog onvoldoende concrete maatregelen om kosten en effecten mee te nemen.

Nulalternatief

De kosten en baten in de MKBA worden berekend ten opzichte van een 0-alternatief. Dit beschrijft de meest waarschijnlijke situatie wanneer het project niet wordt uitgevoerd. Voor spoor 1 gaan we er voor het nul-alternatief vanuit dat in de Schilderswijk 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 het hele intentieakkoord: zowel de daarin opgenomen bestaande programma's als de extra inspanningen. Voor spoor 2 is het nulalternatief dat er geen vervroegde vervanging van geisers plaatsvindt.

2.3 Projecteffecten: Oorzaak-gevolg schema

Om in kaart te brengen wat de projecteffecten zijn van het gezondheidsprogramma is een oorzaak-gevolg analyse uitgevoerd. Bij de projecteffecten is onderscheid gemaakt naar directe en externe effecten. Directe effecten zijn de effecten die (direct) toevallen aan de betrok-



ken partijen. Externe effecten zijn - meestal onbedoelde - effecten die toevallen aan andere partijen. Veelal is in MKBA's daarnaast nog sprake van indirecte effecten. Dit zijn de effecten die via de markt worden doorgegeven aan andere partijen/markten. Een voorbeeld hiervan is de kostenverlaging voor bedrijven die worden veroorzaakt door kortere reistijden. Deze effecten mogen niet in alle gevallen worden meegenomen in een MKBA, omdat er sprake kan zijn van dubbeltellingen. In deze MKBA zijn geen indirecte effecten meegenomen.

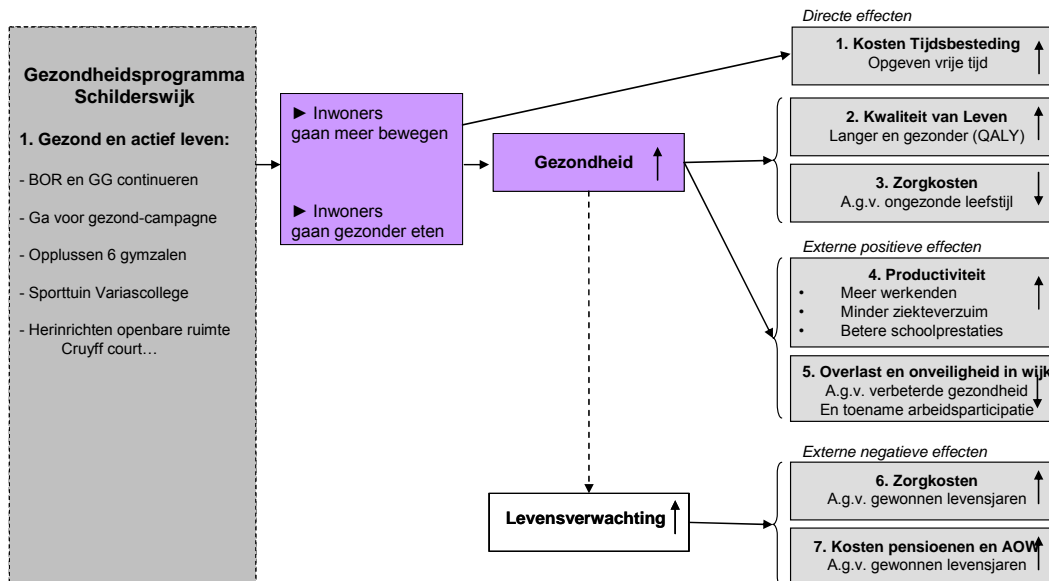
Hieronder volgt een korte toelichting per spoor.

Spoor 1: Gezond en actief leven

De maatregelen uit spoor 1, gezond en actief leven, zijn gericht op twee aspecten:

1. Inwoners gaan meer bewegen
2. Inwoners gaan gezonder eten

Onderstaand schema geeft een overzicht van de gevolgen van beide aspecten.



Het gezondheidsprogramma heeft een aantal directe effecten. Inwoners in de Schilderswijk, die nu onvoldoende bewegen, gaan (mogelijk) meer bewegen. Dit vraagt van de inwoners een tijdsinvestering. In de tijd dat ze gaan sporten kunnen ze andere vrijetijdsbestedingen niet doen. Afname van overgewicht en toename van (norm)beweging zelf verminderen de kans op ziekte (zie bijlage voor een overzicht), waardoor de gezondheid en daarmee de kwa-



liteit van leven verbetert. Een direct gevolg van de verminderde kans op ziekte zijn lagere zorgkosten.

Naast de directe effecten zijn er ook externe effecten, de onbedoelde positieve of negatieve (bij)effecten van het programma. Deze vallen bij *andere* partijen dan de projectpartijen. Externe partijen zijn hier:

- Overige inwoners van de wijk
- Werkgevers
- Maatschappij

Een verbeterde gezondheid van de inwoners is van invloed op de productiviteit. 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. Daarbij heeft een toename van de arbeidsparticipatie gevolgen voor de leefbaarheid en veiligheid in de wijk. Deze neemt overigens ook direct toe als gevolg van de verbeterde gezondheid. Wel merken we hierbij vast op dat de richting van deze relatie ook andersom geldt: een afname van overlast en onveiligheid heeft een positief effect op de gezondheid van de inwoners in de wijk (zie ook hoofdstuk 3).

Negatieve (bij)effecten zijn er ook. De zorgkosten op lange termijn nemen toe. Dit als gevolg van de langere (gezonde) levensverwachting. Deze toename is in de meeste gevallen groter dan de directe besparing van de zorgkosten op korte en middellange termijn.

Tot slot staan tegenover de positieve waarde van een gewonnen levensjaar ook kosten van pensioenen en AOW¹⁵. Deze effecten op zorguitgaven, sociale zekerheid en pensioenen worden gedragen door de maatschappij, aangezien deze uitgaven grotendeels collectief worden gefinancierd.

Een mogelijk indirect effect van het programma is een toename van de directe werkgelegenheid. Dit mag alleen meegenomen worden indien geen sprake is van verdringing op de arbeidsmarkt. In dat licht zou het gaan om *extra* werkgelegenheid voor laaggeschoolden, die ingevuld wordt door inactieven die anders zonder werk waren gebleven. We hebben dit verder niet meegenomen.

Spoor 2: Gezonde Leefomgeving

De maatregelen uit spoor 2 - zoals die op dit moment benoemd zijn - hebben betrekking op de aanpak van acute en chronische koolmonoxide-intoxicatie. Dit als onderdeel van de Nota

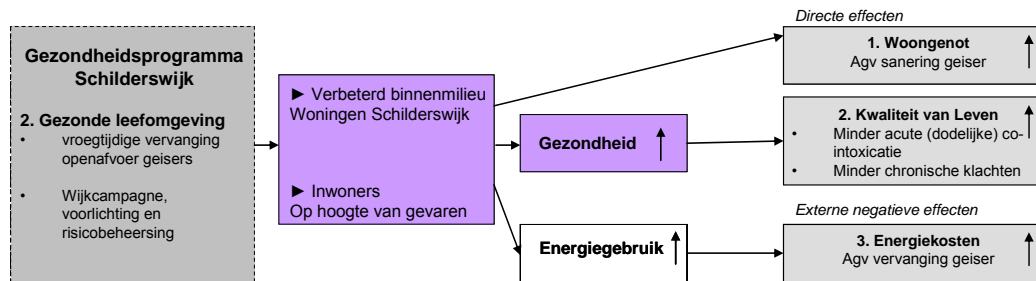
¹⁵ Nog discussie over in hoeverre deze kosten meegenomen moeten worden, zie hoofdstuk 3.



Gezondheid en Milieu. Het gaat daarbij concreet om het vroegtijdig vervangen van de openafvoer geisers, het geven van voorlichting en het beheersen van risico's. De directe effecten hiervan zijn:

1. Een verbeterd binnenmilieu van de aangepakte woningen
2. Inwoners die meer of beter op de hoogte zijn van de gevaren

Onderstaand schema geeft een overzicht van de gevolgen.



Beide effecten leiden tot een afname van acute (dodelijke) intoxicatiegevallen en een afname van chronische klachten, zoals hoofdpijn en luchtwegenklachten. De kwaliteit van leven van de inwoners neemt hierdoor toe evenals het woongenot, de waarde die aan de vervanging van de openafvoer geiser wordt toegekend. Mensen voelen zich veiliger in hun woning. In het moneteriseren van de effecten gaan we er overigens vanuit dat er grote overlap zit tussen het veiliger *zijn* van de woning en het veiliger *voelen*. Woongenot laten we verder om die reden dan ook buiten beschouwing.

Een negatief bijeffect van het vervangen van de geisers is dat deze geisers relatief zuinig zijn in gebruik. De nieuwe geisers brengen hogere energiekosten met zich mee. Overigens geldt ook hier dat er externe kosten zijn a.g.v. gewonnen levensjaren (zie spoor 1). Maar, aangezien het hier gaat om het vervroegd vervangen en de effecten m.a.w. ook in de nulvariant optreden, zijn deze langere termijn effecten in dit spoor verwaarloosbaar.

2.4 Verdeeleeffecten: Actorenanalyse

Een MKBA brengt in beeld wat alle projecteffecten zijn maar laat ook zien hoe deze effecten zijn verdeeld over de betrokken actoren. De vraag is wie ondervindt schade en wie profiteert van het gezondheidsprogramma? Daarbij is belangrijk om onderscheid te maken in zogenaamde herverdeeleeffecten. Effecten die positief zijn voor de ene actor maar kosten zijn voor de andere actor. Deze effecten vallen in de totale kosten-baten opstelling voor de maatschappij als geheel weg.



Onderstaande tabel laat dit zien aan de hand van een overzicht van *alle* projecteffecten verdeeld over de verschillende betrokken actoren.

Tabel 2.1 Overzicht van de verdelingseffecten

	Inwoner	Organisaties	Zorgverzekeraar	Corporatie	Gemeente	Werkgever	Maatschappij Overig	Totaal
<i>Spoor 1</i>								
1. Gezondheid kwaliteit leven	+							+
2. Tijdsinvestering (CS)	-							-
3. Prijs sport- gez. programma	-	+	-		-			0
4. Kosten sport- gez. progr.		-						-
5. Huur sportlocatie		-		+				0
6. Invest, O&B sportlocatie				-	-			-
7. Zorgkosten								
– Korte termijn			+					+
– Lange termijn			-					-
8. Premies (zorgverzekeraar)			+				-	0
9. Pensioenen en AOW							-	-
10. Productiviteit								
– Ziekteverzuim						+		+
– Arbeidsparticipatie						+		+
– schoolprestaties	+							
11. Bruto loon	+					-		0
12. Belasting	-						+	0
13. Uitkering	-						+	0
14. Overlast en onveiligheid				(+)	+		+	+
<i>Spoor 2</i>								
1. Gezondheid kwaliteit leven	+		+			+		+
2. Kosten vervanging geisers	(-)			-	-			-
3. Energiekosten	-							-
	+	0	+/-	-/0	-	+	+/-	?



3. “Doorrekenen” van de ambitie

Alle projecteffecten zijn in hoofdstuk 2 in kaart gebracht en - conform de OEI-leidraad - ingedeeld in directe, indirecte en externe effecten. Vervolgens hebben we ook de verdeeffecten bepaald. In dit hoofdstuk bespreken we:

- de omvang van de directe effecten op de gezondheid, zoals het effect op beweging, gewicht, zorggebruik en CO-intoxicatiegevallen. Dit vormt de basis voor de waardering van de effecten;
- de waarde van de verschillende projecteffecten per actor;
- de projectkosten.

3.1 Omvang directe gezondheidseffecten

Omvang van de ambitie: Schilderswijk naar Haags gemiddelde

Zoals in onze aanpak beschreven, hanteren we voor het bepalen van het effect de nagestreefde situatie, waarin de krachtwijken vergelijkbaar zijn met andere Haagse wijken. We hebben met andere woorden gegevens nodig van de huidige situatie in de Schilderswijk, percentage overgewicht, inactieven etc, en van het Haagse gemiddelde (peildatum 2007). Op dit moment is de beschikbaarheid van deze gegevens een probleem. Enkel de cijfers over overgewicht bij schoolkinderen zijn bekend. Voor de schilderswijk ligt dit percentage op 26%. Het Haags gemiddelde is 19%. Voor schoolkinderen komt de ambitie met andere woorden neer op het terugdringen van overgewicht met 7%. Voor de overige groepen hebben we gebruik gemaakt van landelijke kengetallen en specifieke wijkgegevens over opleiding, inkomen en afkomst. We komen daarmee tot de volgende inschatting van de effecten op gewicht en beweging.

Tabel 3.1. Omvang effect op gewicht

ondergewicht			normaalgewicht			overgewicht		
12 - 18	18 - 54	55+	12 - 18	18 - 54	55+	12 - 18	18 - 54	55+
<i>Nulsituatie Schilderswijk</i>								
0%	2%	1%	74%	59%	42%	26%	39%	57%
	400			19.900			12.300	
<i>Ambitie: Gemiddelde Den Haag (peildatum 2007)</i>								
0%	1%	1%	81%	61%	44%	19%	38%	56%
	200			21.100			11.300	
<i>Verskil: omvang effect</i>								
0%	-1%	-1%	7%	2%	2%	-7%	-1%	-1%
	-200			1.200			-1.000	

Bron: CBS-statline POLS, Gemeente DH, Atlas bewerking L&L [update wijkcijfers zomer 2009]

Voor de definities, de onderliggende aannames en de meer gedetailleerde cijfers van tabel 3.1 en 3.2 verwijzen we naar de bijlagen.



Tabel 3.2. Omvang effect op beweging

	inactief			semi-actief			norm-actief		
	12 - 18	18 - 54	55+	12 - 18	18 - 54	55+	12 - 18	18 - 54	55+
<i>Nulsituatie Schilderswijk</i>	19%	10%	14%	58%	43%	20%	23%	47%	66%
		4.200			14.600			13.800	
<i>Ambitie: Gemiddelde Den Haag (peildatum 2007)</i>	15%	8%	11%	60%	40%	23%	15%	51%	66%
		3.400			14.500			14.600	
<i>Verschiil: omvang effect</i>	-4%	-1%	-3%	1%	-3%	3%	2%	4%	0%
		-700			-100			800	

Bron: TNO: CBS-POLS 2001-2007, Atlas bewerking L&L [update wijkcijfers zomer 2009]

Doelstelling (heel) ambitieus

De doelstelling van het intentieakkoord is zeer ambitieus en niet direct vanuit de praktijk berekend. In de ambitie is geen rekening gehouden met het feit dat verschillen in b.v. opleiding en inkomen normaalgesproken al 30 tot 50 procent van de gezondheidsverschillen verklaren¹⁶. Om te verwachten dat de inwoners van de schilderswijk hun gezondheidsachterstand helemaal gaan inlopen a.g.v. dit programma is daarom in onze ogen niet realistisch. De achterstand wordt immers voor een deel bepaald door opleiding en inkomen. Daarnaast ligt er zoals gezegd geen uitgewerkte probleemanalyse aan ten grondslag. Cijfers over de gezondheidstoestand in de Schilderswijk ontbreken op dit moment. Pas deze zomer zijn resultaten van de gezondheidsenquête onder volwassenen beschikbaar en kan de precieze omvang van het beoogde effect bepaald worden.

Naast Haagse cijfers ook 'geleende' cijfers

Tot die tijd rekenen we naast deze zogenoemde programmavariant, ook met een andere variant. In deze variant maken we gebruik van kengetallen, geleende getallen uit een ander project. Het gaat om twee Nederlandse projecten met bewezen lange termijn effecten, namelijk een wijkgerichte aanpak en het aanbod van een intensief leefstijlprogramma¹⁷. Op basis hiervan is een realistisch beleidsdoel voor beweeggedrag in Nederland vastgesteld op een daling van het percentage inactieven met één tot twee procentpunten over een periode van vijf jaar. Voor het percentage norm-actieven zou in theorie over een periode van vijf jaar een stijging met vijf procentpunten mogelijk kunnen zijn. Deze uitspraak is gebaseerd op meningen van experts. Daarbij is het realistisch om een daling in het percentage overgewicht van één tot drie procentpunten na te streven.

Onderstaande tabel geeft het overzicht van de gezondheidseffecten in beide varianten.

¹⁶ Bron: Schatting van de potentiële effecten van primaire preventieve interventies op de gezondheid van de R'damse bevolking –Het GIDS modelleringsproject, feb. 2008

¹⁷ Bron: RIVM, Kosteneffectiviteit en gezondheidswinst van behalen beleidsdoelen bewegen en overgewicht Onderbouwing Nationaal Actieplan Sport en Bewegen, 2005

*Tabel 3.3. Overzicht twee varianten: Programma en Kengetallen*

	Programma <i>Beoogde effect</i>	Kengetallen <i>Bewezen effect*</i>
Effect op beweging		
Toename norm-actieven		
Kinderen	2%	5%
Volwassenen	4%	5%
Ouderen	0%	0%
Afname inactieven		
Kinderen	-4%	-1,8%
Volwassenen	-1%	-1,8%
Ouderen	-3%	-1,8%
Effect op gewicht		
Toename normaalgewicht		
Kinderen	7%	2%
Volwassenen	2%	2%
Ouderen	2%	2%
Afname overgewicht		
Kinderen	-7%	-2%
Volwassenen	-1%	-2%
Ouderen	-1%	-2%
Effect op zorggebruik		
Afname gebruik antidepressiva	-0,49%	-0,24%
Afname frequent huisartsenbezoek	-6,13%	-3,06%
Effect CO-intoxicatie		
Overlijdensgevallen per jaar	Afname 0,1 in 5 jr t.o.v. 15 jr	
Acute intoxicatiegevallen per jaar	Afname 1,5 in 5 jr t.o.v. 15 jr	
Chronische intoxicatieklachten	P.M.	

* Onderbouwing Nationaal Actieplan Sport en Beweging (NASB)

Toelichting CO-intoxicatie

Koolmonoxide-intoxicatie (CO) door afvoerloze geisers leidt in De Haag tot 1 a 4 dodelijke gevallen per jaar¹⁸. Naast de overlijdensgevallen zijn er jaarlijks in Den Haag circa 35 slachtoffers met acute CO-intoxicatie, die in ziekenhuizen worden opgenomen of op de eerste hulp worden behandeld. Daarnaast hebben veel mensen chronische gezondheidsklachten door een te hoog CO-gehalte en lopen daardoor ongemerkt blijvende schade op. De klachten lopen uiteen van hoofdpijn, luchtwegenklachten tot ernstige neurologische afwijkingen. Om de Haagse cijfers te vertalen naar de Schilderswijk maken we gebruik van het aandeel risicowoningen, woningen met een openafvoer geiser. De inschatting voor Den Haag is dat er ongeveer 70.000 afvoerloze geisers zijn, waarvan ongeveer 50.000 in beheer bij geiserverhuuder Tempus. Het overige deel is in het bezit van andere verhuurders of van particulieren. Het totaal aantal risicowoningen in de Schilderswijk is ongeveer 3.200. Dit is 4 procent van het totaal in Den Haag. We nemen aan dat het aantal ongevallen met eenzelfde percentage

¹⁸ Onderschatting niet alle gevallen als CO-intoxicatie herkend uit CO-intoxicatie PvA 2008-2010



kan afnemen. We komen daarmee voor de Schilderswijk op een jaarlijkse afname van 0,1 dodelijke en 1,5 acute intoxicatiegevallen (zie overzichtstabel).

Toelichting zorggebruik

De enige beschikbare indicatoren ten aanzien van de gezondheidspositie van inwoners op wijkniveau, over heel Nederland - en daarmee geschikt voor meervoudige regressieanalyse - zijn gebruik van antidepressiva en huisartsenbezoek (bron: Vektis). Een samenstelling hiervan geeft de gezondheidsindex van een wijk. Het is een maatstaf voor zorggebruik en daarmee een grove indicator voor de gezondheidsverschillen tussen steden of wijken. Onderstaande tabel geeft de cijfers voor de Schilderswijk, Den Haag en het beoogde *maximale* effect.

Tabel 3.3. Omvang effect op zorggebruik

	Gezondheidsindex	<i>Gebruik antidepressiva</i>	<i>Frequent huisartsenbezoek</i>
<i>Nulsituatie Schilderswijk</i>	40,25%	6,12%	34,13%
<i>Ambitie: Den Haag</i>	33,63%	5,63%	28,00%
<i>Verskil: omvang effect</i>	-6,62%	0,49%	6,13%

Bron: Atlas voor Gemeenten

3.2 Waarde projecteffecten

Om de effecten te waarderen ofwel in euro's uit te drukken maken we gebruik van verschillende methoden. Hieronder geven we per actor een overzicht.

3.2.1 Inwoner Schilderswijk

Gezondheidswinst of kwaliteit van leven

Bovenal heeft het gezondheidsprogramma tot doel om de gezondheid van de inwoners te verbeteren en daarmee de kwaliteit van leven¹⁹. De inwoner die gaat participeren in sport- en gezondheidsprogramma's (spoor 1) en de inwoner, met een nieuwe geiser (spoor 2), ervaart een gezondheidswinst. De kwaliteit van zijn leven maar ook zijn levensverwachting neemt toe. Een veelgebruikte methode om deze twee te kwantificeren is die van de Quality Adjusted Life Year (QALY). 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.

¹⁹ Maakt circa 75% uit van het totaal aan baten



De eerste stap in de methode is het bepalen van het aantal gewonnen gezonde levensjaren, ofwel de QALY-winst. Op basis van kengetallen van RIVM²⁰ 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 4,6 en 3,4 jaar. Wanneer we dit loslaten op de (hoeveelheid)effecten uit tabel 3.3 “afname overgewicht en inactieven”, komen we voor de kengetallenvariant op circa 1.200 gewonnen gezonde levensjaren (QALY's)²¹. Voor de programmavariant is dit 2.700.

Vervolgens is het nodig om de waarde van één QALY te bepalen. Hiervoor hebben we naast bestaande literatuur gebruik gemaakt van reeds eerder uitgevoerde KBA's²². Als waarde van een QALY wordt in veel gevallen 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 hebben besloten om uit te gaan van 50.000 euro per QALY en voeren een gevoeligheidsanalyse uit met waarden van € 20.000 en € 100.000. Verder nemen we over uit de studie van Hirth e.a. en een rapport van het RIVM dat dit een zelfstandige economische waarde is, los van de bijdrage aan de economie (consumptie en productie). Wel achten we het aannemelijk dat in deze waarde impliciet het nut of de waardering zit dat iemand aan zijn consumptie ontleent. De waardering bevat enkel het verschil in een gezond en een ongezond levensjaar, bij gelijkblijvend levenspatroon (zie ook kosten pensioenen en AOW).

Tot slot is belangrijk om te bepalen wanneer, in welke jaren, de gezondheidswinst ‘geboekt’ moet worden. Vanwege het disconteren geldt immers: hoe verder weg in de tijd, hoe minder de waarde op dit moment. Ook hiervoor hebben we gekeken naar een voorbeeld KBA (rookverbod). De gezondheidswinst voor jongeren, volwassenen en ouderen hebben we op één moment in de tijd laten vallen, namelijk in respectievelijk 2045, 2030 en 2019²³. Met een discontovoet van 2,5% en een risico-opslag van 3% geeft dit een netto contante waarde van € 10,9 mln in de kengetallenvariant (€ 21,9 mln in de programmavariant).

Gezondheidswinst agv verbeterd binnenmilieu

Doordat de openafvoer geisers vervangen worden zullen inwoners geen last meer hebben van acute of chronische CO-intoxicaties. Van deze laatste zijn helaas geen cijfers beschik-

²⁰ Bouwstenen voor keuzes rondom preventie in Nederland, RIVM, 2006

²¹ We gaan uit van enkel de *gezonde* gewonnen levensjaren, ofwel zonder correctiefactor. En nemen het maximum van de winst door beweging en afname gewicht. Dit is mogelijk een onderschatting

²² O.a. KBA van het rookverbod, CPB 2008 en KBA van revalidatie, SEO 2008

²³ In KBA rookverbod wordt uitgegaan van jaarlijkse gezondheidswinst (= “verschil in levensverwachting/ nieuwe levensverwachting”). We boeken de winst niet jaarlijks maar halverwege de nieuwe gezonde levensverwachting als een soort mediaan.



baar. De gezondheidswinst in termen van gewonnen gezonde levensjaren is dan ook niet betrouwbaar vast te stellen. We stellen deze post op P.M.

Voor de acute (dodelijke) gevallen is het naast de QALY-methode ook mogelijk om de waarde te bepalen aan de hand van kengetallen voor verkeersongevallen²⁴. Deze getallen zijn in de OEI-leidraad opgenomen en worden veelvuldig gebruikt in MKBA's. De kosten per dodelijk slachtoffer zijn € 2.420.000 en bestaan in hoofdlijnen uit de volgende maatschappelijke kosten:

- medische kosten (2%)
- productie-verlies (10%)
- immateriële schade ofwel verlies aan kwaliteit van leven (45%)
- afhandelingskosten, kosten van brandweer, politie, en/of verzekeraars (10%)
- materiele kosten, beschadiging van goederen, voertuigen, wegen (31%)
- filekosten (1%)

Voor de waardering van dodelijke slachtoffers door CO-intoxicatie nemen we enkel de eerste drie posten mee, en komen daarmee op een waarde van ongeveer € 1,4 mln. Met een jaarlijkse afname van ongeveer 0,1 geeft dit een baat van € 92 duizend. De netto contante waarde van het verschil in een vervanging van de geisers in 5 jaar en in 15 jaar is daarmee € 0,3 mln (baat vervroegd vervangen 1,3 mln in nulvariant is dit 1,0 mln).

Voor de waardering van de acute ziekenhuisopnames geldt eenzelfde soort kengetal. De medische kosten van een persoon worden geraamd op € 1.700. Daarbij komen de kosten van een verlies aan productiviteit. Het gemiddeld aantal dagen dat iemand niet productief is is 4 dagen. De gemiddelde kosten van een werkdag zijn 64 euro (zie ook werkgever). Het verlies aan productiviteit wordt daarmee 255 euro. De totale kosten zijn bij elkaar opgeteld ongeveer € 2.000 per ziekenhuisopname. Op basis van een jaarlijkse afname in de schilferswijk van 1,5 resulteert een NCW van 10 duizend euro (t.o.v. het nulalternatief).

Hogere energiekosten

Een negatief bijeffect voor de inwoners met een nieuwe geiser is dat deze in de meeste gevallen hogere energiekosten met zich meebrengen. De oude openafvoer geisers zijn m.a.w. relatief zuinig in gebruik. Voor het inschatten van de hogere energiekosten bekijken we de meest realistische vervanging van de keukengeiser. Dit zijn de geiser mét afvoer, de CV combi, en de nieuwe elektrische boiler op nachtstroom. De gemiddelde jaarlijkse energiekos-

²⁴ SWOV-factsheet, kosten van verkeersongevallen, 2007



ten zijn respectievelijk € 114 (= afvoerloze geiser), € 220, en € 228²⁵. De gemiddelde energiekosten ná vervanging zijn € 187, waarmee de *meerkosten* per inwoner circa 73 euro per jaar is²⁶. Met een vervanging van circa 3.200 geisers in de Schilderswijk betekent dit een jaarlijkse meerkosten van 233 duizend euro.

Minder ziekteverzuim

Door een verbeterde gezondheid zal de kans op ziekte onder inwoners afnemen. Verwacht mag worden dat hierdoor de productiviteit of arbeidsparticipatie toeneemt. Voor inwoners die nu nog geen baan hebben, kan dit leiden tot het ontvangen van loon en het inleveren van een uitkering. Daarbij moet over het loon ook belasting betaald worden. We gaan er vanuit dat de inwoners zelf niet direct profiteren van de toegenomen arbeidsparticipatie. Dit geldt helemaal voor inwoners die werknemers zijn en loon uitbetaald krijgen gedurende het ziekteverzuim. De winst aan zelfstandigheid zit overigens al verwerkt in de toename van de kwaliteit van leven (QALY).

Schoolkinderen in de Schilderswijk die als gevolg van het programma meer zijn gaan bewegen en gezonder zijn gaan eten zullen ook minder vaak ziek zijn. Dit leidt zeer waarschijnlijk tot hogere schoolprestaties. Over de mate waarin dit effect optreedt zijn nog geen cijfers beschikbaar. Wanneer dit bekend is kan relatief eenvoudig berekend worden wat de maatschappelijke baten hiervan zijn.²⁷ We zetten deze post op PM.

Tijdsinvestering

Tot slot, zullen de inwoners ook kosten moeten maken om de genoemde baten te kunnen behalen. Naast een (kleine) eigen bijdrage zullen inwoners van de schilderswijk ook hun tijd moeten investeren. Voor zover deze investering in tijd niet wordt goed gemaakt door het plezier dat men beleeft aan het sporten, moeten deze mee worden genomen als een negatief direct effect.

In economische termen betekent dit een negatief consumentensurplus. Inwoners maken een eigen kosten baten afweging om wel of niet te gaan sporten. Als men voor het programma niet ging sporten, dan wogen de voordelen (“het is goed voor me op lange termijn” en het plezier van het sporten) blijkbaar niet op tegen de kosten (tijdsinvestering en de prijs van de activiteit). Wanneer dezelfde persoon door de kostenverlaging (van € x naar € 4 euro eigen bijdrage) wél gaat sporten, dan zou een inschatting gegeven kunnen worden van de waarde van de tijdsinvestering. Het is echter ook mogelijk dat door het programma de baten van het

²⁵ bron: concept draaiboek corporaties en geiservervanging DH dd 040507 Inschatting besparing nieuwe variant op nachtstroom is 60%

²⁶ We gaan er bij gebrek aan meer gegevens vanuit dat alle drie de vervangingen even vaak voorkomen

²⁷ Zie ook MKBA Brede School, waarin we de baten van hogere schoolprestaties hebben berekend.



sporten (en daarmee het consumentensurplus) voor de betreffende persoon toeneemt. Dus bijvoorbeeld: meer plezier in sport of meer inzicht in de gezondheidsvoordelen. Omdat we geen inzicht hebben in de verhouding van deze effecten, hebben we deze post vooralsnog op PM gesteld.

3.2.2 Zorgverzekeraar

Lagere maar ook hogere zorgkosten

Algemeen geldt dat ongezond gedrag - overgewicht, te weinig lichamelijke activiteit en verkeerde eetgewoonten - leidt tot hoge zorgkosten²⁸. Het aandeel ervan in de totale zorgkosten is echter relatief beperkt. De kosten van ziekten als gevolg van overgewicht vormen ongeveer 2 procent van de totale zorgkosten. Dit is weinig in vergelijking met andere ziektegroepen (psychische stoornissen (22%), hart- en vaatziekten (10%),...). Het gevolg is dat de besparing op zorgkosten op korte termijn beperkt is. 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. En deze kosten zijn groter dan de korte termijn besparing. Dit wordt ook wel de 'pain of the gain' genoemd.

Voor de berekening van de korte termijn besparing hebben we de zorgkosten van een persoon met gezond gewicht vergeleken met een persoon met (ernstig) overgewicht (obees). Uit studies van het RIVM blijkt dat het voor jongeren gaat om een besparing van € 9.000 - over een heel leven gerekend²⁹ - en voor volwassenen om € 4.000³⁰. De afname van het aantal inwoners van de Schilderswijk met overgewicht naar normaalgewicht is respectievelijk 100 en 200 (in de kengetallenvariant). De netto contante waarde hiervan bedraagt € 0,8 miljoen.

De *extra* zorgkosten voor overige ziekten door de langere levensverwachting bij jongeren is € 70.000. Voor volwassenen komen we op een bedrag van ongeveer € 23.000²⁵. 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 € -1,9 miljoen.

Voor de zorgverzekeraars gaan we uit van een goed werkende markt. Dat betekent dat een verhoging van de kosten op lange termijn leidt tot een verhoging van de premies. De hogere kosten worden met andere woorden doorberekend aan de leden van de maatschappij. Voor de korte termijn besparingen gaan we ervan uit dat deze niet onmiddellijk in de premies ver-

²⁸ Zorgkosten van ongezond gedrag, RIVM, 2006

²⁹ Periode waarin besparing bij jongeren optreden is 50 jaar, bij volwassenen is dit 10 jaar (RIVM)

³⁰ (€23 mld voor ned)/(5,8 mln volwassenen met overgewicht) = 4.000 en €134/5,8 mln = 23.000



werkt worden. De verzekeraar kan ook mee investeren om de gezonde leefstijl te bewerkstelligen.

3.2.3 Werkgever

Productiviteit: minder ziekteverzuim

De werkgever is een moeilijk te 'pakken' partij, maar heeft wel alle baat bij gezond gedrag en gezond gewicht van medewerkers. Een ongezonde leefstijl en in het bijzonder overgewicht leidt namelijk tot meer ziekteverzuim. Een werknemer met overgewicht heeft jaarlijks gemiddeld 2,5 dag meer ziekteverzuim dan een werknemer met een normaal gewicht. En een werknemer met obesitas³¹ heeft 11,7 extra verzuimdagen³².

Wanneer de inwoners van de Schilderswijk gezonder worden, meer bewegen en meer afvalen, levert dit de werkgevers een baat op, die gelijk staat aan de productiviteit van een werkdag. In de schilderswijk gaat het om circa 135 werknemers³³, waarvan het aandeel met matig en ernstig overgewicht gelijk verdeeld is. Deze werknemers zullen door een afname van hun gewicht en daarmee een verbeterde gezondheid, meer dagen productief zijn. Bij een gemiddeld jaarinkomen van € 14.000³⁴, en circa 220 werkzame dagen in een jaar, komen we tot een inschatting van de productiviteit per dag van 65 euro. Netto contant over een periode van 10 jaar resulteert een baat voor de werkgevers van 0,6 miljoen euro.

3.2.4 Maatschappij

Met de maatschappij bedoelen we alle inwoners van de maatschappij, waaronder de overige inwoners van de wijk. Dit is - naast de werkgever - de grootste externe partij. Het gezondheidsprogramma is niet direct bedoeld voor deze partij, maar de effecten komen er wel terecht. We onderscheiden twee positieve (bij)effecten van het programma voor de maatschappij: toename arbeidsparticipatie en reductie overlast, en twee negatieve effecten: zorguitgaven en kosten pensioenen en AOW.

Productiviteit: meer werkenden

Baten voor de maatschappij ontstaan als een inwoner zonder betaald werk en met een uitkering door een verbeterde gezondheid meer of volledig kan gaan werken. De maatschappij bespaart uitkeringslasten en er komt meer loonbelasting binnen. Om in te schatten wat het effect is van een verbeterde gezondheid van de inwoners op de arbeidsparticipatie maken we

³¹ Obesitas betekent ernstig overgewicht een BMI > 30 kg/m²

³² Bron: "Dik is duur" vno-ncw en "Het economisch gewicht van overgewicht", ESB

³³ Bron: Atlas, werkzame beroepsbevolking in schilderswijk 43%

³⁴ Bron: Atlas, gemiddeld inkomen inkomensontvangers in schilderswijk in 2005 14.000



gebruik van het *analysemodel voor de stad*³⁵. Met regressieanalyses worden daarin de verschillen in arbeidsparticipatie tussen steden en wijken verklaard. Als basisindicator voor arbeidsparticipatie is het percentage van de beroepsbevolking dat langdurig (langer dan drie jaar) werkloos is gebruikt.

Uit die modelschattingen blijkt dat de opgenomen gezondheidsindex, gebaseerd op gebruik van antidepressiva en mate van huisartsenbezoek van de bewoners van de wijk, significant samenhangt met de omvang van de langdurige werkloosheid in de wijk. De bijbehorende coëfficiënt is ongeveer -0,05.

De gevonden relatie tussen de gezondheidssituatie van de bevolking en het aandeel langdurige werklozen mogen niet automatisch tot de conclusie leiden dat gezondheidsproblemen leiden tot werkloosheid. Ook het omgekeerde kan het geval zijn: werkloosheid leidt tot gezondheidsproblemen. Een *quick scan* van de internationale literatuur laat zien dat beide richtingen van de causaliteit veelvuldig zijn onderzocht en empirisch bewezen.

Omdat ook de omgekeerde richting van de causaliteit zich zal voordoen is de gevonden coëfficiënt waarschijnlijk een overschatting van het verwachte effect van een verbeterde gezondheid op de arbeidsparticipatie in de wijk. Daarom is in de kengetallenvariant uitgegaan van een voorzichtige inschatting van het effect van de investeringen in de Schilderswijk op de gezondheidsindex, namelijk 3,3 procentpunt (zie ook tabel 3.1 voor het overzicht). De afname van het aantal langdurige werklozen in de Schilderswijk als gevolg van de investeringen in gezondheid komt dan op 0,15 procent (= 3,3 * -0,05). Dit komt overeen met ongeveer 18 extra werkenden. De productiviteit van deze extra werkenden is ingeschat op € 12.400, opgebouwd uit een besparing op uitkering van € 9.600 en loonbelasting van € 2.800. De jaarlijkse baat is ongeveer 230 duizend euro. Netto contant over een periode van 10 jaar resulteert een bedrag van 1,0 miljoen euro (€ 2,0 mln in de maximale programmavariant).

Reductie overlast en onveiligheid in de wijk

In het *analysemodel voor de stad* wordt ook de mate van overlast en onveiligheid in de stad verklaard uit zoveel mogelijk factoren die daar in theorie op van invloed zijn. Daarbij wordt de mate van overlast en onveiligheid gemeten op wijkniveau. Hieruit blijkt dat de gezondheid van de bevolking in de wijk significant samenhangt met de mate van overlast en onveiligheid. Ook hier is echter discussie mogelijk over de richting van de gevonden relatie. Een betere gezondheid van de bewoners van de wijk - waaronder een afname van psychische klachten en depressiviteit - kan leiden tot een afname van overlast en onveiligheid. Maar ook het omgekeerde verband kan aan de orde zijn, namelijk dat mensen gezondheidsproblemen krijgen als gevolg van overlast en onveiligheid in de wijk en de stress die dat veroorzaakt.

³⁵ Bron: Atlas, "De schaal van de stad", 2008



Om die reden is ook hier een voorzichtige inschatting van het effect van de investeringen op de gezondheidsindex van 3,3% genomen (zie ook tabel 3.1). De coëfficiënt uit de regressie-analyses waarin het verband tussen die gezondheidsindex en de mate van overlast en onveiligheid wordt ingeschat is ongeveer 0,06. De overlast en onveiligheid in de Schilderswijk als gevolg van de verbeterde gezondheid neemt dan af met $0,002^{36}$. Op basis van de hedonische prijsmethode vertegenwoordigt deze afname van de mate van overlast en onveiligheid een maatschappelijke waarde van 160 euro per huis in de Schilderswijk.³⁷

In de genoemde modellen is ook de mate van arbeidsparticipatie in de wijk een verklarende factor voor overlast en onveiligheid. Wijken met veel langdurig werklozen en een hoge jeugdwerkloosheid hebben over het algemeen meer te maken met overlast en onveiligheid. De bijbehorende coëfficiënt is 0,17. De toename van de arbeidsparticipatie als gevolg van het gezondheidsprogramma was zoals gezegd 0,15 procent (zie hierboven). De afname van overlast en onveiligheid als gevolg van de afname van werkloosheid is dan 0,003, hetgeen een maatschappelijke waarde vertegenwoordigt van ongeveer 20 euro per woning.

Wanneer we beide effecten bij elkaar optellen komen we uit op een afname van de problemen op het gebied van overlast en onveiligheid die in totaal een maatschappelijke waarde vertegenwoordigt van 180 euro per huis in de Schilderswijk. Het gemiddeld aantal huizen in de wijk is 12.400. De totale bate bedraagt dan 2,2 miljoen euro, eenmalig in 2019. Netto constant resulteert een bedrag van € 1,2 miljoen in het voorzichtige scenario.

Hogere ziektekosten a.g.v. gewonnen levensjaren

Zoals aangegeven bij de verzekeraars, zullen de hogere zorgkosten als gevolg van de toenemende levensverwachting worden doorberekend aan de verzekerden in de vorm van hogere premies. Het betreft extra kosten van € 70.000 bij jongeren en € 23.000 bij volwassenen. Dit resulteert in een negatief effect voor de 'maatschappij' van € 1,9 miljoen,

Kosten pensioenen en AOW

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 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 1.200 gewonnen levensjaren, € 12.000 AOW en een gemiddeld pensioen van

³⁶ Het niveau van overlast en onveiligheid is op 4-positiepostcodeniveau gemeten voor 2007 en bestaat uit een gewogen index van 10 indicatoren, zie: Atlas, "De schaal van de stad", 2008

³⁷ Zie: G.A. Marlet, C.M.C.M. van Woerkens, Weg uit de wijk, in Economisch statistische berichten, 4502, 26-1-2007



€ 4.000, betekent dit een netto contante waarde van € 3,1 miljoen. Of deze kosten meege-
nomen moeten worden in de MKBA is onderwerp van discussie.

3.3 Kosten gezondheidsprogramma

De *extra* investering en inspanning die het gezondheidsprogramma vraagt worden gedragen door de partijen die samen de vitale coalitie “Het gezond Geweten” vormen³⁸. We onderscheiden o.a.:

- De gemeente De Haag en haar GGD
- Woningcorporaties/ Geiserverhuurders
- Zorgverzekeraars
- Rijk
- Inwoners zelf

Kosten spoor 1: gezond en actief leven

Voor een inschatting van de kosten van spoor 1 maken we gebruik van de Business case Schilderswijk: Gezondheid en sport, aangevuld met de budgetten voor de bestaande programma's. De kosten vallen uiteen in eenmalige investeringen in 2009 en jaarlijkse kosten gedurende 10 jaar.

Tabel 3.4 Kosten spoor 1: Gezond en actief leven

	Investering (x €1.000)	Jaarlijks (x €1.000)	Investeerder
1. Bestaande programma's BOR en GG		180	Gemeente,
- Kosten in samenhang brengen		-	Verzekeraar,
- Kosten continuering tot 2019			Inwoners,
	BOR	110	Rijk
	GG	60	
	Gezondheidsmakelaar	10	
2. Opplussen van 6 gymzalen	600		Corporatie
3. Kosten sportprogramma's		750	
	Personele inzet	540	Gemeente
	Programma	210	Rijk
4. Sporttuin Variascollege	500		Corporatie
- programmering en exploitatie			
5. Herinrichten openbare ruimte:	270		Corporatie
	Cruyff court in Campus Teniersplantsoen	220	
	Anna Blamanplein	50	

De bestaande programma's Bewegen op Recept (BOR) en Gezond Gewicht (GG) worden in samenhang gebracht met andere programma's in de wijk en de eerstelijns gezondheidszorg. Wijkbewoners kunnen zo op een laagdrempelige manier in de eigen wijk gaan bewegen en

³⁸ Opstellers van het Intentieakkoord Gezondheid Haagse Krachtwijken



sporten. Beide programma's worden gecontinueerd tot 2019, het eindjaar van het gezondheidsprogramma.

Het jaarlijkse budget voor BOR is 660.650 euro voor zes wijken. Om een inschatting te maken van de jaarlijkse kosten voor de Schilderswijk delen we het bedrag door zes en komen op ongeveer 110.000 euro per jaar.

Het jaarlijkse budget voor GG is 680.000 euro. Voor een verdeling van het budget over de verschillende wijken maken we een inschatting van het aantal wijken waarvoor het programma bedoeld is. Op basis van de indeling in de gezondheidsmonitor komen we op 12 wijken³⁹. Het budget voor de schilderswijk is daarmee zo'n 60.000 euro per jaar.

Voor een toelichting op de jaarlijkse bedragen verwijzen we naar de bijlagen.

Kosten spoor 2: gezonde leefomgeving

De kosten voor spoor 2 beperken zich tot het vroegtijdig vervangen van de openafvoer geisers, het geven van voorlichting en het beheersen van risico's.

Tabel 3.5 Kosten spoor 2:

	Investing (x €1.000)	Jaarlijks (x €1.000)	Investeerder
1. APK-keuring woningen (om 5 jaar)		-	Gemeente
2. Afvoerloze geisers vervangen	3.970		Gemeente,
Huurwoningen (2.700)	3.330		Corporatie,
Koopwoningen (500)	640		Eigenaren
3. Wijkcampagne ed (totaal over 5 jr)		4	Gemeente

In de Schilderswijk gaat het om het vervangen van ongeveer 3.200 openafvoer geisers. In het nulalternatief zouden deze geisers ook vervangen worden. De gemiddelde vervangingskosten zijn € 1.250 per geiser⁴⁰. In de verdeling van de kosten zijn we er vanuit gegaan dat de gemeente Den Haag een bijdrage levert van 200 euro per woning.

De totale kosten voor wijkcampagne, voorlichting en risicobeheersing voor Den Haag zijn geraamd op 100.000 euro⁴¹. Deze bestaan uit: stedelijke campagne € 40.000, wijkcampagnes € 15.000, voorlichtingsmateriaal € 15.000, trainingen € 10.000, signalering € 10.000 en risicobeheersing: aanschaf CO meters € 10.000. Voor de Schilderswijk hebben we dit vertaald naar ongeveer 4.000 euro voor 5 jaar⁴².

³⁹ Dit zijn wijken met een achterstandsscore van boven de vijf

⁴⁰ Draaiboek "Corporaties en Geiservervanging", gem. Den Haag mei 2007

⁴¹ Claim afvoerloze geisers, Den Haag dienst OCW factor risicowoningen in Schilderswijk is 4% (zie omvang effecten)

⁴² Factor risicowoningen in Schilderswijk t.o.v. totaal in DH is 4% (zie omvang effecten)



4. Kosten en baten gezondheidsprogramma

4.1 Overzicht kosten en baten “Gezond en actief leven”

In onderstaande tabel zijn de uitkomsten van de MKBA voor spoor 1 samengevat:

Tabel 4.1. Overzicht kosten en baten spoor 1: Gezond en actief leven

	NCW 2009–2064 t.o.v. 0-alt. (in mln €)	
	Kengetal	Program
BATEN	€ 9,6	€ 18,3
Directe baten		
1. Gezondheidswinst a.g.v. gezondere leefstijl	€ 10,9	€ 20,5
d. Jongeren	€ 6,8	€ 17,4
e. Volwassenen	€ 2,5	€ 1,9
f. Ouderen	€ 1,6	€ 1,1
2. Besparing zorgkosten a.g.v. gezondere leefstijl	€ 0,8	€ 1,4
3. Kosten tijdsinvestering (bewegen) inwoners	€ PM ±	€ PM ±
Externe baten		
4. Besparingen agv hogere arbeidsparticipatie	€ 1,0	€ 2,0
5. Besparing kosten agv minder ziekteverzuim	€ 0,6	€ 0,2
6. Verbeterde schoolprestaties agv minder ziekteverzuim	€ PM +	€ PM +
7. Reductie overlast en onveiligheid	€ 1,2	€ 2,5
8. Hogere ziektekosten a.g.v. gewonnen levensjaren	€ 1,9 -	€ 2,6 -
9. Hogere kosten pensioen/AOW a.g.v. gewonnen levensjaren	€ 3,1 -	€ 5,7 -
KOSTEN		€ 8,3
Investeringskosten		
1. ‘Opplussen’ van 6 gymzalen		€ 0,6
2. Sporttuin Variascollege		€ 0,5
3. Herinrichten van de openbare ruimte		€ 0,3
Jaarlijkse kosten		
4. Bestaande programma’s BOR, GG, makelaar		€ 1,4
5. Kosten sportprogramma		€ 5,7
SALDO KOSTEN EN BATEN	€ 1,3	€ 10,0
RENDEMENT	6,3%	9,6%
Bandbreedte (QALY €20.000 - €100.000)*	€5,2 - 12,3	€2,2 - 30,5

* waarde van één gezond levensjaar

We verwachten voor spoor 1 in potentie een positief gemiddeld saldo. Gezien de betrouwbaarheid van de programmadoelstelling vinden we het op dit moment reëler om uit te gaan van de ‘geleende’ cijfers ofwel de kengetallenvariant. Het positieve saldo van 1,3 miljoen euro en het bijbehorende rendement van 6,3% zien wij dan ook als de beste inschatting. Daarbij is er een positieve PM ten aanzien van verbeterde schoolprestaties, een negatieve PM voor de tijdsinvestering die bewoners moeten doen om te gaan bewegen en een positieve PM voor meer plezier in sport of meer inzicht in de gezondheidsvoordelen.

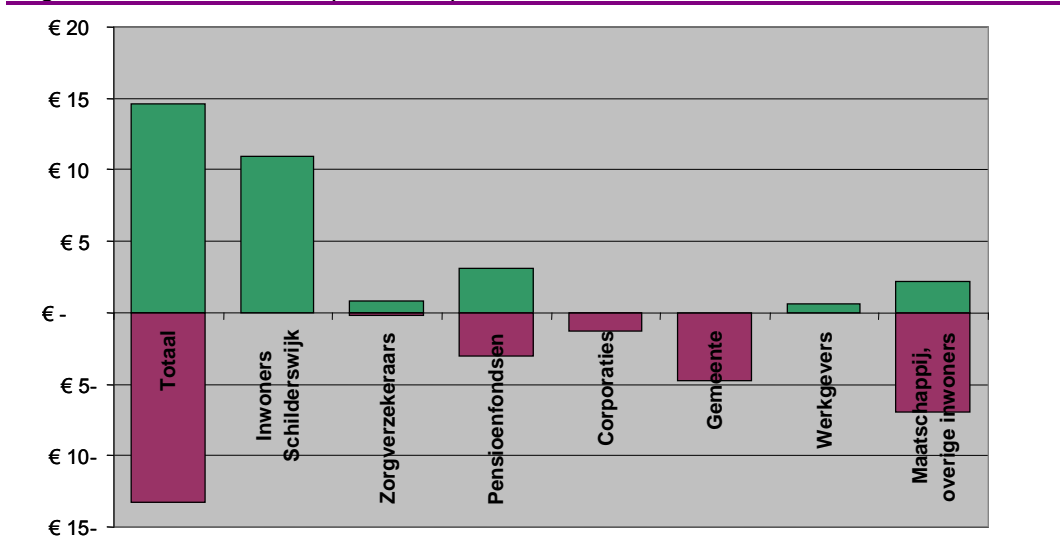


Het saldo is vooral afhankelijk van de manier waarop de gezondheidswinsten worden gewaardeerd. Veel andere MKBA-studies hanteren een waardering van € 100.000. Dit verbetert het rendement van het programma sterk. En komt daarmee in de kengetallenvariant op een positief saldo van € 12,3 miljoen. We beschouwen dit hier als bovengrens. Het RIVM geeft echter aan dat een investering in gezondheid kosteneffectief is bij een waardering van € 20.000 of minder. Het saldo wordt daarmee negatief. Deze MKBA heeft een waardering van ongeveer € 44.000 per QALY nodig om tot een positief saldo te komen.

Verdelingseffecten: actorenanalyse

Hoewel we verwachten dat de MKBA een positief saldo heeft van ongeveer 1,3 miljoen, is niet voor alle partijen het saldo van kosten en baten positief. Onderstaande figuur maakt dit inzichtelijk.

Figuur 4.1. kosten en baten per actor spoor 1



We zien de inwoners van de Schilderswijk als grootste 'winnaars'. Zij hebben de grootste baat bij een actief en gezond leven, door een toename van de kwaliteit en de lengte van hun leven. Ook de zorgverzekeraars en de werkgevers hebben een positief saldo en profiteren van de maatregelen op korte termijn. Voor de zorgverzekeraars geldt dat ze nog wel voor een klein deel mee investeren en dat zij op langere termijn hogere kosten zullen 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, van 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 en overige inwoners in de wijk hebben wel nog baat door een afname van overlast in de wijk en



door meer inwoners met betaald werk. Het saldo wordt hierdoor echter niet positief. Voor de investerende partijen, gemeente en corporatie, blijkt tot slot een negatief saldo. Op hun schouders liggen voor een groot deel de kosten van het programma en zelf krijgen zij er in financiële zin niet direct iets voor terug⁴³.

Gevoeligheidsanalyse

Er speelt een aantal onzekerheden bij de uitkomsten van de MKBA. Dat geldt op de eerste plaats, zoals genoemd, voor de waarde van een gezond levensjaar (QALY). In de uitkomst-tabel hanteren we hiervoor een bandbreedte van tussen de 20.000 en 100.000 euro. Overige punten zijn:

Tabel 4.2. Verschil in kosten en baten spoor 1 t.o.v. kengetallenvariant

Verandering in aannames & veronderstellingen	Verschil saldo 'Kengetal' (in miljoen €)	Saldo 'Kengetal' (in miljoen €)
1. Waarde levensjaar (QALY) i.p.v. € 50.000:		
– € 100.000	€ + 10,9	€ 12,3
– €43.900	€ - 1,3	€ 0,0
– € 20.000	€ - 6,6	€ - 5,2
2. Kosten AOW /pensioenen niet meenemen	€ + 3,1	€ 4,4
3. Effect op ouderen niet meenemen	€ - 0,4	€ 1,0
4. Risico-opslag baten 4% i.p.v. 3%	€ - 1,9	€ - 0,6
5. Risico-opslag kosten 0% i.p.v. 3%	€ - 1,2	€ 0,2

We constateren dat de risico-opslag op de discontovoet (2,5%) veel invloed heeft op het saldo. Vanwege de onzekerheden rondom de baten in de verre toekomst, hebben we de risico-opslag op de baten verhoogd met 1%. Het saldo wordt in dat geval negatief. Verder zijn de kosten veelal vaste bedragen of budgetten zonder veel risico. In dat geval is het verlagen van de risico-opslag een optie. Het saldo neemt hierdoor af maar blijft positief.

Sleutels tot effectiviteit

De opgestelde MKBA kan ook gebruikt worden als instrument om meer inzicht te krijgen in de sleutels tot effectiviteit. Onderstaande tabel geeft de belangrijkste inzichten.

⁴³ Evt. Voordeel via hogere WOZe en OZB-belasting en mogelijk is gemeente zelf een belangrijke werkgever in de Schilderswijk (besparing ziekteverzuim)



Tabel 4.3. Overzicht baat per inwoner

Verandering in (gezondheids)effecten	Gewonnen Levensjaren	Baten (in miljoen €)	Baat p. inw. (in duizend €)
1. 1% afname overgewicht -> normaal			
a. 110 Kinderen	350	€ 1,6	€ 14,5
b. 160 Volwassenen	80	€ 1,1	€ 6,9
c. 60 Ouderen	30	€ 0,2	€ 3,3
2. 1% toename van normactieven			
a. 110 Kinderen	100	€ 0,5	€ 4,5
b. 160 Volwassenen	20	€ 0,2	€ 1,2
c. 60 Ouderen	10	€ 0,1	€ 1,7
3. 1% afname van inactieven			
a. 110 Kinderen	270	€ 1,3	€ 11,8
b. 160 Volwassenen	50	€ 0,5	€ 3,1
c. 60 Ouderen	20	€ 0,3	€ 5,0

Uit de tabel valt op dat investeren in kinderen relatief het meest 'oplevert'. Het terugdringen van overgewicht onder kinderen geeft per kind een maatschappelijke baat van 14,5 duizend euro. Daarnaast volgt uit de MKBA dat sturen op minder overgewicht de meeste gezondheidswinst oplevert.

4.2 Overzicht kosten en baten "Gezonde leefomgeving"

In onderstaande tabel zijn de uitkomsten van de MKBA voor spoor 2 samengevat:

Tabel 4.2. Overzicht kosten en baten spoor 2: Gezonde leefomgeving

	NCW 2008–2023, t.o.v. 0-alt. (in mln €)
BATEN	€ 0,28 + PM
Directe baten	
1. Gezondheidswinst agv verbeterd binnenmilieu	
g. Afname dodelijke ongevallen	€ 0,31
h. Afname acute ongevallen	€ 0,01
i. Afname chronische klachten	€ P.M.+
Externe baten	
2. Hogere energiekosten agv vervanging open geisers	€ 0,04 -
KOSTEN	€ 0,74
Investeringskosten	
1. Kosten vervoegd vervangen open afvoergeisers	
c. Investering in 5 jaar	€ 3,39
d. Besparing investering in 15 jaar	€ 2,65 -
Jaarlijkse kosten	
2. Wijkcampagne, voorlichting en risicobeheersing	€ 0,004
SALDO KOSTEN EN BATEN	€ -0,46 + PM
RENDEMENT	2,1%
Bandbreedte (kwaliteit van leven 50% -200%)*	[€-0,6 ; €0,2]

* immateriële schade per dodelijk slachtoffer varieert tussen € 0,5 en € 2,2 miljoen



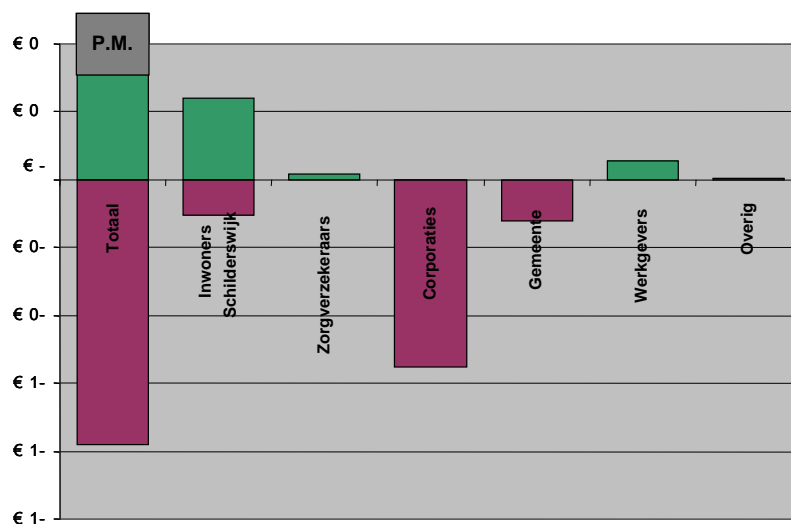
Voor zover de baten van de vroegtijdige vervanging in geld zijn uitgedrukt, wegen ze niet op tegen de te maken kosten. Een naar verwachting aanzienlijke batenpost, namelijk de chronische klachten, zijn echter niet gemonetariseerd. Om een goede beslissing te kunnen nemen ten aanzien van het geiseraanvalsplan voor de Schilderswijk is raadzaam om eerst meer inzicht te verkrijgen in de omvang en de aard van de chronische klachten.

De bandbreedte in het saldo wordt, net als bij spoor 1, bepaald door de waardering van de immateriële schade bij een dodelijk slachtoffer. Onderzoek schat deze schade op een bedrag van 1,1 miljoen euro per slachtoffer. Waarden tussen de € 0,5 en € 2,2 miljoen geven de onder- en bovengrens.

Verdelingseffecten: actorenanalyse

De verdeling van kosten en baten over de betrokken partijen is als volgt:

Figuur 4.2. kosten en baten per actor spoor 2



In het geval van huurwoningen komt het grootste deel van de investering van het vervroegd vervangen van de risicogeisers voor rekening van de corporaties. De eigenaar bewoners investeren zelf in de vervanging. De kosten voor de gemeente zitten in de (mogelijk) subsidie die zij verstrekt per woning. We zien dat de baten hoofdzakelijk terecht komt bij de inwoners in de vorm van gezondheidswinst. De zorgverzekeraars ondervinden een besparing aan zorgkosten. De werkgevers ondervinden een bate door een toename van de productiviteit.



5. Conclusie en aanbeveling

Dit onderzoek is om een twee redenen vernieuwend. Ten eerste staat het maken van gezondheids-MKBA's nog in de kinderschoenen. En ten tweede worden MKBA's meestal van projecten gemaakt, terwijl wij hier gekozen hebben voor een programma-MKBA. Gezien de dubbele vraagstelling van dit onderzoek hebben we een aantal inhoudelijk én een aantal procesmatige conclusies en aanbevelingen:

Inhoudelijk

Uit de MKBA volgt dat:

- Investeren in gezondheid in de Schilderswijk vanuit maatschappelijk oogpunt rendabel is, wanneer hiermee de beoogde effecten worden behaald.
- Investeren in jongeren relatief het meest 'oplevert'. Het terugdringen van overgewicht onder kinderen geeft per kind een maatschappelijke baat van 14,5 duizend euro.
- Investeren in vervroegd vervangen open geisers een discutabele case is. Het verdient aanbeveling om de P.M. post chronische klachten verder inzichtelijk te krijgen.

Verder zien we dat:

- De inwoners van de Schilderswijk de grootste 'winnaars' van het programma zijn.
- Er sprake is van een negatief saldo voor investerende partijen (gemeente, corporatie,...)
- Er negatief uitvallende (externe) effecten zijn bij de rest van de samenleving.

Procesmatig

Naar onze mening is de hier gemaakte programma-MKBA vooral een goed instrument om tijdens de rit te sturen. Het helpt om de blik gericht te houden op de doelstelling van het programma. Daarnaast helpt het om tijdens de rit de maatregelen te identificeren die het meeste hieraan bijdragen en om te kijken welke partijen je bij het proces zou moeten betrekken. Onze conclusie is daarom ook dat de MKBA in het sociale domein een krachtig instrument kan zijn om programma's te volgen en te sturen. Daarnaast maakt het het nut van sociale investeringen zichtbaar én bespreekbaar. Er is echter wel een aantal aandachtspunten, hiervoor verwijzen we naar de separate notitie "aanbevelingen voor de leidraad". Voor de verdere uitwerking van het gezondheidsprogramma bevelen we de volgende stappen aan:

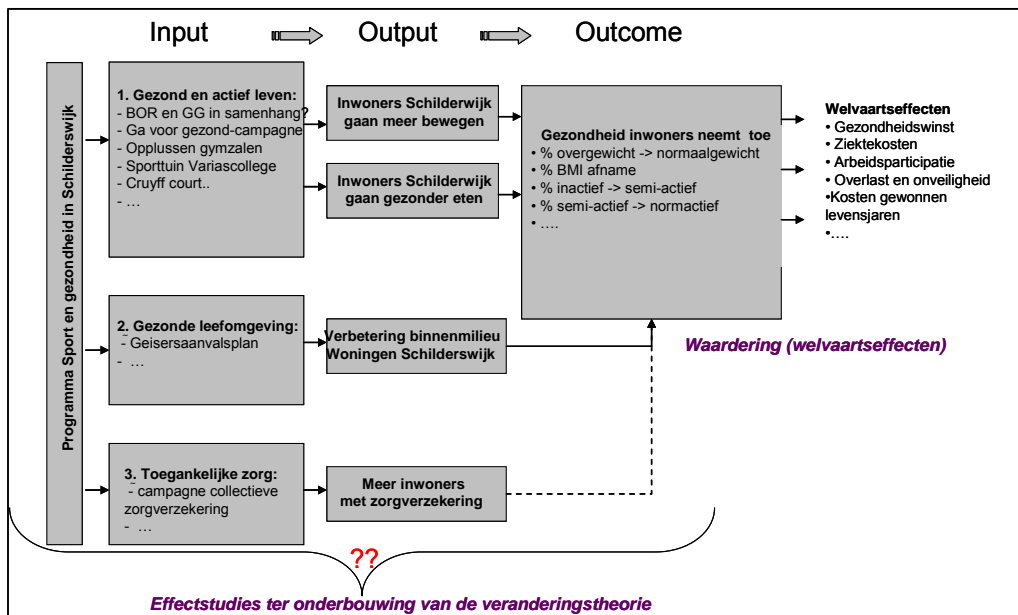
1. *Herijking van de doelstelling*, zodat deze realistisch en gedragen wordt. Dit kan op basis van de nieuwe cijfers die deze zomer verschijnen.
2. *Selecteren van de maatregelen*, die m.b.v. de MKBA worden afgewogen op basis van de kosten en hun bijdrage aan de doelstelling.
3. *Opzet van eenvoudig volgsysteem*, voor sturing tijdens de looptijd van het programma.



Aanbeveling nader onderzoek...

In onze aanpak hebben we ons voornamelijk bezig gehouden met de onderbouwing van de relatie van outcome (hier: gezondheidstoestand van de inwoners) naar effecten voor de maatschappij. Het gaat hierbij om de waardering in termen van euro's (welvaartseffecten). Voor het nader invullen van het programma is behoefte aan inzicht in de relaties die daaraan vooraf gaan. Hiervoor is aanvullend onderzoek nodig. Het gaat dan om de relatie tussen een specifieke maatregel (input) en het effect in termen van output (hier: aantal deelnemers, aantal uren,...) en outcome (% overgewicht naar normaalgewicht,...). Voor elk van de maatregelen dient dit over een langere periode gemonitord te worden.

Overzicht ontbrekende effectstudies/inzicht in belangrijkste benodigde effectrelaties





Bijlagen:

- 1. Procesinformatie**
- 2. Geraadpleegde bronnen**
- 3. Overzicht gerelateerde ziekten**
- 4. Cijfers Schilderswijk en Den Haag**
- 5. Definities gewicht en beweging**
- 6. Uitkomsten uit wijkmodellen Atlas voor gemeenten**
- 7. Overzicht jaarlijkse kosten programma**



1. Procesinformatie

De volgende bijeenkomsten hebben plaatsgevonden tijdens de uitvoering van de MKBA:

- 26 januari: eerste bijeenkomst begeleidingscommissie incl workshop “MKBA’s in de praktijk”
- 19 februari: bespreking eerste resultaten
- 6 maart: bespreking resultaten van beide bureaus: L&L/AvG en Rigo in begeleidingscommissie
- 16 april: inhoudelijke sessie met de planbureaus: SCP en CPB

Op 18 maart zijn de resultaten gepresenteerd op het VNG-congres

Aanwezigen bij (een van) de bijeenkomsten:

- Marlijn van der hoeven, ministerie VROM/WWI
- Leendert Koning, ministerie VROM/WWI
- Theo Strijers, gemeente Den Haag, bestuursdienst
- Peter van Heerwaarden, bestuursdienst
- Anna Bavinck, gemeente Den Haag, bestuursdienst
- Fenneke de Graaf, gemeente Den Haag, OCW
- Isabel Joosen, gemeente Den Haag, OCW
- Rene v. Ewijk, gemeente Den Haag, OCW
- Henk Andel, gemeente Den Haag, OCW
- Jessica Kwekkeboom, gemeente Den Haag, OCW (binnenmilieu)
- Laetitia Kuipers, Ministerie VWS
- Edgar Wever, Rigo
- Freddie Rosenberg, Rigo
- V. Veldheer, SCP
- H.J.J.Stolwijk, CPB

Overige betrokken bij het onderzoek:

- Henk Bakker, gemeente Den Haag, Bouw en Woningtoezicht
- Lieke van Knapen, GGD Den Haag
- Geertje Ariens, Epidemiologie GGD
- Hester van Leeuwen, gemeente Den Haag, actieprogramma Gezond Gewicht
- Joost Poort, SEO economisch onderzoek, opstellen MKBA
- Karien Stronks, AMC



- Melanie Schmidt, AMC
- Janneke Hartingh, AMC
- Mariel Droomers, RIVM
- Jantine Schuit, RIVM
- Carolien van Hooijdonk, Erasmus MC



2. Geraadpleegde bronnen

<i>Bronnen</i>	
Gemeente Den Haag	<ul style="list-style-type: none">– Gezondheidsmonitor 2006, jan 2006– Haagse nota volksgezondheid 2007 -2011– Gezondheidsachterstand moet wijken– Op uw gezondheid II 2003 – 2006: zichtbaar resultaat!– Overgewicht bij Haagse schoolkinderen, epidemiologisch bulletin, 2008, jaargang 43, nr 4– Intentieakkoord– Businesscase Schilderswijk– Voortgang Haags Actieprogramma Gezondheid en Milieu– Schildersbuurt in perspectief– Draaiboek “Corporaties en Geiservervanging”– Nota Gezondheid en Milieu
RIVM	<ul style="list-style-type: none">– Acute en chronische koolmonoxide-intoxicatie pva– Gezondheid in de 40 krachtwijken, 2008– Ongezond gedrag, ziektelast en zorgkosten in Nederland, 2006– Bouwstenen voor keuzes rondom preventie in Nederland, 2006– Kosteneffectiviteit en gezondheidswinst van behalen beleidsdoelen bewegen en overgewicht. Onderbouwing Nationaal Actieplan Sport en Bewegen– KEA over de keten– CVM-model– Lifetime Medical Costs of Obesity: Prevention No Cure for Increasing Health Expenditure
Erasmus MC	<ul style="list-style-type: none">– Schatting van de potentiële effecten van primaire preventieve interventies op de gezondheid van de Rotterdamse bevolking - Het GIDS modelleringsproject -, feb 2008
Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV)	<ul style="list-style-type: none">– Bruikbaarheid van QALY's en DALY's voor de verkeersveiligheid
ESB 18042008	<ul style="list-style-type: none">– Het economisch gewicht van overgewicht
SEO	<ul style="list-style-type: none">– Kosten en Baten van Revalidatie
CPB	<ul style="list-style-type: none">– Een rookverbod in de Nederlandse horeca. Een kosten-batenanalyse
TNO	<ul style="list-style-type: none">– Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2006/2007
Gezondheidsraad	<ul style="list-style-type: none">– Overgewicht en obesitas
RVZ	<ul style="list-style-type: none">– Gezondheid en gedrag
VNO-NCW	<ul style="list-style-type: none">– Dik is duur
AMC	<ul style="list-style-type: none">– Wat beweegt de deelnemers? Een evaluatie van het project “Bewegen Op Recept” in Den Haag AMC
Atlas voor Gemeente Hirth ea	<ul style="list-style-type: none">– De schaal van de stad– De waarde van een QALY



3. Aan ongezond gedrag gerelateerde ziekten

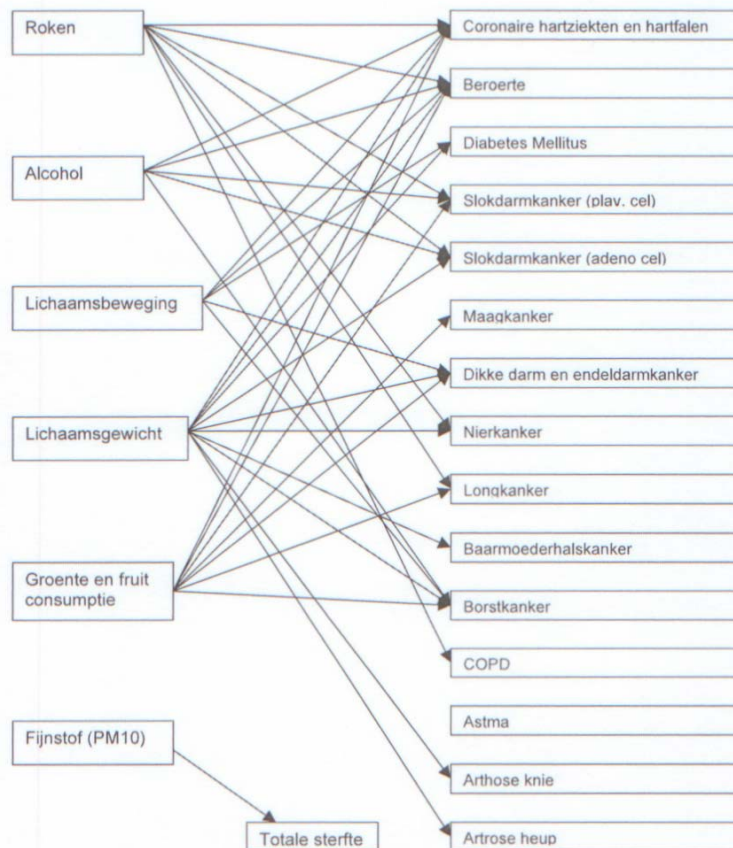
1. uit: *Ongezond gedrag, ziektelast en zorgkosten in Nederland, RIVM 2006*

Tabel 2.3: *Bijdrage van roken en overgewicht aan de zorgkosten voor causaal gerelateerde ziekten van de Nederlandse bevolking van 20 jaar en ouder in 2003 (miljoenen euro, aandeel in %).**

	Miljoenen euro	Toewijsbaar aan Overgewicht
Hart- en vaatziekten	2,121	17%
Beroerte	1,49	6%
COPD	428	0%
Diabetes	557	55%
Klachten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat	1,903	14%
Longkanker	189	0%
Kanker overig	1,091	10%

* De kosten per aandoening kunnen afwijken van de cijfers in *Kosten van Ziekten in Nederland 2003* (Slobbe et al., 2006), zowel vanwege het samenvoegen (hart- en vaatziekten) en weglaten (kanker) van diagnosegroepen in het CZM, als ook door de leeftijdsgrens van 20 jaar.

2. uit: *Het GIDS modelleringsproject -, Erasmus MC, feb 2008*



Figuur 2 Schematische weergave van de determinanten en hun ziekten, zoals opgenomen in het GIDSmod ziektemodel.



4. Cijfers Schilderswijk en Den Haag

Hieronder volgen de cijfers op basis waarvan we de gezondheidstoestand voor de Schilderswijk en Den Haag hebben bepaald. Ook overige gebruikte kengetallen zijn hieronder weergegeven.

Gezondheid										
Beweging										
JAAR	Regio	Inactief			semi-actief			norm-actief		
		12 t/m17	18 t/m 54	55+	12 t/m17	18 t/m 54	55+	12 t/m17	18 t/m 54	55+
	<i>gemiddelde</i>	23%	8%	13%	50%	38%	21%	27%	54%	66%
geslacht	man	20%	8%	9%	52%	40%	21%	28%	52%	70%
	vrouw	26%	7%	17%	49%	36%	21%	25%	56%	62%
opleiding	laag	26%	13%	20%	47%	35%	23%	27%	52%	57%
	midden	20%	7%	9%	53%	36%	20%	27%	57%	71%
	hoog		5%	5%		44%	18%		52%	77%
herkomst	nederland	24%	7%	13%	49%	38%	21%	28%	56%	66%
	elders	21%	14%	12%	56%	39%	21%	23%	47%	67%
overgewicht	bmi<25 kg/m2		6%	12%		37%	19%		57%	70%
	25-30		8%	12%		41%	20%		52%	68%
	30+		13%	19%		39%	28%		48%	53%

bron: TNO: CBS-POLS 2001-2007

Gezondheid										
Gewicht										
JAAR	Regio	ondergewicht			normaalgewicht			overgewicht		
		12 t/m17	18 t/m 54	55+	12 t/m17	18 t/m 54	55+	12 t/m17	18 t/m 54	55+
	<i>gemiddelde</i>	0%	3%	1%	89%	61%	44%	11%	37%	54%
geslacht	man	0%	1%	1%	89%	56%	41%	11%	42%	58%
	vrouw	0%	4%	2%	89%	65%	47%	12%	32%	51%
opleiding	laag		1%			44%			55%	
	midden		2%			53%			45%	
	hoog		2%			63%			36%	
herkomst	nederland									
	elders									
overgewicht	bmi<25 kg/m2									
	25-30									
	30+									

bron: CBS Statline POLS

Gezondheid							
Gewicht							
JAAR	Regio	matig overgewicht			ernstig overgewicht		
		12 t/m17	18 t/m 54	55+	12 t/m17	18 t/m 54	55+
	<i>gemiddelde</i>	9%	28%	41%	3%	9%	14%
geslacht	man	8%	35%	46%	3%	8%	12%
	vrouw	9%	22%	36%	3%	10%	15%
opleiding	laag		37%			18%	
	midden		34%			11%	
	hoog		30%			6%	
herkomst	nederland						
	elders						
overgewicht	bmi<25 kg/m2						
	25-30						
	30+						

Analyse Schildersbuurt Gezondheid											
Levensverwachting											
JAAR	Regio	levensverwachting			gezonde levensverwachting mannen			levensverwachting vrouwen			
		man	vrouw	man	vrouw	laag	midden	hoog	laag	midden	hoog
2007	Wijk 29 Schildersbuurt	73,1	78,9			75,6			80,8		
						0,9			1,0		
2007	Den Haag	74	79,9	56,7	56,1	76,5			81,8		
	<i>gemiddelde</i>										
2007	Nederland	74,9	80,5	61,2	61,4	73,4	77,1	79,1	78,1	83,7	83,8



Analyse Schildersbuurt		Algemeen								
		bron Atlas voor gemeenten								
JAAR	Regio	bevolking	man	vrouw	0-14 jaar	15-24jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 plus	70,5
		aantal	aantal	aantal	%	%	%	%	%	%
2006	Wijk 29 Schildersbuurt	32.900	16.520	16.380	27	17	30	20	6	
2007	Wijk 29 Schildersbuurt	32.600	16.320	16.280	26	17	29	21	7	
2008	Wijk 29 Schildersbuurt	32.560	16.370	16.190	25	17	29	22	7	
					35%			48%		18%

Analyse Schildersbuurt		Afkoms								
		bron Atlas voor gemeenten								
JAAR	Regio	nederlands	westerse	all	niet-weste	marokkar	antilliane	surinamer	turken	niet-wes
		%	%	%	%	%	%	%	%	%
2006	Wijk 29 Schildersbuurt	10	3	87	22	3	21	27	13	
2007	Wijk 29 Schildersbuurt	10	3	87	23	3	21	27	13	
2008	Wijk 29 Schildersbuurt	10	4	86	23	3	20	27	13	

Analyse Schildersbuurt		Opleidingsniveau			Woningmarkt		
		bron Atlas voor gemeenten					
JAAR	Regio	opleidingsr	opleidingsr	opleidingsr	woningen	woz-waade	huurwoningen
		laag	middelbaar	hoog	aantal	x 1.000 €	%
2006	Wijk 29 Schildersbuurt				12.365	113	
2007	Wijk 29 Schildersbuurt	52%	27%	21%	12.365	115	
2008	Wijk 29 Schildersbuurt				2.665		10.307
2006	Den Haag				230.600	166	
2007	Den Haag	34%	32%	34%	231.995	177	
2008	Den Haag				22%		128.640
		gemiddelde					

Analyse Schildersbuurt		Arbeidsmarkt					
		bron Atlas voor gemeenten					
JAAR	Regio	werkzame	zelfstandig	werkzame	werkzame	werkzame	aantal inkomenson
		%	%	%	%	%	aantal
2003	Wijk 29 Schildersbuurt	45	4	55	52	44	16.970
2004	Wijk 29 Schildersbuurt	43	3	55	49	41	15.720
2005	Wijk 29 Schildersbuurt	43	3	56	50	42	14.600

Analyse Schildersbuurt		Arbeidsmarkt						
		gemiddeld inkomen						
JAAR	Regio	inkomenson	bevolking	lage inkom	hogere inkr	niet actieve	gepension	uitkeringsg
		x 1.000 €	x 1.000 €	%	%	%	%	%
2003	Wijk 29 Schildersbuurt	15	8	51	6	44	7	33
2004	Wijk 29 Schildersbuurt	14	8	53	5	46	7	33
2005	Wijk 29 Schildersbuurt	14	8	54	6	48	8	32



5. Definities gewicht en beweging

Beweging

De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) is in 1998 vastgesteld en werd afgeleid van internationale richtlijnen. De norm verschilt per leeftijdsgroep en is vastgesteld op minimaal 5 dagen in de week 30 minuten matig intensief bewegen. Deze 30 minuten mogen in verschillende blokken uitgevoerd worden (bijvoorbeeld 3 x 10 minuten per dag past ook binnen deze norm).

De NNGB per leeftijdsgroep:

- *Jeugd* (onder de 18 jaar): *dagelijks een uur* matig intensieve lichamelijke activiteit, waarbij de activiteiten minimaal twee maal per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie).
- *Volwassenen* (18-55 jaar): *een half uur* matig intensieve lichamelijke activiteit op *tenminste vijf*, maar bij voorkeur alle *dagen van de week*.
- *55-plussers*: *een half uur* matig intensieve lichamelijke activiteit op *tenminste vijf*, maar bij voorkeur alle *dagen van de week*.

Voor niet-actieven, zonder of met lichamelijke beperkingen, is elke extra hoeveelheid lichaamsbeweging meegenomen.

Gewicht

- Ondergewicht: BMI < 18,5 kg/m²
- normaal gewicht: BMI 18,5 tot 25,0 kg/m²
- overgewicht: BMI >= 25,0 kg/m²
- matig overgewicht: BMI 25,0 tot 30,0 kg/m²
- ernstig overgewicht: BMI >= 30,0 kg/m²



6. Uitkomsten uit wijkmodellen Atlas voor gemeenten

Effect investeringen op langdurige werkloosheid

verandering gezondheidsindex	6,6%
coëfficiënt	0,0456
afname langdurige werkloosheid agv toename gezondheid	0,3018%
absoluut (personen)	37

Effect investeringen op leefbaarheid via langdurige werkloosheid

afname langdurige werkloosheid	0,30%
coëfficiënt	0,1735
afname overlast en onveiligheid agv afname werkloosheid	0,0005
coëfficiënt	1012
□ huizenprijzen per m2	0,53
effect in wijk	
gemiddeld aantal huizen	12.365
gemiddeld oppervlakte	82
maatschappelijke baten verbetering leefbaarheid in de wijk	537.178

Effect op arbeidsparticipatie en overlast en onveiligheid

Casus

	Schildersbuurt	Den Haag
aantal woningen	12.365	
bevolking	32.560	
beroepsbevolking	12225	
gemiddeld oppervlakte woningen	82	
score overlast en onveiligheid 2007	53,46%	
langdurige werkloosheid 2007	53,46%	
<i>gebruik antidepressieva</i>	6,12%	5,63%
<i>frequent huisartsenbezoek</i>	34,13%	28,00%
gezondheidsindex	40,25%	33,63%

Effect investeringen op leefbaarheid (obv cross-sectie)

verandering gezondheidsindex	6,6%
coëfficiënt	0,0574
afname overlast en onveiligheid agv toename gezondheid	0,0038
coëfficiënt	1012
verandering huizenprijzen per m2	3,84
effect in wijk	
gemiddeld aantal huizen	12.365
gemiddeld oppervlakte	82
maatschappelijke baten verbetering leefbaarheid in de wijk	3.896.690



7. Overzicht jaarlijkse kosten programma

1. <i>Gezond en actief leven:</i>	investering	structureel
Bestaande programma's BOR en GG continueren en in		
kosten in samenhang brengen	€ -	€ -
kosten continuering programma's t/m 2019		€ 166.775
BOR ed	66%	€ 110.108
GG	34%	€ 56.667
Gezondheidsmakelaar	14%	€ 11.429
Ga voor gezond-campagne op alle scholen in schilderswijk	€ -	<i>zit in programma G</i>
'Opplussen' van 6 gymzalen: programmering en exploitatie	€ 600.000	
gymzaal 1	€ 100.000	
gymzaal 2	€ 100.000	
gymzaal 3	€ 100.000	
gymzaal 4	€ 100.000	
gymzaal 5	€ 100.000	
gymzaal 6	€ 100.000	
Kosten sportprogramma		€ 750.000
personele inzet		€ 540.000
programma		€ 210.000
Sporttuin Variascollege: programmering en exploitatie	€ 500.000	
Herinrichten van de openbare ruimte:		
Cruyff court in het Campus Teniersplantsoen	€ 220.000	
Anna Blamanplein	€ 50.000	

1. <i>Gezond en actief leven:</i>	investering	structureel
kosten BOR (en allochtone zorgconsulent ed)		
Totale budget BOR ed t.b.v. schilderswijk		€ 110.108
percentage vd bedragen voor schilderswijk	17%	<i>zie kengetallen 1</i>
Begroting stichting preventie en curatie		€ 660.650
Vast kosten		
stichtingskosten		€ 125.000
kosten BOR		€ 110.000
kosten allochtone zorgconsulent		€ 25.000
voorlichters eigen taal en cultuur		€ 120.000
overig		€ 31.600
Variabele kosten		
BOR		€ 124.050
AZC		€ 30.000
overig		€ 95.000
kosten Gezond Gewicht		
Totale budget GG t.b.v. schilderswijk		€ 56.667
percentage vd bedragen voor schilderswijk	8%	<i>zie kengetallen 1</i>
Totale budget GG	€ 3.400.000	€ 680.000
begeleiding integrale JGZ		€ 250.000
meten en wegen		€ 150.000
preventie: Hopla!. Ga voor gezond!, Gezond Bezig!		€ 150.000
Overig		€ 130.000