

# Kosteneffectiviteit van de jeugdgezondheidszorg

Paul Dam



Verdonck, Klooster & Associates is een onafhankelijk adviesbureau met meer dan 25 jaar ervaring met strategische vraagstukken in de publieke sector. Als geen ander weten wij hoe we het publieke domein kunnen helpen verbeteren door te vernieuwen en vernieuwingen duurzaam te verankeren. Wij combineren inhoudelijke kennis en oog voor het resultaat met uitgelezen kennis van de sector en gevoel voor de menselijke factor. Dit onderscheidt VKA: de toegevoegde waarde van ons merk zit in ons DNA, in de passie en gedrevenheid van ons team. Wij dragen bij aan projecten die ertoe doen!

---

# Kosteneffectiviteit van de jeugdgezondheidszorg

Paul Dam

**VERDONCK  
KLOOSTER &  
ASSOCIATES**

Datum 8 maart 2012  
Projectnummer 20110121

In opdracht van **actiz**  
*organisatie van zorgondernemers*

Copyright © 2012 Verdonck, Klooster & Associates B.V.

Alle rechten voorbehouden. Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteursrechthebbende.

# VOORWOORD

De jeugdgezondheidszorg is bekend in onze samenleving, vooral in de vorm van het consultatiebureau en de 'schoolarts'. De kinderen krijgen vaccinaties en worden op hun ontwikkeling en gezondheid gescreend. Vaak blijkt er niks aan de hand, soms wel en volgt er hulp of ondersteuning. Loont al deze moeite wel?

Deze vraag is bijzonder relevant. De komende jaren krijgen gemeenten de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid over alle zorg voor jeugd: de preventie, de lichte hulpvormen en de gespecialiseerde jeugdzorg. Tegelijk vinden er forse bezuinigingen plaats, terwijl de vraag naar gespecialiseerde jeugdzorg alsmat toeneemt. Dat maakt het noodzakelijk om alle activiteiten in het stelsel kritisch tegen het licht te houden: leveren ze echt voldoende op?

Om dit voor de jeugdgezondheidszorg uit te zoeken is een zogeheten kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd. De resultaten laten zien dat met name de vaccinaties op de lange termijn veel geld besparen. De onderzoekers stellen verder dat de baten van de bestudeerde screenings ruim opwegen tegen de kosten van de totale jeugdgezondheidszorg.

Kosteneffectiviteitsanalyses roepen altijd veel discussie op. Er moeten aannames worden gedaan. Al naar gelang verschillende keuzes die daarin te maken zijn, kunnen resultaten variëren. Ook is de vraag wat de kosteneffectiviteit is van activiteiten die niet zijn onderzocht. Zo beoogt de jeugdgezondheidszorg ook opgroei- en opvoedproblemen te voorkomen en te signaleren. Ten aanzien van juist die problemen zien we momenteel een sterke toestroom naar de gespecialiseerde jeugdzorg, hetgeen tot veel kosten buiten het geanalyseerde werkveld leidt. Een vervolg op het onderhavige onderzoek zou de doelmatigheid van de jeugdgezondheidszorg als voorziening voor de preventieve en eerstelijns op pedagogisch terrein kunnen toetsen.

Het onderhavige rapport is bijzonder nuttig. Het vraagt aandacht voor nuchter rekenwerk om naast de kosten van een activiteit ook de baten te bekijken. Dat verdient navolging.

Ik wens u veel leesplezier.

*Prof. dr. T.A. van Yperen*

Expert Nederlands Jeugdinstituut

Bijzonder hoogleraar Onderzoek en ontwikkeling effectieve jeugdzorg Universiteit Utrecht

Bijzonder hoogleraar Monitoring en innovatie zorg voor jeugd Rijksuniversiteit Groningen

# SAMENVATTING

ActiZ vindt het van belang dat bij de positionering van de jeugdgezondheidszorg recht wordt gedaan aan de bijdrage van de jeugdgezondheidszorg aan de gezondheid van alle burgers en de economie van Nederland. ActiZ heeft daarom Verdonck, Klooster & Associates opdracht gegeven voor een onderzoek naar de kosteneffectiviteit van de jeugdgezondheidszorg. In dit rapport doet Verdonck, Klooster & Associates verslag van de uitkomsten van het onderzoek naar de effecten van de interventies in de jeugdgezondheidszorg.

## CONCLUSIES

De doelstelling van ActiZ is met dit rapport betrokkenen en beslissers – lokaal en landelijk – inzicht te geven in de effecten van de jeugdgezondheidszorg. De tegenstelling tussen de roep om meer preventie en de schaarste van financiële middelen voor preventie geeft aanleiding om de waarde van preventie te onderzoeken. De komst van de jeugdzorg naar de gemeenten versterkt de noodzaak hiertoe omdat gemeenten de beschikbare middelen moeten gaan verdelen tussen preventie in de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg. In dit rapport wordt de waarde van preventie in de jeugdgezondheidszorg inzichtelijk gemaakt en komen we tot de volgende conclusies:

- Vrijwel ieder kind in Nederland wordt regelmatig door de jeugdgezondheidszorg gezien: kinderen van 0 tot 4 jaar in de consultatiebureaus en daarna via school. Eén van de verklaringen voor de hoge opkomst van ouders met hun kinderen bij het consultatiebureau is de combinatie van medische en psychosociale zorg en opvoedingsondersteuning. Het potentieel van dit instituut als basis voor andere vormen van zorg gericht op de gehele populatie 0 tot 4 jarigen is daardoor groot.
- Alle inwoners van Nederland hebben 1 jaar van hun gezonde levensverwachting te danken aan de jeugdgezondheidszorg. Het gewonnen aantal gezonde levensjaren bedraagt ruim 200 duizend jaar, per jaar in Nederland.
- De jeugdgezondheidszorg kost € 433 miljoen per jaar. De geanalyseerde interventies leveren € 5,6 miljard op. Het resultaat van de jeugdgezondheidszorg bedraagt daarmee € 5,2 miljard (positief) per jaar (de baten van de niet-geanalyseerde interventies buiten beschouwing gelaten). Iedere euro die jaarlijks in de jeugdgezondheidszorg wordt geïnvesteerd levert elf euro op.
- Van alle onderzochte interventies leveren de vaccinaties de grootste bijdrage in zowel gezondheidswinst als economische winst.
- De grootste bijdrage wordt geleverd aan het verdienvermogen van burgers door een langere gezonde levensduur.
- Ook wanneer slechts de effecten op de zorgrekeningen worden beschouwd (hier samengevat als de effecten op de zorgverzekeringswet- en Awbz-bekostigde zorg), is het effect positief. Dat wil zeggen:

de besparingen in zorg die bekostigd wordt op grond van de Zorgverzekeringswet, Awbz en in het speciaal onderwijs wegen ruim op tegen de kosten voor de jeugdgezondheidszorg. Het netto effect is € 1,8 miljard positief (met name door besparingen op langdurige Awbz-bekostigde zorg).

- De baten van de geanalyseerde screenings (oogafwijkingen, gehoorstoornissen, hartafwijkingen, spraak- en taalontwikkeling en indaling testikels) blijken ruim op te wegen tegen de kosten van de totale jeugdgezondheidszorg. De jeugdgezondheidszorg voert echter nog vele andere interventies uit op het gebied van de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van de jeugd.
- Gemeenten financieren het grootste deel van de jeugdgezondheidszorg (€ 323 miljoen per jaar). Daarnaast wordt een deel uit de Awbz gefinancierd (€ 110 miljoen per jaar). Gemeenten ontvangen voor de uitvoering financiering van het Rijk uit het gemeentefonds. Gemeenten hebben geen direct economisch belang bij de effecten van de onderzochte (medisch gerichte) interventies. Deze slaan met name neer binnen het domein van de zorgverzekering en de Awbz. Gemeenten hebben mogelijk wel een economisch belang bij de effecten van andere productgroepen van het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg die niet in de analyse zijn betrokken en bij voordelen in de Wmo, welke vanwege de landelijk zeer uiteenlopende uitvoeringsvariëteit niet in de analyse zijn meegenomen.

#### **DE NIEUWE JEUGDKETEN**

De overheveling van de jeugdzorg naar gemeenten brengt voor iedere gemeente de vraag met zich mee hoe de nieuwe jeugdketen binnen de gemeente ingericht moet worden. Nadrukkelijk wordt daarbij naar samenwerking gekeken als middel om de benodigde zorg te kunnen leveren. Samenwerking binnen de gemeente, met andere gemeenten en samenwerking met uitvoeringsorganisaties (die vaak een regionale werksfeer kennen).

Er wordt een vraaggestuurde inrichting van de jeugdketen voorgestaan, waarbij samenwerking een weloverwogen keuze is om invulling te geven aan de specifieke zorgvraag. Drie aspecten van het onderhavige onderzoek kunnen nog verder richting geven aan de inrichting van de jeugdketen: de efficiëntie van preventie, de plateauwerking van de huidige jeugdgezondheidszorg en de doelmatigheid van zorgorganisaties.

Voor de inrichting van de jeugdketen in specifieke gevallen bevelen we aan:

- preventieve activiteiten verder in te zetten om zware en langdurige zorg te vermijden;
- breed onder de jeugdige populatie uit te voeren taken in de zorg voor jeugd door de jeugdgezondheidszorg uit te laten voeren;
- doelmatigheidsverlies te voorkomen door zorgorganisaties de jeugdgezondheidszorg te laten uitvoeren, en
- ter onderbouwing van inrichtingskeuzes en keuzes voor samenwerkingsverbanden een effectiviteitstoets uit te voeren, waarbij zowel een kwalitatieve als kwantitatieve analyse van de fit tussen zorgvraag en zorgaanbod wordt uitgevoerd.

# INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	6
2	Jeugdgezondheidszorg in Nederland	9
2.1	De praktijk	9
2.2	Jeugdgezondheidszorg in de jeugdketen	9
2.3	Financiering van de jeugdgezondheidszorg	10
2.4	Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg	12
2.5	Selectie van interventies	13
3	Effecten: gezondheid en economie	14
3.1	Grootste gezondheidswinst en economische winst door vaccinaties	14
3.2	Verdeling over maatschappelijke rekeningen	18
3.3	Voordelen fysieke screenings groter dan kosten totale jeugdgezondheidszorg	19
3.4	Wordt de norm voor kosteneffectiviteit gehaald (maximaal € 20.000 per QALY)?	20
3.5	Effecten jeugdgezondheidszorg in perspectief	20
4	Werkwijze	22
4.1	Vergelijking van twee ideaalsituaties: met en zonder interventies	22
4.2	Selectie van interventies	23
4.3	Effecten en maatschappelijke rekeningen	23
4.4	Voorbeeld: perceptief gehoorverlies	27
5	Ter afsluiting	29
5.1	Conclusies	29
5.2	Reflectie: de conclusies in het perspectief van de transitie van de jeugdzorg	30
5.3	Aanbevelingen	32
A	Afkortingen	33
B	Bronnen	33
C	Noten	35

# 1 INLEIDING

“Doel is om een verschuiving te krijgen van zware zorg naar meer preventie” schrijft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport mevrouw Veldhuijzen van Zanten-Hyllner in haar brief<sup>1</sup> van augustus 2011 over de jeugdgezondheidszorg. Tegelijkertijd staan de financiën van gemeenten – de uitvoerders van de preventieve jeugdgezondheidszorg – onder zware druk<sup>2</sup>.

Deze tegenstelling tussen de roep om meer preventie en de schaarste van financiële middelen voor preventie geeft aanleiding om de waarde van preventie te onderzoeken. Hoe dragen preventieve activiteiten (hierna: interventies) bij aan de gezondheid van het kind en welke economische bijdrage leveren deze interventies aan de samenleving? Welke invloed heeft de wijze van uitvoering van de interventies? Dit zijn vragen die zowel voor de landelijke politiek en overheid als voor de gemeentelijke politiek en overheid van belang zijn. Landelijk wordt het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg vastgesteld<sup>3</sup> en de gemeente verantwoordelijk gesteld voor de uitvoering<sup>4</sup>. De gemeente is verplicht een aantal met name genoemde taken van het basistakenpakket (het zogenoemde uniforme deel) uit te voeren en heeft beleidsvrijheid op de invulling van het overige deel (het zogenoemde maatwerk deel). Daarnaast heeft de gemeente de vrijheid de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg over te laten aan een ander dan de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD)<sup>5</sup>.

De jeugdketen is volop in beweging: de provinciale jeugdzorg<sup>6</sup>, jeugd-GGZ (geestelijke gezondheidszorg) en jeugd-LVG (licht verstandelijk gehandicapt) worden overgeheveld naar de gemeenten<sup>7</sup>, de specifieke bekostiging van de Centra voor Jeugd en Gezin (hierna: CJG) stopt en misstanden in de jeugdzorg staan volop in de maatschappelijke aandacht<sup>8</sup>. De jeugdgezondheidszorg wordt opnieuw gepositioneerd<sup>7</sup> in de jeugdketen die resulteert na de stelselherziening.

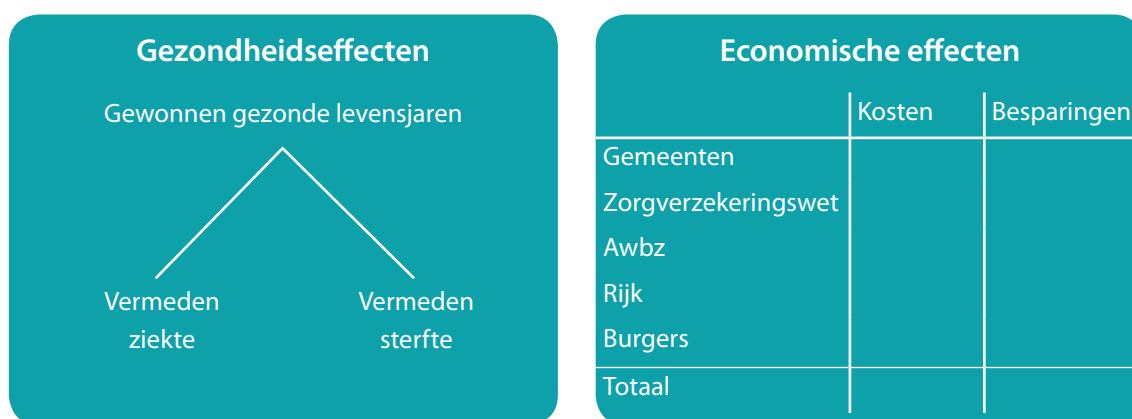
De waarde van de preventieve jeugdgezondheidszorg in Nederland is tot nu toe onderbelicht gebleven. Weliswaar doet de Gezondheidsraad sinds recente datum uitspraken over de maatschappelijke waarde van toe te voegen vaccinaties aan het Rijksvaccinatieprogramma – zowel in termen van gezondheidswinst als economische maatstaven, maar voorheen was daar geen sprake van. Zie bijvoorbeeld de uitvoerige adviezen met betrekking tot de invoering van de vaccins tegen pneumokokkenziekte, meningokokken C, hepatitis B en HPV. Daarnaast zijn er vele onderzoeken bekend naar de *incrementele waarde van wijzigingen* in de jeugdgezondheidszorg. Het gaat hier bijvoorbeeld om vervroeging van vaccinatie<sup>9</sup>, invoering van een andere methode voor gehoorscreening<sup>10</sup> en direct verwijzen naar specialistische zorg zonder tussenkomst van de huisarts<sup>11</sup>. Het beeld van de waarde van de preventieve jeugdgezondheidszorg blijft echter incompleet: er wordt in analyses een veelheid van onvergelykbare methoden en maatstaven gehanteerd, van een aantal interventies bestaat geen analyse (met name de psychosociale interventies en de oudere interventies, zoals huisbezoeken, groepsvoorlichting en de DKTP-vaccinatie) en over de waarde van een aantal interventies bestaat geen consensus.

ActiZ vindt het bij de aanstaande stelselwijzigingen in de jeugdketen van belang dat bij de positionering van de jeugdgezondheidszorg recht wordt gedaan aan de bijdrage van de



jeugdgezondheidszorg aan de gezondheid van alle burgers en de economie van Nederland. ActiZ heeft daarom Verdonck, Klooster & Associates opdracht gegeven voor een onderzoek naar de kosteneffectiviteit van de jeugdgezondheidszorg. In dit rapport doet Verdonck, Klooster & Associates verslag van de uitkomsten van het onderzoek. De doelstelling van ActiZ is met dit rapport betrokkenen en beslissers – lokaal en landelijk – inzicht te geven in de effecten van de jeugdgezondheidszorg. Door de komst van de jeugdzorg naar de gemeenten en de regelreflex<sup>12</sup> van de overheid na incidenten in de jeugdzorg, zouden gemeenten in de verleiding kunnen komen beschikbare middelen te verschuiven ten koste van preventie in de jeugdgezondheidszorg. Dit wordt met name ingegeven door de geringe zichtbaarheid van preventieve interventies.

Het onderzoek betreft een statische analyse op hoofdlijnen, per interventie, van de verschillen tussen de situatie in Nederland met de betreffende interventie en zonder de interventie. De analyse is statisch: de verondersteld stabiele situatie in Nederland waarin de interventie langdurig plaatsvindt wordt vergeleken met de situatie in Nederland die zou bestaan indien de interventie langdurig niet plaatsvindt en alle overige omstandigheden gelijk blijven. De analyse is op hoofdlijnen omdat bij iedere geanalyseerde interventie een beperkt aantal ziektebeelden en typische behandelpaden worden onderkend waar de effecten van worden afgeleid. Er zijn een aantal concrete interventies<sup>13</sup> van de jeugdgezondheidszorg onderzocht volgens een vaste aanpak, waardoor de uitkomsten per interventie vergelijkbaar zijn. Er wordt een stelsel van gescheiden rekeningen gehanteerd voor de verschillende soorten uitkomsten, zie figuur 1. Door de diversiteit in uitvoering en het ontbreken van financiële gegevens per doelgroep zijn de effecten op uitgaven in het kader van de Wmo niet meegenomen, zie paragraaf 4.1 onder 'niet meegenomen effecten'.



Figuur 1. Gescheiden rekeningen voor gezondheidseffecten en economische effecten.

Ter illustratie: door de screening op oogaandoeningen worden kinderen met aangeboren staar (cataract<sup>14</sup>) of een lui oog (amblyopie) doorverwezen en behandeld en ontstaan kosten in de zorg, die gedekt worden op grond van de Zorgverzekeringswet. Daarentegen kunnen kosten worden vermeden voor langdurige zorg, die gedekt worden op grond van de Awbz, en zijn kinderen later als volwassenen beter in staat (een eigen) inkomen te verwerven. Daarnaast kennen succesvol behandelde patiënten meer gezonde(re) levensjaren. De gemeenten financieren het grootste deel van de kosten van de jeugdgezondheidszorg. Deze totale kosten voor het gehele basistakenpakket staan in dit onderzoek tegenover de effecten van de onderzochte interventies.

Het onderzoek is gebaseerd op publiek beschikbare bronnen (zie bijlage B). Waar geen bronnen beschikbaar waren, zijn op basis van interviews met onder andere het RIVM aannamen gedaan. De kwantitatieve uitwerking en onderbouwing van het onderzoek is op aanvraag verkrijgbaar.

Hoofdstuk 2 beschrijft de huidige taken, interventies en positionering van de jeugdgezondheidszorg in Nederland en sluit af met een verantwoording voor de keuze van interventies die geanalyseerd zijn. De gezondheidseffecten en economische effecten die uit het kosteneffectiviteitsonderzoek blijken, staan in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 licht de gevolgde werkwijze nader toe. Hoofdstuk 5 sluit het rapport af met conclusies, reflectie en aanbevelingen.

## 2 JEUGDGEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND

Het bereik van de jeugdgezondheidszorg in het eerste levensjaar<sup>15</sup> en van het Rijksvaccinatieprogramma<sup>16</sup> ligt op vrijwel 100%. Het bereik van de overige interventies in de jeugdgezondheidszorg ligt rond 90%. Vrijwel ieder kind in Nederland in de leeftijd van 0 tot 4 jaar wordt regelmatig door de jeugdgezondheidszorg in de consultatiebureaus gezien.

### 2.1 DE PRAKTIJK

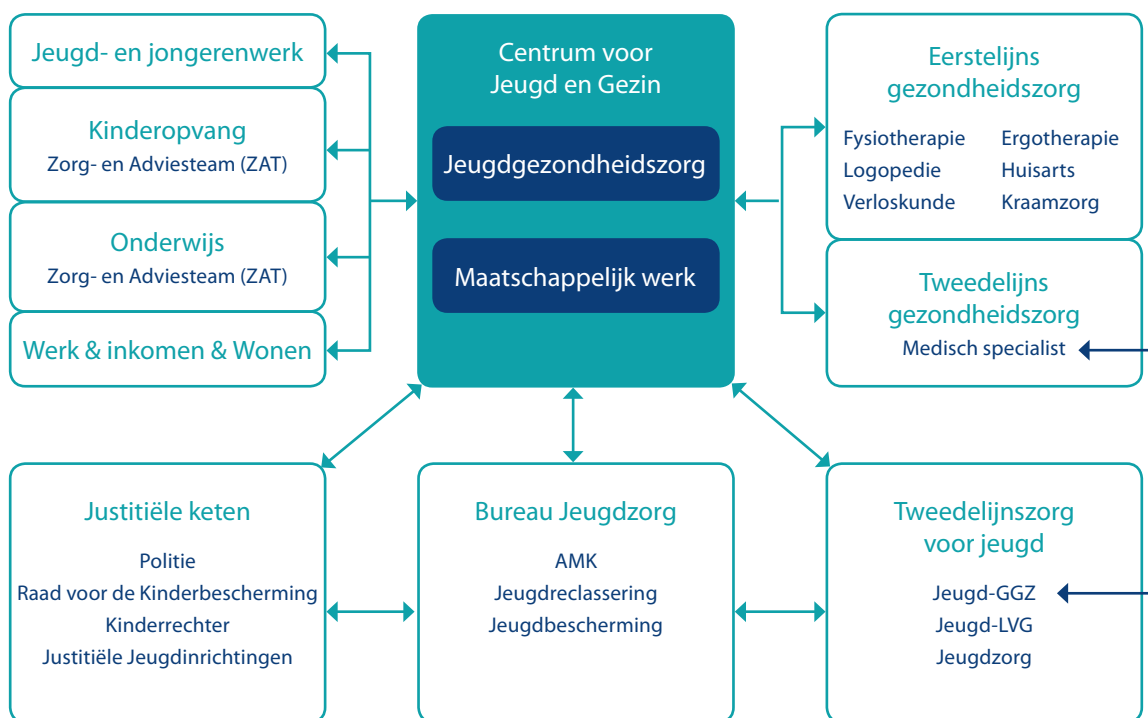
De jeugdgezondheidszorg richt zich op de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van de jeugd en stelt de bevordering, bescherming en bewaking hiervan centraal. Ouders<sup>17</sup> komen met hun kinderen om verschillende redenen naar het consultatiebureau: omdat zij de vaccinaties erg belangrijk vinden, omdat ze een vraag hebben over hun dwarse peuter of bijvoorbeeld om het kindje te wegen en te bespreken hoe de borstvoeding loopt. Ouders die gemotiveerd komen voor een prik of voedingsadvies, kunnen tevens andere vormen van voorlichting en advies krijgen en worden gezien in het kader van de signaleringsfunctie. De jeugdgezondheidszorg informeert de jeugdige en de ouder over gezond gedrag, signaleert (dreigende) problematiek en zorgt voor adequate behandeling, doorverwijzing of advisering. Deze combinatie van zorgtaken zorgt voor een groter bereik van alle vormen van zorg.

De jeugdverpleegkundige of jeugdarts bekijkt tijdens een contactmoment wat de vragen van de ouders zijn, welke signalen het kind geeft en welke zaken op dat moment aan bod moeten komen gezien de leeftijd van het kind. Zo stelt zij prioriteiten welke zaken vandaag moeten en wat later kan opdat de korte tijd die beschikbaar is zo efficiënt mogelijk wordt benut.

Sinds 2003 bieden de gemeenten alle 0-19 jarigen in Nederland en hun ouders jeugdgezondheidszorg aan.

### 2.2 JEUGDGEZONDHEIDSZORG IN DE JEUGDKETEN

De jeugdgezondheidszorg vormt onderdeel van de jeugdketen en wordt uitgevoerd binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Het CJG heeft een vaste partner in het maatschappelijk werk en staat in nauw contact met het welzijnswerk, het onderwijs (middels het zorg- en adviesteam) en de kinderopvang. Van deze ketenpartners heeft de jeugdgezondheidszorg het grootste bereik en heeft daarmee een preventieve en signaleringsfunctie binnen de keten.



Figuur 2. Jeugdgezondheidszorg in de jeugdketen.

De signaleringsfunctie wordt tevens ingevuld met betrekking tot de veiligheid en psychosociale problemen van het kind. Waar nodig wordt samengewerkt met Bureau Jeugdzorg en vertegenwoordigers uit de justitiële keten.

In dit onderzoek is een deel van de interventies van de jeugdgezondheidszorg beschouwd in relatie tot paramedische, curatieve en langdurige zorg. Zie paragraaf 2.5 voor een nadere afbakening.

## 2.3 FINANCIERING VAN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

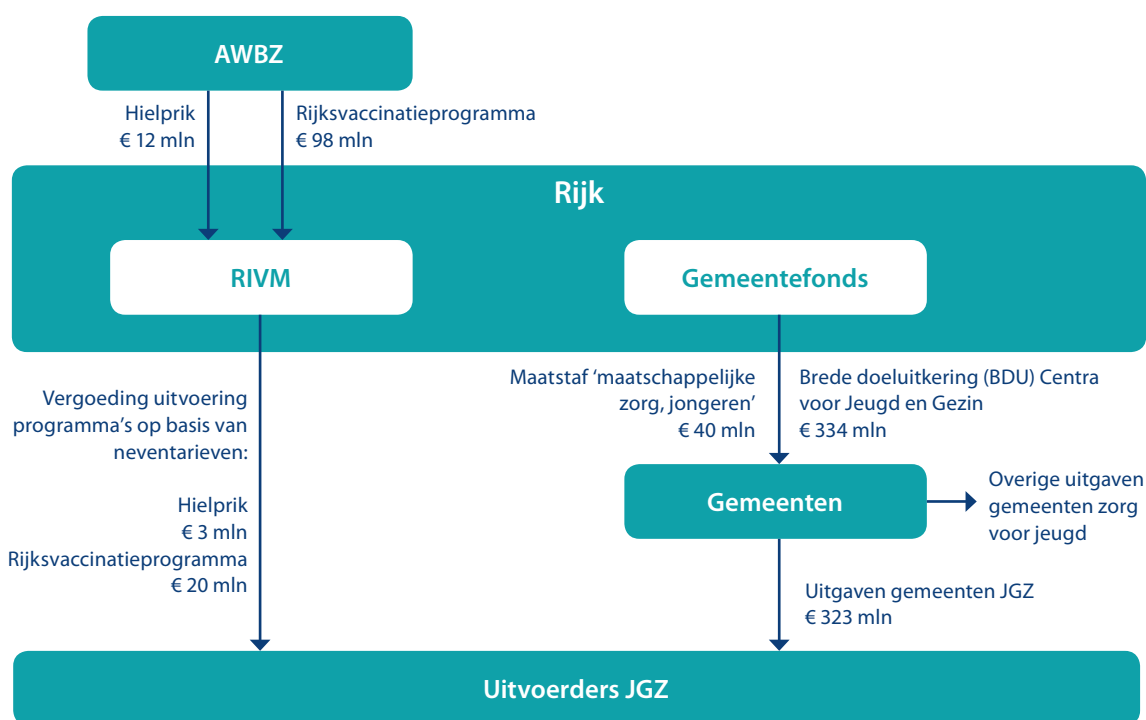
De totale uitgaven aan jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19-jarigen in Nederland worden geschat op € 433 miljoen<sup>18</sup>. De hielprik en het rijksvaccinatieprogramma worden uit de Awbz gefinancierd.

De gemeenten financieren de overige uitgaven voor jeugdgezondheidszorg.

### HIELPRIK EN RIJKSVACCINATIEPROGRAMMA

Het hielprikprogramma kost € 12 miljoen per jaar, dat is gemiddeld € 64,70 per pasgeborene. Hiermee worden de directe laboratorium- en uitvoeringskosten jeugdgezondheidszorg plus de coördinatie en aansturing van het programma betaald. De jeugdgezondheidszorg ontvangt per uitgevoerde hielprik het neventarief van € 17,50 van het RIVM<sup>19</sup>. Het bereik van de hielprik is 99,8% van alle pasgeborenen<sup>20</sup>. Gaan we uit van een gemiddeld geboortecohort van 185 duizend kinderen en rekenen we alle hielprikken (onafhankelijk van de zorgverlener die de prik afneemt) samen, dan bedraagt het totaal aan vergoeding door het RIVM voor de uitvoering circa € 3,2 miljoen. Verwijzingen voor nader onderzoek vallen onder de reguliere zorg en worden betaald via de zorgverzekering<sup>21</sup>.

Het budget voor het hielprikprogramma en het rijksvaccinatieprogramma tezamen bedraagt € 107,6 miljoen<sup>22</sup>. Na aftrek van de kosten voor het hielprikprogramma en toevoeging van de kosten voor de algemene vaccinatie tegen Hepatitis B, bedraagt het budget voor het rijksvaccinatieprogramma circa € 98 miljoen. Voor de recent ingevoerde algemene vaccinatie tegen Hepatitis B is een extrapolatie uitgevoerd van de huidige kosten voor de doelgroepvaccinatie. Jaarlijks worden circa 2,2 miljoen vaccinaties gegeven, waarvan er voor circa 700 duizend een dubbel neventarief<sup>23</sup> wordt vergoed. Het neventarief bedraagt € 6,60 per vaccinatie<sup>19</sup>. Daarmee bedraagt de vergoeding voor de uitvoering in totaal circa € 20 miljoen.



Figuur 3. Financiering van de jeugdgezondheidszorg (in 2011).

## GEMEENTEN

Voor de realisatie van de Centra voor Jeugd en Gezin heeft het kabinet Balkenende IV een aantal financieringstromen gebundeld tot een brede doeluitkering Centra voor Jeugd en Gezin (BDU CJG). In 2011 bedraagt de BDU CJG € 334 miljoen<sup>24,25</sup>. Daarnaast wordt vanuit het gemeentefonds via de maatstaf 'jongeren' in de categorie 'maatschappelijke zorg' circa € 140 miljoen aan gemeenten ter beschikking gesteld<sup>26</sup>. Gemeenten kunnen hiervan verschillende vormen van zorg voor jeugd financieren, waaronder de jeugdgezondheidszorg.

Er van uitgaande dat de totale uitgaven aan jeugdgezondheidszorg € 433 miljoen bedragen (zie hiervoor) en de uitgaven aan Awbz-gefinancierde zorg € 110 miljoen bedragen, geven de gemeenten € 323 miljoen uit aan jeugdgezondheidszorg.

## 2.4 BASISTAKENPAKKET JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg is verankerd in de Wet publieke gezondheid. Het Rijksvaccinatieprogramma en de hielprik zijn geregeld in de Awbz. Gezamenlijk bestaat het basistakenpakket uit zes productgroepen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn<sup>27</sup>:

### 1. *Monitoring en signalering*

De jeugdgezondheidszorg volgt systematisch de ontwikkeling en de gezondheidstoestand van het kind. Bij niet normaal verlopende ontwikkeling of gezondheidsproblemen wordt geïntervenieerd. Met monitoring en signalering op populatieniveau kan gezondheidsbeleid worden ontwikkeld.

### 2. *Inschatten zorgbehoefte*

De jeugdgezondheidszorg schat de draaglast en draagkracht met betrekking tot de zorgbehoefte in van het kind en de ouders/ verzorgers. Tevens wordt ingeschat in welke mate jongeren en ouders/ verzorgers behoefte hebben aan voorlichting.

### 3. *Screeningen en vaccinaties*

Screeningen en vaccinaties worden aan ieder kind aangeboden, waaronder de DKTP-prik, de hielprikscreening en de gehoor- en visusscreeningen.

### 4. *Voorlichting, advies, instructie en begeleiding*

Ouders/verzorgers krijgen voorlichting, begeleiding en advies bij het opvoeden en het bevorderen van gezond gedrag van hun kind, bijvoorbeeld over wiegendood, gezonde voeding en peuterpuberteit.

### 5. *Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen*

De jeugdgezondheidszorg onderzoekt de omgevingsfactoren die de gezondheid van een kind kunnen bedreigen. Het gaat bijvoorbeeld om kwaliteit van de huisvesting, voldoende speelruimte en de verkeerssituatie in de buurt. Er wordt onder andere samengewerkt met gemeente, politie, buurtwerk en Bureau Jeugdzorg.

### 6. *Zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking*

Samenwerken met partijen die de zorg- en hulpverlening voor kinderen organiseren, is belangrijk voor goede, integrale zorg voor kinderen. Er is zorgcoördinatie voor het individuele kind en op populatieniveau is beleidsontwikkeling en afstemming tussen instellingen het doel.

## UNIFORM EN MAATWERK DEEL

Deze zorg is vastgelegd in het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg en bestaat uit een uniform en een maatwerk deel. Het uniform deel wordt aan alle jeugdigen aangeboden. Het maatwerk deel wordt afgestemd op de specifieke zorgbehoeften van de jeugdigen en op lokale of regionale demografische en epidemiologische gegevens. Gemeenten vullen in samenwerking met de jeugdgezondheidszorgorganisaties het maatwerk deel in. Het maatwerk deel vult het uniforme deel aan. De inhoud van het maatwerk kan per gemeente verschillen. Gemeenten zijn verplicht zowel het uniforme als het maatwerkdeel van het basistakenpakket aan te bieden.

## 2.5 SELECTIE VAN INTERVENTIES

Niet voor alle taken is voldoende cijfermatig materiaal beschikbaar waarmee een kosteneffectiviteitsanalyse gemaakt kan worden. Interventies waarvoor voldoende cijfermatig bronmateriaal beschikbaar is, zijn in de analyse meegenomen. Dit criterium heeft geleid tot de selectie van:

- het Rijksvaccinatieprogramma<sup>28</sup>;
- de hielprik (screening op 17 aandoeningen);
- oogpathologie;
- maldescensus testis;
- hartafwijkingen;
- spraak- en taal, en
- perceptief gehoorverlies.

In totaal zijn 17 analyses opgesteld: 11 vaccinaties in het rijksvaccinatieprogramma en 6 screeningen. Alle geselecteerde taken behoren tot het uniforme deel van het basistakenpakket. Dat betekent dat deze aan alle jeugdigen in Nederland worden aangeboden. De niet geselecteerde taken – die hier niet op hun kosteneffectiviteit geanalyseerd worden – omvatten onder andere:

- het gehele maatwerk deel – dat zich over het algemeen meer richt op psychosociale aspecten van de ontwikkeling van het kind en op doelgroepen;
- monitoring en signalering;
- voorlichting, advies, instructie en begeleiding, en
- groep- en regiogerichte taken die de uitvoeringsorganisatie heeft ter ondersteuning van de beleidsvorming.

**De opbrengsten van de gehoorscreening wegen op tegen de totale gemeentelijke kosten van de jeugdgezondheidszorg.**

### 3 EFFECTEN: GEZONDHEID EN ECONOMIE

**Vroegtijdig screenen** maakt vroegtijdig ingrijpen mogelijk. **Vroegtijdig vaccineren** voorkomt ziekte. Van de gemiddelde gezonde levensverwachting in Nederland is één jaar te danken aan de jeugdgezondheidszorg. De samenleving heeft ieder jaar € 5,2 miljard meer te besteden door vermeden zorglasten en vermeden productiviteitsverlies.

De volgende paragrafen beschrijven de waarde van de interventies in de jeugdgezondheidszorg vanuit verschillende perspectieven. Allereerst wordt ingegaan op de interventies met de grootste gezondheidswinst en economische bijdrage aan de maatschappij. Daarna worden de economische effecten naar de verschillende maatschappelijke rekeningen verdeeld: zorgverzekeringswet, Awbz, gemeentelijke en Rijksbudgetten en het effect op het inkomen van de burger. De laatste drie paragrafen van dit hoofdstuk tonen diverse dwarsdoorsneden van de analyse die een aantal opmerkelijke inzichten opleveren.

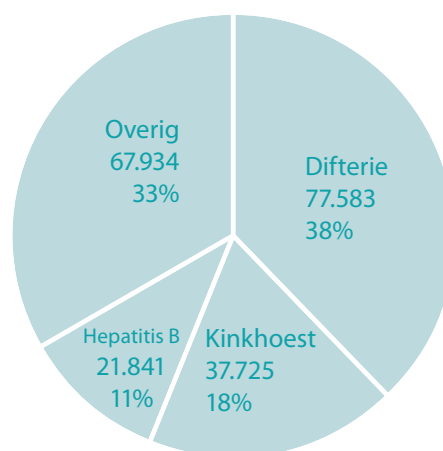
#### 3.1 GROOTSTE GEZONDHEIDSWINST EN ECONOMISCHE WINST DOOR VACCINATIES

##### GEZONDHEIDSWINST

Van de onderzochte interventies leveren de vaccinaties tegen difterie en kinkhoest (onderdeel van het DKTP-vaccin) en hepatitis B de grootste bijdrage gemeten in gewonnen gezonde levensjaren, zie tabel 1. De overige interventies zijn gezamenlijk goed voor 33% van de totale gezondheidswinst.

Het totaal aantal gewonnen gezonde levensjaren bedraagt ruim 200 duizend jaar, per jaar. Anders gezegd: alle inwoners van Nederland worden gemiddeld 1 jaar gezond ouder. Immers, Nederland telt ruim 16 miljoen inwoners en kent een gemiddelde levensverwachting van circa 80 jaar.

	door vermeden ziekte	door vermeden sterfte
Difterie	3.770	73.813
Kinkhoest	36.865	860
Hepatitis B	1.388	20.452
Overig	46.541	21.393
Totaal	88.564	116.518



Tabel 1. Top 3 interventies naar gezondheidswinst in gewonnen gezonde levensjaren.



Het vóórkomen van difterie is door vaccinatie gedaald van ruim 13 duizend gevallen per jaar tot circa 1 geval per jaar. De kans op overlijden bij difterie bedraagt naar schatting gemiddeld 7,5% van de gevallen die difterie hebben. Een groot deel daarvan betreft zeer jonge kinderen (en een ander deel hoogbejaarden). Deze factoren zorgen ervoor dat de gezondheidswinst met name bestaat uit gewonnen levensjaren door vermeden sterfte. Het vóórkomen van kinkhoest is door vaccinatie gedaald van ruim 44 duizend naar bijna 8 duizend gevallen per jaar. Het betreft in circa 5% van de gevallen zeer jonge kinderen. De kans op overlijden bij kinkhoest is veel lager dan bij difterie: circa 0,04%. Patiënten met kinkhoest kunnen een groot aantal weken (naar schatting 6-13 weken) ziek zijn, mogelijk met ziekenhuisopname (ruim 5% van de gevallen).

In de analyse van effecten door vaccinatie tegen hepatitis B worden gegevens uit het advies van de Gezondheidsraad<sup>29</sup> gebruikt. Hepatitis B kan zowel als acute infectie, met name bij snel en hevig (fulminant) verloop, als chronische infectie overlijden tot gevolg hebben. Chronische infectie kan tot leverkanker en/of levercirrose leiden. De prevalentie van chronische hepatitis B bedraagt zonder vaccinatie ruim 330 duizend personen en neemt door algemene vaccinatie<sup>30</sup> af tot ruim 60 duizend personen.

Van de overige interventies zorgen met name de vaccinaties tegen polio (onderdeel van het DKTP-vaccin) en mazelen (onderdeel van het BMR-vaccin) voor gewonnen gezonde levensjaren door vermeden ziekte. Door vaccinatie tegen polio zijn het aantal gevallen van acute polio-infectie en het vóórkomen van de chronische gevolgen gedaald tot minder dan 1% van de situatie zonder vaccinatie. Met name de vermeden ziektelast van de chronische gevolgen telt zwaar mee in de uitkomst. Van de overige interventies zorgt de screening op aangeboren hartafwijkingen voor de meeste gewonnen gezonde levensjaren door vermeden sterfte.

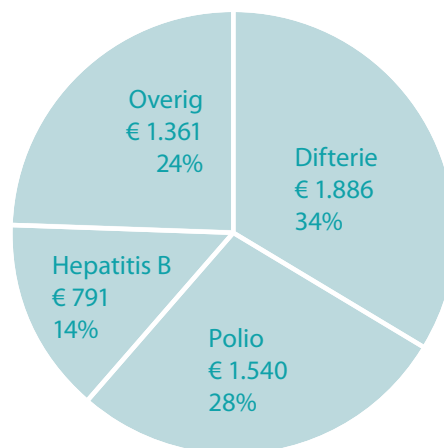
**Gezondheidseffect van de interventies van de jeugdgezondheidszorg: alle inwoners van Nederland worden gemiddeld 1 jaar gezond ouder.**

#### **ECONOMISCHE WINST**

Van de onderzochte interventies leveren de vaccinaties tegen difterie en polio (beide onderdeel van het DKTP-vaccin) en hepatitis B de grootste bijdrage gemeten in economische winst, zie tabel 2. De overige interventies zijn gezamenlijk goed voor 24% van de economische winst.

De onderzochte interventies leveren Nederland in totaal € 5,6 miljard per jaar op door verminderde behoefte aan zorg en vermeden productiviteitsverlies (in vergelijking tot de situatie waarin de interventies in Nederland niet zouden plaatsvinden). Daar dienen de kosten van de jeugdgezondheidszorg tegen afgezet te worden. Deze bedragen € 433 miljoen<sup>31</sup> per jaar, bestaande uit € 110 miljoen voor de Awbz-gefinancierde interventies en € 323 miljoen voor de door de gemeenten gefinancierde interventies. De kosten voor de Awbz-gefinancierde interventies zijn reeds verdisconteerd in het resultaat van € 5,6 miljard. De kosten van de gemeenten bedragen € 323 miljoen. Na aftrek daarvan van de genoemde € 5,6 miljard, bedraagt het netto resultaat ruim € 5,2 miljard per jaar, ofwel ruim € 300 per inwoner per jaar.

	Bijdrage in € miljard
1. Difterie	€ 1,9
2. Polio	€ 1,5
3. Hepatitis B	€ 0,8
Overig	€ 1,4
Totaal	€ 5,6

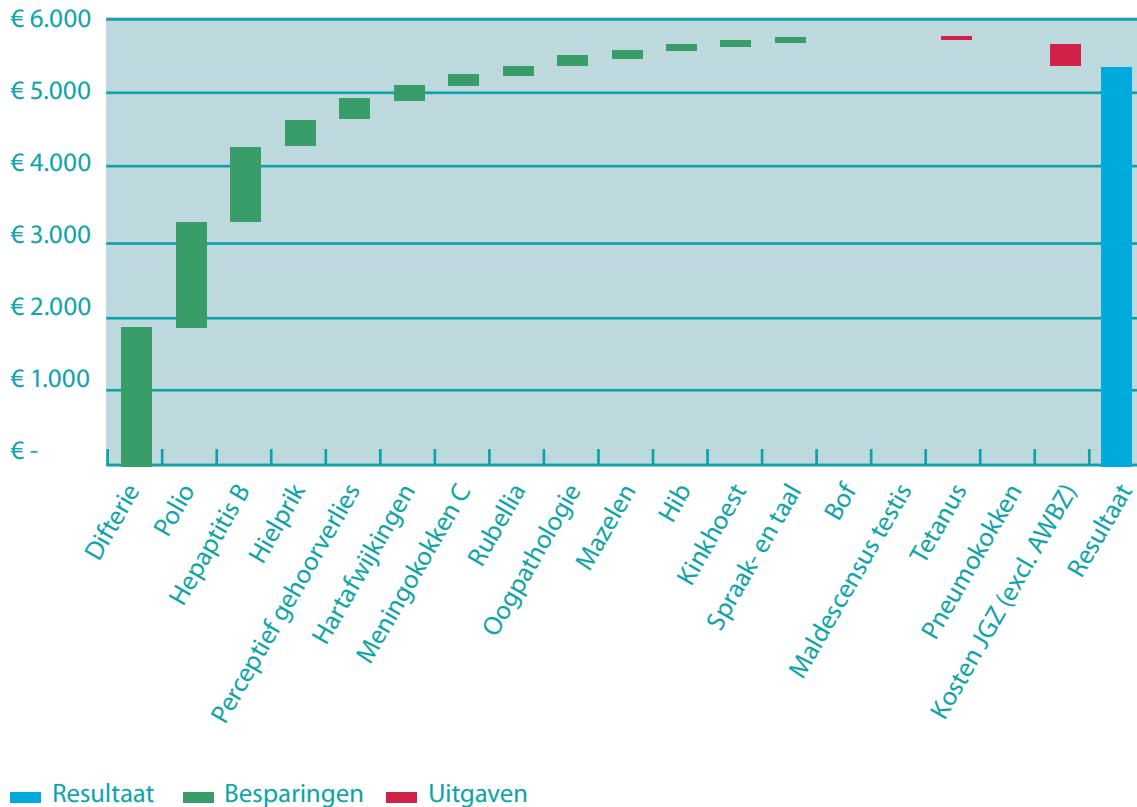


Tabel 2. Top 3 interventies naar economische winst (exclusief kosten jeugdgezondheidszorg).

De bijdrage van de vaccinatie tegen polio bestaat voornamelijk uit vermeden kosten van langdurige zorg voor patiënten met matige en ernstige blijvende gevolgen. De bijdrage van de vaccinaties tegen difterie en hepatitis B komen met name voort uit vermeden productiviteitsverlies door overlijden. Dat wil zeggen dat zonder algemene vaccinatie tegen difterie en hepatitis B mensen zouden overlijden die anders productief zouden zijn geweest (en een inkomen zouden verwerven).

**Het netto resultaat van de jeugdgezondheidszorg bedraagt ruim € 5,2 miljard per jaar ofwel ruim € 300 per inwoner per jaar.**

Figuur 4 toont alle geanalyseerde interventies op volgorde van economische bijdrage (in groen). Voor de vaccinaties en de hielprik geldt dat de uitvoeringskosten reeds in het individuele resultaat zijn inbegrepen. De interventies zijn gesorteerd: de interventies met de grootste bijdrage staan links, naar rechts toe neemt de individuele bijdrage per interventie af en groeit de cumulatieve bijdrage van de interventies. De kosten (in rood) dekken de uitvoeringskosten van de door de gemeente bekostigde taken van de jeugdgezondheidszorg. De optelling van de bijdragen minus de kosten resulteert geheel rechts in het resultaat (in blauw).



Figuur 4. Onderzochte interventies in aflopende volgorde van economische bijdrage (in € miljoen per jaar).

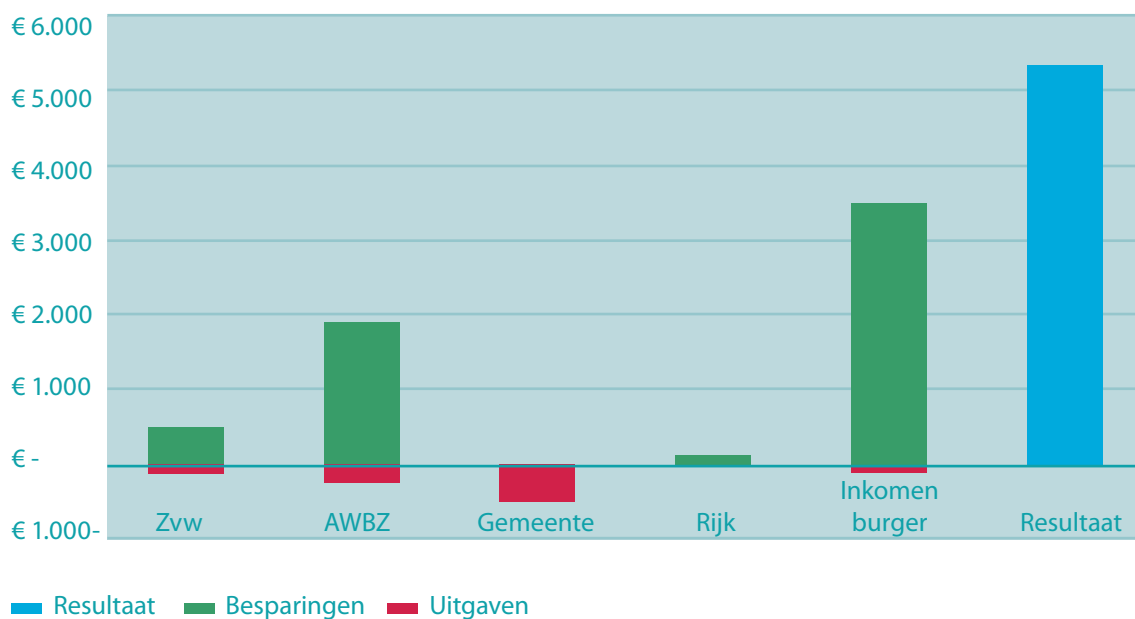
Voor een aantal interventies nadert de economische bijdrage nul, waaronder bijvoorbeeld voor bof, tetanus en maldescensus testis. Voor de interventies tegen deze ziekten cq. afwijking bestaan echter andere goede argumenten om deze in het uniforme deel van het basistakenpakket te houden. Zo combineren aanbieders van vaccins bof, mazelen en rode hond in één vaccin.

**Door in de eerste weken na de geboorte aangeboren dubbelzijdig gehoorverlies op te sporen kan vroegtijdig met therapie worden aangevangen. De taal- en spraakontwikkeling kan dan goed op gang komen, wat de maatschappij jaarlijks € 343 miljoen oplevert.**

**De hielprik screent op 17 verschillende ernstige aangeboren stofwisselingsstoornissen en levert veel gezondheidswinst op voor de betrokken patiëntjes. Dat scheelt de maatschappij jaarlijks € 358 miljoen.**

## 3.2 VERDELING OVER MAATSCHAPPELIJKE REKENINGEN

De uitgaven voor en besparingen door de interventies in de jeugdgezondheidszorg zijn toe te wijzen aan 5 maatschappelijke rekeningen, namelijk Zorgverzekeringswet (Zvw), Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz), gemeente, Rijk en inkomen burger, zie tabel 3. De uitgaven voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg door de gemeenten en de uitgaven voor de Awbz-bekostigde interventies zijn hierin meegenomen. De laatste kolom toont het resultaat van uitgaven en besparingen bij elkaar opgeteld over alle maatschappelijke rekeningen.



Figuur 5. Resultaat verdeeld naar maatschappelijke rekeningen (in € miljoen per jaar).

	Zvw	Awbz	Gemeente	Rijk	Burger	Resultaat
Uitgaven	- € 67	- € 110	- € 323	€ 0	- € 35	- € 535
Besparingen	€ 408	€ 1.873	€ 0	€ 45	€ 3.466	€ 5.792
Totaal	€ 341	€ 1.763	- € 323	€ 45	€ 3.431	€ 5.257

Tabel 3. Resultaat verdeeld naar maatschappelijke rekeningen (in € miljoen per jaar).

### UITVOERING DOOR GEMEENTE, VOORDELEN IN ZORGVERZEKERING EN AWBZ

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering en geven jaarlijks € 323 miljoen uit aan jeugdgezondheidszorg. De economische voordelen van de onderzochte interventies, zoals hier berekend, komen echter vooral bij de Awbz en zorgverzekering terecht. Dat is ook te verwachten door de gekozen interventies die alle medisch gericht zijn. Bovendien zijn effecten op de Wmo (besparingen in uitgaven) niet meegenomen in dit onderzoek. De financiële voordelen voor gemeenten liggen, naar verwachting, onder andere in besparingen op de Wmo, een aantal niet onderzochte interventies en (zodra de jeugdzorg onder verantwoordelijkheid van de gemeente valt) vroegtijdige signalering door de jeugdgezondheidszorg als voorportaal van de jeugdzorg<sup>32</sup>. Daarnaast

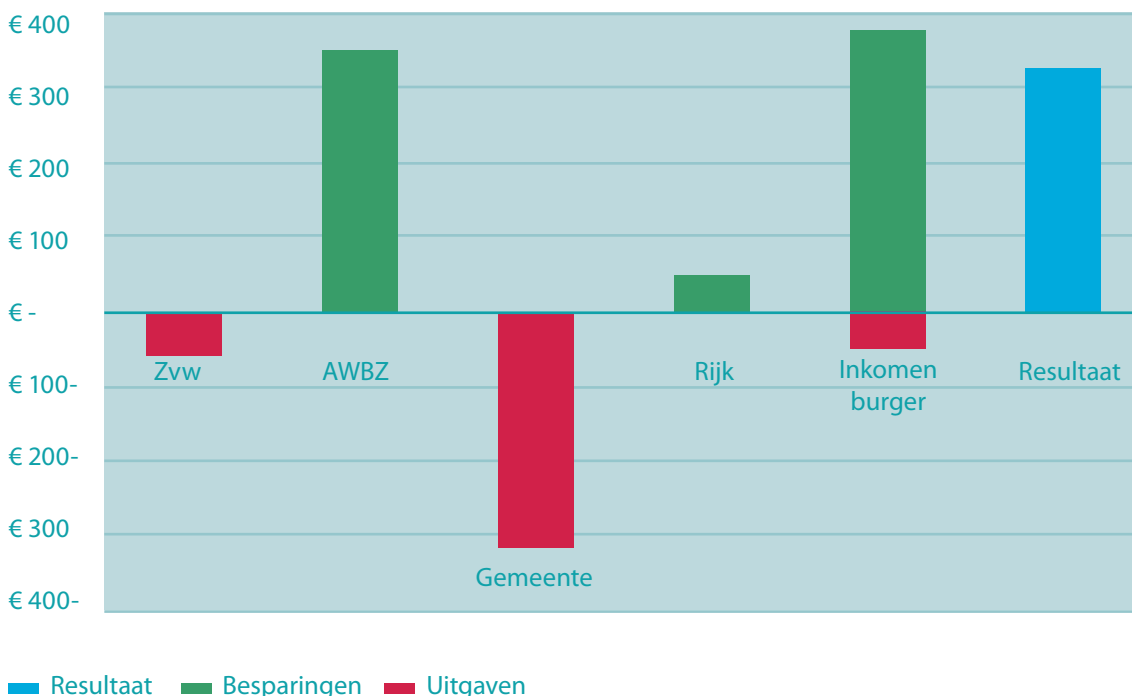
hebben gemeenten belang bij de doelmatige uitvoering van haar wettelijke taak, de jeugdgezondheidszorg. Door de diversiteit in uitvoering tussen gemeenten en het ontbreken van financiële gegevens per doelgroep zijn de effecten op de Wmo niet meegenomen, zie paragraaf 4.2 onder 'niet meegenomen effecten'.

#### NETTO EFFECT ZORGREKENINGEN POSITIEF

Blijven de effecten voor burgers buiten beschouwing en worden alleen de effecten van de interventies op de zorgrekeningen<sup>33</sup> meegenomen, dan blijft het resultaat ruim positief. Dat wil zeggen: de besparingen in zorg die bekostigd wordt op grond van de Zorgverzekeringswet, Awbz en in het speciaal onderwijs wegen ruim op tegen de kosten voor de jeugdgezondheidszorg. Het netto effect is € 1,8 miljard positief (€ 5,2 miljard totaal minus € 3,4 miljard voor burgers). Dit is met name toe te schrijven aan de voordelen in de Awbz-bekostigde (langdurige) zorg voor blijvende gevolgen bij polio, ter waarde van € 1,3 miljard, die op de lange duur zouden optreden indien niet meer gevaccineerd zou worden tegen polio.

### 3.3 VOORDELEN FYSIEKE SCREENINGEN GROTER DAN KOSTEN TOTALE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn geworden dat vaccinaties de grootste bijdrage leveren aan de gezondheidswinst en economische winst van de jeugdgezondheidszorg. Echter, alleen de effecten van de niet-Awbz-bekostigde fysieke screenings<sup>34</sup> wegen ook ruim op tegen de kosten van de totale jeugdgezondheidszorg, zie tabel 4.



Figuur 6. Resultaat niet-Awbz-bekostigde fysieke screenings verdeeld naar maatschappelijke rekeningen (in € miljoen per jaar), kosten voor de totale jeugdgezondheidszorg voor gemeenten weergegeven.

	Zvw	Awbz	Gemeente	Rijk	Burger	Resultaat
Uitgaven	- € 66	€ 0	- € 323	€ 0	- € 35	- € 424
Besparingen	€ 1	€ 340	€ 0	€ 45	€ 354	€ 740
Totaal	- € 65	€ 340	- € 323	€ 45	€ 319	€ 316

Tabel 4. Resultaat niet-Awbz-bekostigde fysieke screenings verdeeld naar maatschappelijke rekeningen (in € miljoen per jaar).

Indien de effecten op inkomens van burgers buiten beschouwing worden gelaten en worden alleen de effecten op de zorgrekeningen en het speciaal onderwijs meegenomen, dan blijken de baten van deze interventies vrijwel op te wegen tegen de totale kosten van de jeugdgezondheidszorg (het resultaat in tabel 4 van € 316 miljoen minus het resultaat voor burgers van €319 miljoen). Met andere woorden: de voordelen op de zorgrekeningen van enkele interventies<sup>35</sup> wegen op tegen de kosten van alle door de jeugdgezondheidszorg uitgevoerde interventies.

### 3.4 WORDT DE NORM VOOR KOSTENEFFECTIVITEIT GEHAALD (MAXIMAAL € 20.000 PER QALY)?

Wat mag preventie kosten in Nederland? Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport formuleert het zo:

*Er is in Nederland geen algemene grenswaarde voor kosteneffectiviteit, maar vaak worden interventies die minder kosten dan 20.000 euro per gewonnen QALY 'kosteneffectief' genoemd.<sup>36</sup>*

Onder kosten verstaat het RIVM hier de uitvoeringskosten van de preventie opgeteld bij de bespaarde kosten voor zorg en de additionele kosten voor zorg behorende bij een eventueel verlengde levensverwachting. In onze analyse komt dat neer op de effecten op de zorgrekeningen Zorgverzekeringswet en de Awbz (effecten op het inkomen van burgers buiten beschouwing gelaten). QALY staat voor Quality Adjusted Life Year. Wij hanteren deze maatstaf in paragraaf 3.1 onder de noemer 'gewonnen gezonde levensjaren'.

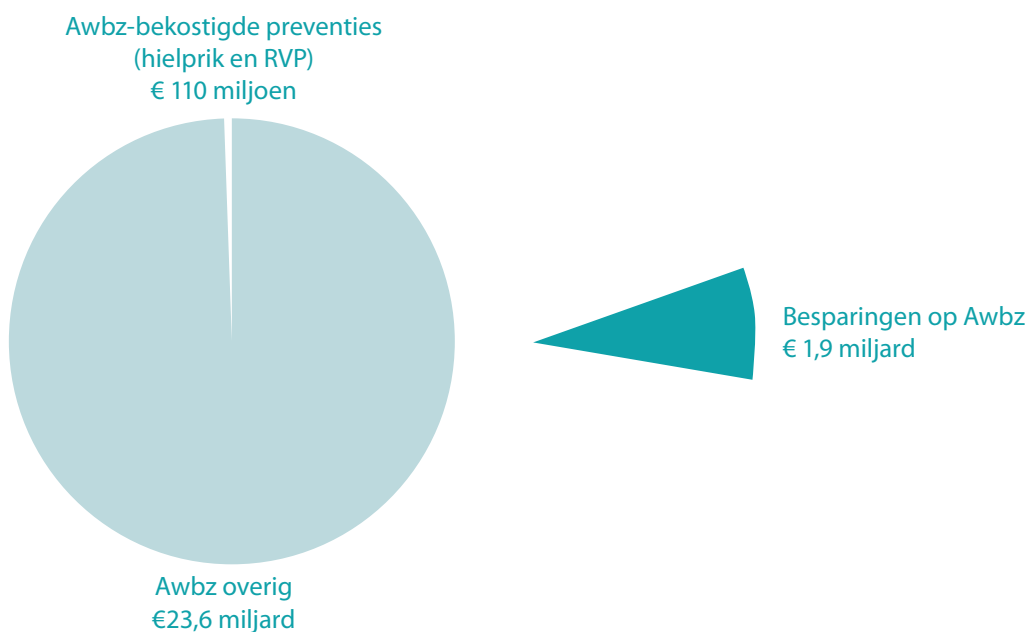
Zoals in de voorgaande paragraaf is geconcludeerd, leveren de interventies een economische winst op. Er is geen sprake van (meer-)kosten. Daarmee kan gesteld worden dat deze norm ruim gehaald wordt.

### 3.5 EFFECTEN JEUGDGEZONDHEIDSZORG IN PERSPECTIEF

Hoe verhouden de effecten van de jeugdgezondheidszorg zich tot de budgetten en effecten van andere voorzieningen? In deze paragraaf wordt de jeugdgezondheidszorg in het perspectief van de Awbz en de jeugdzorg geplaatst.

### PERSPECTIEF AWBZ

De totale uitgaven op grond van de Awbz belopen in 2011 circa € 23,7 miljard. Daarvan wordt € 110 miljoen besteed aan interventies in de jeugdgezondheidszorg: de hielprik en het Rijksvaccinatieprogramma. Dat is minder dan 0,5% van de Awbz-uitgaven. De besparingen op langdurige zorg die op grond van de Awbz vergoed worden bedragen € 1,9 miljard (8% van de jaarlijkse Awbz-uitgaven). Indien de jeugdgezondheidszorg deze besparingen niet zou realiseren, zou dit bedrag aan meeruitgaven ten laste komen van de Awbz.



Figuur 7. Uitgaven aan Awbz-bekostigde interventies (minder dan 0,5%) en besparingen op de Awbz (ruim 8%) van de totale Awbz-uitgaven.

### PERSPECTIEF JEUGDZORG

De totale uitgaven aan jeugdzorg bedroegen in 2009 circa € 3,1 miljard ten behoeve van 377 duizend jeugdigen<sup>37</sup>. De uitgaven aan jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19-jarigen (bijna 4 miljoen kinderen) bedragen jaarlijks € 433 miljoen (gemeentelijk deel en Awbz-gefinancierde zorg).

Deze cijfers geven (slechts) een indruk van de grootteorde van beide takken binnen de jeugdketen (deze getallen staan hier niet tegenover elkaar als ware het een doelmatigheidsvergelijking).

## 4 WERKWIJZE

“In een maatschappelijke kosten-batenanalyse voor een project behoren alle effecten te worden opgenomen, die leiden tot een verandering in de welvaart voor economische actoren in een nationale economie”.<sup>38</sup> Deze analyse is een kosten-batenanalyse van ingevoerde interventies in de jeugdgezondheidszorg.

### 4.1 VERGELIJKING VAN TWEE IDEAALSITUATIES: MET EN ZONDER INTERVENTIES

De resultaten komen tot stand door twee situaties met elkaar te vergelijken: de (vaak huidige) situatie met een bepaalde interventie en de situatie in Nederland indien de interventie niet zou worden uitgevoerd. Gegevens over de huidige situatie zijn vaak goed beschikbaar. Het gaat dan bijvoorbeeld om hoeveel mensen tegenwoordig polio, difterie of een aangeboren (en vroegtijdig ontdekte) oogafwijking hebben. Gegevens over de situatie in Nederland zonder de betreffende interventie zijn afgeleid uit historisch materiaal en gegevens uit andere landen waar de interventie niet wordt (of werd) uitgevoerd. Daarbij is gecorrigeerd – met aannamen – voor de gewijzigde omstandigheden. Bijvoorbeeld: op basis van gegevens over de incidentie van polio in de jaren '50 van de vorige eeuw en de momenteel sterk verbeterde kennis van overdraagbaarheid en de verbeterde hygiëne is geschat wat de incidentie tegenwoordig zou zijn indien het poliovaccin niet gegeven zou worden. Op basis van de verschillen tussen de huidige gemeten incidentie en prevalentie en de geschatte incidentie en prevalentie indien het poliovaccin niet gegeven zou worden in Nederland, komt de kosteneffectiviteitsanalyse tot stand.<sup>39</sup>

De analyse beschouwt de effecten op lange termijn: indien de interventie voor zeer lange tijd niet uitgevoerd zou worden. De analyse is dus niet te beschouwen als een weergave van het effect indien een interventie bijvoorbeeld enkele jaren niet uitgevoerd zou worden.

De analyse wordt uitgevoerd op basis van gemiddelden die voor Nederland gelden. Regionale verschillen – die met name rond de vaccinaties vanwege geloofsoverwegingen spelen – worden in de analyse niet belicht.

De analyse is statisch: de veronderstelde stabiele situatie in Nederland waarin de interventie langdurig plaatsvindt wordt vergeleken met de situatie in Nederland die zou bestaan indien de interventie langdurig niet plaatsvindt en alle overige omstandigheden gelijk blijven. Er wordt geen rekening gehouden met infectiepatronen en periodieke pieken in de incidentie (zoals bijvoorbeeld bij kinkhoest). Alle brongegevens in de analyse zijn gemiddelden over een aantal jaren waarbij rekening is gehouden met fluctuaties. De resultaten zijn daardoor ook gemiddelden.



## 4.2 SELECTIE VAN INTERVENTIES

De kosten van de jeugdgezondheidszorg zijn niet beschikbaar uitgesplitst naar de verschillende taken van het basistakenpakket. Hierdoor kan het resultaat van de analyse – van de geselecteerde interventies – alleen tegen de totale kosten van de jeugdgezondheidszorg worden afgezet. Het positieve resultaat uit hoofdstuk 3 is daarmee als volgt uit te leggen: de effecten van een beperkt aantal interventies wegen al op tegen de totale kosten van de jeugdgezondheidszorg. Zouden de effecten van het overige deel van het basistakenpakket geanalyseerd worden, dan zouden deze effecten het resultaat nog positiever maken zonder dat de kosten toenemen<sup>40</sup>.

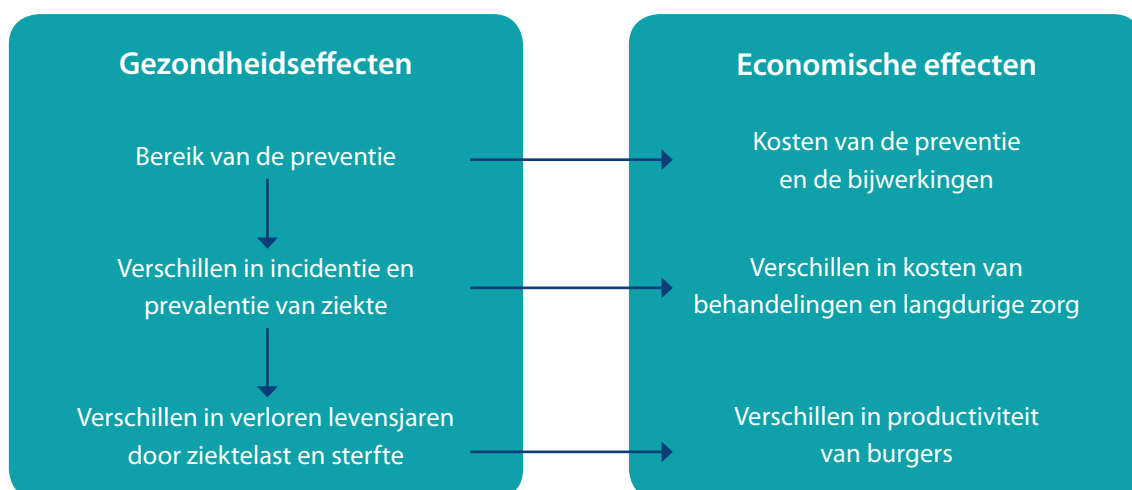
Het tegenovergestelde is ook waar: zouden één of enkele interventies gestaakt worden, dan dalen de kosten en de voordelen van de interventie vallen weg. Door het gebruik van integrale kosten in deze analyse dalen de kosten in werkelijkheid echter niet zoveel als uit deze analyse blijkt. Alleen de marginale meerkosten van de gestaakte interventie zullen vervallen (zie 'kostenbegrip' in paragraaf 4.3). De voordelen van de interventie zullen dan vervallen, ongeacht of de interventie (en de bijbehorende voordelen) in de analyse is onderzocht.

## 4.3 EFFECTEN EN MAATSCHAPPELIJKE REKENINGEN

### GEZONDHEIDSEFFECTEN EN ECONOMISCHE EFFECTEN

Door de situaties met en zonder de geanalyseerde interventie naast elkaar te zetten worden verschillen inzichtelijk. De analyse van iedere interventie start bij het bereik onder de doelgroep, zie figuur 8. Een groter bereik leidt tot hogere uitvoeringskosten en een hogere effectiviteit (er worden immers meer kinderen bereikt). Voor de Awbz-gefinancierde interventies wordt er van beschikbare kosteninformatie uitgegaan die naar ziekte zijn verdeeld. Voor de niet Awbz-gefinancierde interventies is een dergelijke verdeling naar ziekten niet beschikbaar. Deze kosten blijven buiten de individuele analyses van de interventies en staan als totaal tegenover het totaalresultaat van alle analyses. Bij alle interventies wordt rekening gehouden met kosten van bijwerkingen, die veelal ten laste komen van de zorgverzekeringswet.

**Het systematisch opsporen van aangeboren cataract (staar) en amblyopie (lui oog) scheelt de maatschappij jaarlijks zo'n €103 miljoen.  
Circa 3.000 kinderen worden jaarlijks behandeld voor amblyopie.**



Figuur 8. Schema van de analyse van een interventie.

De incidentie en prevalentie van ziekten en aangeboren afwijkingen hebben een rechtstreekse invloed op de kosten voor behandelingen (veelal gefinancierd op basis van de zorgverzekeringswet) en langdurige zorg (veelal gefinancierd op basis van de Awbz). De analyse omvat zowel de kosten van behandeling van vroegtijdig in de jeugdgezondheidszorg opgespoorde aangeboren afwijkingen als de kosten van behandeling van niet-opgespoorde afwijkingen.

#### MAATSCHAPPELIJKE REKENINGEN

Tabel 5 toont de verdeling van baten en lasten naar maatschappelijke rekeningen, zoals deze zijn meegenomen in de analyse. Dat wil zeggen dat in de analyse, bijvoorbeeld, alle huisartskosten aan de maatschappelijke rekening Zorgverzekeringswet zijn toegerekend.

##### Zorgverzekeringswet

Huisartszorg

Specialistische zorg en ziekenhuisopname

Paramedische zorg

Medicatie (voor zover in het kader van huisartszorg of specialistische zorg)

##### Awbz

Langdurige zorg (intra- en extramuraal)

Kosten van vaccinaties

##### Gemeente

Kosten uitvoering jeugdgezondheidszorg (excl. Awbz-gefinancierde interventies)

##### Rijk

Primair en voortgezet speciaal onderwijs

##### Burger

Productiviteitsverlies door ziekte (afhankelijk van leeftijd)

Productiviteitsverlies door sterfte (afhankelijk van leeftijd)

Tabel 5. Verdeling van effecten naar maatschappelijke rekeningen.

Enkele van de bovengenoemde effecten behoeven hier een nadere toelichting:

- ***Aanvulling van neventarieven Awbz-gefinancierde interventies (gemeente)***

In de analyse is gerekend met de door de NZa vastgestelde neventarieven<sup>41,42</sup> voor vaccinaties voor het jaar 2011. Uit onderzoek<sup>43</sup> blijkt dat deze tarieven niet kostendekkend waren. Deze tarieven vormen de vergoeding uit de Awbz aan de uitvoeringsorganisaties van de jeugdgezondheidszorg. Het RIVM verrekend deze vergoeding met de uitvoeringsorganisaties.

Uit het aangehaalde onderzoek blijkt tevens een verschil in uitvoeringskosten tussen zorgorganisaties en gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD). Per vaccinatie zijn de kosten van een GGD gemiddeld € 0,41 hoger dan bij een zorgorganisatie.

- ***Primair en voortgezet speciaal onderwijs (Rijk)***

Uit onderzoek<sup>44</sup> blijkt dat de interventies op het gebied van spraak en taal en perceptief gehoorverlies invloed hebben op het aantal kinderen dat speciaal onderwijs volgt en het aantal jaren dat zij speciaal onderwijs volgen. Daarnaast is er effect op het aantal doublures van leerlingen. Zowel regulier als speciaal onderwijs wordt grotendeels door het Rijk bekostigd, via de Rijksbegroting voor het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. In de analyse worden deze effecten toegerekend aan de maatschappelijke rekening *Rijk*. Hier komt tot uitdrukking dat de interventies in de jeugdgezondheidszorg ook positieve invloed hebben op de rijksbegroting.

- ***Productiviteitsverlies door ziekte en sterfte (burger)***

De analyse onderscheidt kinderen die eenmaal volwassen geworden die – door ziekte – zelf niet in staat zijn een (volledig) inkomen te verwerven en ouders (verzorgers) die door ziekte van een kind niet in staat zijn een (volledig) inkomen te verwerven. Voor vele ziekten is door de WHO een ziektelast<sup>45</sup> geschat. Er wordt aangenomen dat deze ziektelast evenredig is met de beperking om een volledig inkomen te verwerven. Daarbij wordt rekening gehouden met de duur van de ziekte en de hoogte van het inkomen die leeftijdsafhankelijk is. Overeenkomstig wordt het verlies aan productiviteit door overlijden berekend. In de analyse wordt er van uit gegaan dat het vermeden productiviteitsverlies – door interventies in de jeugdgezondheidszorg – een maat is voor de toegevoegde waarde van burgers aan de maatschappij.

## **KOSTPRIJSBEGRIJF**

In de analyse wordt voornamelijk gebruik gemaakt van vastgestelde tarieven. De door de NZa vastgestelde tarieven zijn integrale kostprijzen. De kosten van de Awbz-gefinancierde interventies zijn eveneens integrale kostprijzen. Dit heeft de volgende effecten:

- Indien besloten zou worden een of meer interventies in de toekomst te staken wordt daarmee op de uitvoering geen evenredig deel van de kosten bespaard, maar minder. Immers, er kan mogelijk niet op de inzet van overhead bezuinigd worden door één taak (of enkele taken) uit het takenpakket te halen.
- De gehanteerde tarieven voor huisarts-, specialistische, paramedische en langdurige zorg zijn integrale kostprijzen. Deze zijn hoger dan de marginale kosten voor deze zorg. Indien besloten zou worden een of meer interventies in de toekomst te staken neemt de totale zorgvraag in Nederland – naar verwachting – toe, maar niet dermate – wederom naar verwachting – dat kostprijzen significant zouden wijzigen (behoudens voor enkele specialismen zoals logopedie voor zeer jonge kinderen waar

het totale volume zeer afhankelijk is van de effectiviteit van de jeugdgezondheidszorg). Zou de analyse gebaseerd zijn op marginale kostprijzen, dan zou een positiever beeld gegeven worden. Er is met integrale kostprijzen gewerkt in verband met hun beschikbaarheid. Marginale kostprijzen waren niet beschikbaar.

Concluderend kan gesteld worden dat het gehanteerde integrale kostprijsbegrip nauwelijks invloed heeft op de hoogte van de maatschappelijke baten en lasten.

### **NIET MEEGENOMEN EFFECTEN**

De volgende effecten zijn niet meegenomen in de analyse:

- **Selectie voorkomende complicaties**

Voor alle beschouwde ziektebeelden zijn geen effecten meegenomen voor behandeling van zelden voorkomende complicaties en complicaties die tot geringe ziektelast leiden. Zo is bijvoorbeeld in het geval van kinkhoest geen rekening gehouden met de optredende verschijnselen en behandeling bij volwassenen. Zouden deze effecten ook meegenomen zijn in de analyse dan zouden zowel kosten als besparingen toenemen. Er wordt conservatief ingeschat welke effecten in de analyse meegenomen zouden moeten worden. Het geanalyseerde scenario leidt daarmee tot een conservatieve inschatting van het resultaat.

- **Geen Wmo-gefinancierde zorg**

Effecten op de Wmo-gefinancierde zorg zijn niet in kaart gebracht. Door de diversiteit in uitvoering en het ontbreken van financiële gegevens zijn deze effecten niet meegenomen. Er wordt echter van uit gegaan dat analoog aan de bevindingen voor langdurige zorg de onderzochte interventies bijdragen aan besparingen op Wmo-gefinancierde ondersteuning.

- **Geen tijdsvoorkeur**

Kosten en baten van een investering treden vaak op verschillende momenten in de tijd op. Tijdsvoorkeur, de mate waarin nut dat op verschillende tijdstippen wordt ervaren van elkaar verschilt, speelt daarom vaak een belangrijke rol. In het bijzonder geldt dat men baten meestal liever eerder dan later ontvangt, en dat men kosten liever later dan eerder betaalt. Dit geldt ook voor gezondheidsbaten en -kosten. Op alle aspecten (uitvoeringskosten, gezondheidswinst, bespaarde behandelingskosten in de toekomst, etc.) is geen disconto toegepast. De tijdsvoorkeur is niet tot uitdrukking gebracht. De analyse geeft een statisch gemiddeld beeld voor de gehele bevolking in één jaar.

- **Kostprijsverschil zorgorganisatie en GGD**

De kostprijs voor uitvoering van de jeugdgezondheidszorg verschilt tussen zorgorganisaties en gemeentelijke gezondheidsdiensten<sup>46</sup>. Dit wordt verklaard door het verschil in overhead en salariering. Deze verschillen spelen in de kwantitatieve analyse van de interventies geen rol. Deze verschillen zijn immers verdisconteerd in de budgetten die door overheden ter beschikking worden gesteld.

De niet meegenomen effecten zijn naar verwachting alle van geringe invloed en leiden naar verwachting naar een licht positiever resultaat van de analyse indien deze wel meegenomen zouden worden.

## 4.4 VOORBEELD: PERCEPTIEF GEHOORVERLIES

Er zijn in dit onderzoek 17 zelfstandige analyses op interventies uitgevoerd (zie paragraaf 2.5). De kwantitatieve uitwerking van alle analyses is op aanvraag verkrijgbaar. Ter illustratie is hier één analyse opgenomen: de screening op perceptief gehoorverlies.

### ALGEMEEN

Voor de screening op perceptief gehoorverlies is geen kosteneffectiviteitanalyse bekend uit de literatuur. De kosteneffectiviteit van deze screening is hier op hoofdlijnen in kaart gebracht. Er is daarbij uitgegaan van gegevens uit de vakliteratuur. De analyse richt zich op de meerwaarde van het vroegtijdig signaleren van vroegtijdig gehoorverlies in de jeugdgezondheidszorg.

### UITKOMSTEN: GEZONDHEIDSEFFECT

Door de screening op perceptief gehoorverlies winnen de 16,6 miljoen inwoners in Nederland gezamenlijk ruim 4 duizend gezonde levensjaren per jaar.

Jaarlijks worden ruim 200 kinderen<sup>47</sup> met tweezijdig gehoorverlies van meer dan 40 dB gevonden door screening. Er wordt aangenomen dat driekwart daarvan een gehoorverlies van meer dan 60 dB heeft. Zonder deze vroegsignalering zouden deze kinderen te laat opgespoord worden om tijdig de gehoorsfunctie te herstellen – bijvoorbeeld met een cochleair implantaat. Met een implantaat zouden deze kinderen goed kunnen horen en kan hun spraak- en taalontwikkeling goed verlopen.

Onbehandeld zouden deze kinderen gedurende hun gehele leven een ernstige tot zeer ernstige doofheid hebben, waardoor mede de spraak- en taalontwikkeling niet op gang komt. De World Health Organization hanteert voor deze handicap een wegingsfactor van 0,333. Deze wegingsfactor representeert de ernst van de aandoening op een schaal van 0 (volledig gezond) tot 1 (gelijk aan overlijden). De verloren gezonde levensjaren door een aandoening worden berekend door vermenigvuldiging van de duur van de aandoening met de wegingsfactor voor de aandoening. We gaan er van uit dat de levensverwachting door doofheid niet aangetast wordt. Daarmee volgt dat jaarlijks voor ruim 150 kinderen levenslange (80,8 jaar) doofheid wordt voorkomen, wat gepaard gaat met een wegingsfactor van 0,333. Vermenigvuldiging van deze drie gegevens leidt tot: ruim 4 duizend gewonnen gezonde levensjaren door screening op perceptief gehoorverlies.

### UITKOMSTEN: ECONOMISCHE EFFECTEN

Het totaal financieel effect van de screening op perceptief gehoorverlies bedraagt € 345 miljoen per jaar. Tabel 6 toont de opbouw van dit effect. Daarna wordt een onderbouwing van de verschillende posten gegeven.

Domein	Meeruitgaven	Besparingen
Zorgverzekering	€ 56 miljoen	
Awbz		€ 293 miljoen
Rijk (OCW, speciaal onderwijs)		€ 20 miljoen
Burger (productiviteitsverlies door ziekte)		€ 88 miljoen
Totaal	€ 56 miljoen	€ 401 miljoen

Tabel 6. Financieel gemaakte effecten van de screening op perceptief gehoorverlies.

De zorgverzekering vergoedt de behandeling met een cochleair implantaat (hierna: CI). Op basis van diverse openbare bronnen en een interview met de NSDSK nemen we aan dat eenzijdige plaatsing van een CI € 60 duizend kost inclusief nazorg. We gaan er van uit dat kinderen rond hun eerste verjaardag behandeld worden, een CI een levensduur heeft van 12,5 jaar en 95% van de kinderen met de aandoening behandeld kunnen worden. Inclusief herplaatsingen over de levensduur bedragen de uitgaven daarmee € 56 miljoen per geboortecohort, ofwel € 56 miljoen per jaar over alle geboortecohorten (uitgaande van een statische situatie, zie paragraaf 4.1).

Behandelde kinderen ontwikkelen zich zodanig dat zij geen aanspraak behoeven te maken op de Awbz. Dit bespaart Awbz-uitgaven vanaf het 18e levensjaar ter waarde van circa € 30,3 duizend per persoon per jaar (schatting op basis van ZZP-tarieven in de categorie zintuiglijke beperking auditief die variëren van € 27 duizend tot ruim € 90 duizend per persoon per jaar). Voor ruim 150 kinderen per geboortecohort wordt over de levensduur in totaal € 293 miljoen aan Awbz-uitgaven bespaard, ofwel € 293 miljoen per jaar over alle geboortecohorten.

Uit onderzoek<sup>44</sup> blijkt dat op tijd behandelde kinderen minder lang speciaal onderwijs (cluster 2) behoeven te volgen. We gaan er van uit dat onbehandelde kinderen gedurende de volledige duur van het primair onderwijs (8 jaar) en het voortgezet onderwijs (gemiddeld 5 jaar) speciaal onderwijs volgen. Speciaal primair onderwijs is circa € 14 duizend per kind per jaar duurder dan regulier onderwijs<sup>48</sup>. Speciaal voortgezet onderwijs is circa € 11,5 duizend per kind per jaar duurder. Behandelde kinderen kunnen na 3 jaar speciaal onderwijs het regulier onderwijs volgen. De meeruitgaven aan speciaal onderwijs voor ruim 150 kinderen per geboortecohort bedragen dan 5 jaar à € 14 duizend plus 5 jaar à € 11,5 is totaal € 20 miljoen.

Behandelde kinderen ontwikkelen zich zodanig dat zij beter in staat zijn eigen inkomen te verwerven. Bij onbehandeld blijven (zonder screening) wordt er van uitgegaan dat de productiviteit 33,3% lager zal zijn, evenredig aan de wegingsfactor zoals genoemd in de voorgaande paragraaf 'uitkomsten: gezondheidseffecten'. Deze wegingsfactor is van toepassing op het gemiddeld inkomen over de levensduur<sup>49</sup>. Het gemiddeld inkomen over de levensduur (van 0 tot de levensverwachting van 80,8 jaar) bedraagt € 22 duizend. Een verlies voor ruim 150 personen per geboortecohort van 33,3% van € 22 duizend over de gehele levensduur bedraagt in totaal € 88 miljoen, ofwel € 88 miljoen per jaar over alle geboortecohorten.

# 5 TER AFSLUITING

## 5.1 CONCLUSIES

In het onderzoek is de waarde van preventie in de jeugdgezondheidszorg inzichtelijk gemaakt en komen we tot de volgende conclusies:

- Vrijwel ieder kind in Nederland wordt regelmatig door de jeugdgezondheidszorg gezien: kinderen van 0 tot 4 jaar in de consultatiebureaus en daarna via school. Eén van de verklaringen voor de hoge opkomst van ouders met hun kinderen bij het consultatiebureau is de combinatie van medische en psychosociale zorg en opvoedingsondersteuning. Het potentieel van dit instituut als basis voor andere vormen van zorg gericht op de gehele populatie 0 tot 4 jarigen is daardoor groot.
- Alle inwoners van Nederland hebben 1 jaar van hun gezonde levensverwachting te danken aan de jeugdgezondheidszorg. Het gewonnen aantal gezonde levensjaren bedraagt ruim 200 duizend jaar, per jaar in Nederland.
- De jeugdgezondheidszorg kost € 433 miljoen per jaar. De geanalyseerde interventies leveren € 5,6 miljard op. Het resultaat van de jeugdgezondheidszorg bedraagt daarmee € 5,2 miljard (positief) per jaar (de baten van de niet-geanalyseerde interventies buiten beschouwing gelaten). Iedere euro die jaarlijks in de jeugdgezondheidszorg wordt geïnvesteerd levert elf euro op.
- Van alle onderzochte interventies leveren de vaccinaties de grootste bijdrage in zowel gezondheids-winst als economische winst.
- De grootste bijdrage wordt geleverd aan het verdienvermogen van burgers door een langere gezonde levensduur.
- Ook wanneer slechts de effecten op de zorgrekeningen worden beschouwd (hier samengevat als de effecten op de zorgverzekeringswet- en Awbz-bekostigde zorg), is het effect positief. Dat wil zeggen: de besparingen in zorg die bekostigd wordt op grond van de Zorgverzekeringswet, Awbz en in het speciaal onderwijs wegen ruim op tegen de kosten voor de jeugdgezondheidszorg. Het netto effect is € 1,8 miljard positief (met name door besparingen op langdurige Awbz-bekostigde zorg).
- De baten van de geanalyseerde screenings (oogafwijkingen, gehoorstoornissen, hartafwijkingen, spraak- en taalontwikkeling en indaling testikels) blijken ruim op te wegen tegen de kosten van de totale jeugdgezondheidszorg. De jeugdgezondheidszorg voert echter nog vele andere interventies uit op het gebied van de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van de jeugd.
- Gemeenten financieren het grootste deel van de jeugdgezondheidszorg, naast de financiering uit de Awbz. Gemeenten ontvangen voor de uitvoering financiering van het Rijk uit het gemeentefonds. Gemeenten hebben geen direct economisch belang bij de effecten van de onderzochte interventies. Deze slaan met name neer binnen het domein van de zorgverzekering en de Awbz. Gemeenten hebben mogelijk wel een economisch belang bij de effecten van andere productgroepen van het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg die niet in de analyse zijn betrokken en bij voordelen in de Wmo, welke vanwege de landelijk zeer uiteenlopende uitvoeringsvariëteit niet in de analyse zijn meegenomen.
- Ook de doorgaans gehanteerde norm van maximaal € 20.000 kosten per QALY wordt ruim gehaald. Sterker nog: de interventies leveren een economische winst (de baten op maatschappelijk niveau zijn groter dan de lasten).
- Op het totaal van de Awbz-bekostigde zorg van € 23,7 miljard vormt de Awbz-bekostigde jeugdgezondheidszorg (Rijksvaccinatieprogramma en hielprik) met € 110 miljoen minder dan 0,5% van de

jaarlijkse Awbz-uitgaven. De besparingen op de Awbz-uitgaven bedragen € 1,9 miljard, dat is 8% van de jaarlijkse Awbz-uitgaven.

- De omvang van de analyse beslaat zowel in diepgang als geselecteerde interventies een deel van de jeugdgezondheidszorg. De keuzen hierin zijn echter zodanig (conservatief) gemaakt dat verwacht mag worden dat verdere diepgang (bijvoorbeeld belichting van minder vaak voorkomende complicaties) en uitbreiding met andere uitgevoerde interventies het beeld (nog) positiever maken.

## 5.2 REFLECTIE: DE CONCLUSIES IN HET PERSPECTIEF VAN DE TRANSITIE VAN DE JEUGDZORG

De overheveling van de jeugdzorg naar gemeenten brengt voor iedere gemeente de vraag met zich mee hoe de nieuwe jeugdketen binnen de gemeente ingericht moet worden. Nadrukkelijk wordt daarbij naar samenwerking gekeken als middel om de benodigde zorg te kunnen leveren. Samenwerking binnen de gemeente, met andere gemeenten en samenwerking met uitvoeringsorganisaties (die vaak een regionale werksfeer kennen).

### WANNEER EN HOE SAMENWERKEN?

Uit onderzoek naar de vraag wanneer en hoe gemeenten zouden moeten samenwerken in het organiseren en regisseren van de zorg rondom jeugd en gezin<sup>50</sup>, blijkt het volgende<sup>51</sup>:

- ***Vraaggestuurde inrichting van de jeugdketen***  
Er zijn vele redenen waarom gemeenten beslissen om met elkaar samen te werken. De fit tussen zorgvraag en zorgaanbod behoort hierin leidend te zijn om een betere zorg (effectief en efficiënt) voor de burger te bieden. Als het zorgaanbod leidend is bestaat het gevaar dat bij de burger/klant het gevoel ontstaat dat ze niet echt geholpen wordt waar nodig, of nog erger: dat ze daadwerkelijk niet goed geholpen wordt waar nodig.
- ***Van onderaf ontstane samenwerkingsverbanden beter dan van bovenaf opgelegde***  
Afgezien van het feit dat organisch ontstane intergemeentelijke samenwerking meer draagvlak kent bij de betrokkenen sluit het ook sterker aan bij een concrete zorgvraag. De kans dat een van bovenaf opgelegde intergemeentelijke samenwerking (door de landelijke overheid, een op voorhand gedefinieerde regio of een centrumgemeente) aansluit bij het beantwoorden van een concrete zorgvraag ligt niet voor de hand. Bij van bovenaf opgelegde intergemeentelijke samenwerking bestaat ook altijd het gevaar dat de wethouder de controle verliest over het aanbod voor zijn of haar burgers. Als intergemeentelijke samenwerking vertrekt vanuit de behoeften en vragen van zijn of haar burger bestaat dat gevaar veel minder.
- ***Samenwerkingsverband voor het merendeel van de zorgvragen niet nodig***  
Het is van belang het gevoel voor verhoudingen te behouden: verreweg de meeste zorgvragen kunnen waarschijnlijk gemakkelijk binnen de eigen gemeente opgelost worden. Circa 85% heeft geen of enkelvoudige vragen, 10% kent ernstige problematiek en 5% kent multi-problematiek al dan niet in combinatie met urgentie en/of crisis. Voor het merendeel is geen ingewikkeld samenwerkingsverband nodig. Dit betekent voor iedereen die bestuurlijk of beleidsmatig werkt in jeugdbeleid kritisch moet zijn op deelname aan een volgend samenwerkingsverband.



Wat is op basis van bovenstaande de juiste vorm van samenwerking? Bedacht moet worden dat er in feite maar voor een relatief kleine groep van gezinnen (echt) noodzaak van intergemeentelijke samenwerking bestaat. En dat deze samenwerking – als er tenminste echt sprake is van vraagsturing – snel de vorm aan zal nemen van concrete actieplannen rond een of meer gezinnen, bepaalde groepen gezinnen met vergelijkbare problemen of in een bepaald woongebied.

Kortom, er wordt een vraaggestuurde inrichting van de jeugdketen voorgestaan, waarbij samenwerking een weloverwogen keuze is om invulling te geven aan de specifieke zorgvraag. Drie aspecten van het onderhavige onderzoek kunnen nog verder richting geven aan de inrichting van de jeugdketen: de efficiëntie van preventie, de plateauwerking van de huidige jeugdgezondheidszorg en de doelmatigheid van zorgorganisaties. Deze worden hierna kort toegelicht.

### **DE EFFICIËNTIE VAN PREVENTIE**

Dit onderzoek toont de efficiëntie van preventie aan. De investeringen in de jeugdgezondheidszorg bedragen een fractie van de maatschappelijke opbrengsten van de geanalyseerde interventies. Kosten van latere en veelal zware en langdurige zorg worden vermeden. Overwogen zou moeten worden op welke terreinen preventie verder ingezet kan worden om zware en langdurige zorg te vermijden.

### **PLATEAUWERKING JEUGDGEZONDHEIDSZORG: BESTAAND BEREIK EN AANBOD**

De jeugdgezondheidszorg bereikt vrijwel de gehele populatie 0 tot 4 jarigen, mede door de geboden combinatie van medische en psychosociale zorg en opvoedingsondersteuning. De jeugdgezondheidszorg kent een structurele (niet tijdelijke) bekostiging. Daarmee is de jeugdgezondheidszorg feitelijk een plateau waarop additionele activiteiten – gericht op de gehele of een deel van de populatie – met marginale meerkosten kunnen worden toegevoegd.

Ouders hebben echter van de jeugdgezondheidszorg een fundamenteel ander beeld dan van de jeugdzorg. De jeugdgezondheidszorg staat in de beeldvorming primair voor gezondheid voor alle kinderen. Ouders komen met de jeugdzorg in aanraking met name wanneer zich ernstige opvoed- en opgroei problemen voordoen. De jeugdzorg beschikt over middelen die bedreigend kunnen overkomen, zoals ondertoezichtstelling. Een zichtbare vermenging van deze taken kan, ondanks de ogenschijnlijke positieve economische voordelen, het bereik en succes van waardevolle interventies zoals het Rijksvaccinatieprogramma en de screenings schaden.

Overwogen zou moeten worden bij welke (met name breed in de populatie uitgevoerde) taken in de jeugdketen de jeugdgezondheidszorg ingezet kan worden.

### **DOELMATIGHEID ZORGORGANISATIES**

De zorgorganisaties werken doelmatiger dan de gemeentelijke gezondheidsdiensten, met name veroorzaakt door verschillen in overhead en salariering. Overwogen zou moeten worden welke taken in de jeugdketen door zorgorganisaties uitgevoerd kunnen worden, zodat doelmatigheidsverlies voorkomen kan worden<sup>12,43,46</sup>.

## 5.3 AANBEVELINGEN

In de transitie van de zorg voor jeugd naar gemeenten staat een vraaggestuurde inrichting van de jeugdketen – en daarmee het belang van het kind – voorop. Dat neemt niet weg dat gemeenten en uitvoeringsorganisaties naar een kosteneffectieve inrichting van de lokale zorg voor jeugd zouden moeten (blijven) streven. Keuzes tot inrichting van de jeugdketen en eventuele daarbij behorende samenwerkingsverbanden dienen getoetst te worden aan specifieke en concrete doelstellingen. Het succes van een samenwerking staat of valt bij de cultuur van de betrokken organisaties, de bestuurlijke wil en de bedrijfseconomische argumenten om samen te werken.

Voor de inrichting van de jeugdketen in specifieke gevallen bevelen we aan:

- preventieve activiteiten verder in te zetten om zware en langdurige zorg te vermijden;
- breed onder de jeugdige populatie uit te voeren taken in de zorg voor jeugd door de jeugdgezondheidszorg uit te laten voeren;
- doelmatigheidsverlies te voorkomen door zorgorganisaties de jeugdgezondheidszorg te laten uitvoeren, en
- ter onderbouwing van inrichtingskeuzes en keuzes voor samenwerkingsverbanden een effectiviteitstoets uit te voeren, waarbij zowel een kwalitatieve als kwantitatieve analyse van de fit tussen zorgvraag en zorgaanbod wordt uitgevoerd.

### AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK

De jeugdketen is de komende jaren sterk in beweging en steeds worden nieuwe interventies beproefd en toegevoegd in de jeugdgezondheidszorg. Verdonck, Klooster & Associates adviseert daarom dit onderzoek jaarlijks uit te voeren om:

- de verworven inzichten actueel te houden;
- een nadere detaillering van de effecten voor gemeenten, waaronder toevoeging van de Wmo, en
- in het kader van de transitie van de zorg voor jeugd de psychosociale interventies expliciet te analyseren.

## A Afkortingen

AMK	Advies- en meldpunt kindermishandeling
Amw	Algemeen maatschappelijk werk
Awbz	Algemene wet bijzondere ziektekosten
CI	Cochleair implantaat
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HPV	Humaan papillomavirus
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
Jji	Justitiële jeugdinrichting
LVG	Licht verstandelijk gehandicapt
NICU	Neonatale intensive care unit
NSDSK	Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
QALY	Quality adjusted life year
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WHO	World Health Organization
ZAT	Zorg- en adviesteam

## B Bronnen

- Bittles et al., The Influence of Intellectual Disability on Life Expectancy, The journals of gerontology, volume 57, issue 7, 2002.
- Burgmeijer, Bolscher, Vaccinaties bij kinderen, Van Gorcum 2002.
- Burgmeijer, Hoppenbrouwer, Handboek vaccinaties; van Gorcum 2007.
- CBS, Bevolking per maand; leeftijd, geslacht, herkomst, generatie, op 1 januari 2010.
- CBS, Bevolking, huishoudens en bevolkingsontwikkeling; vanaf 1899.
- CBS, Bevolking; kerncijfers (bevolking naar leeftijd); 2010.
- CBS, Doodsoorzaken; uitgebreide lijst, leeftijd en geslacht; 1996-2009.
- CBS, Gemiddeld inkomen van personen naar regio; 2011.
- CBS, Gezondheid, leefstijl en gezondheidszorg; vanaf 1900.
- CBS, Historische overlevingstafels; leeftijd en geslacht 2010
- CBS, Levensverwachting naar geslacht, 2010-2060; 2010.
- CBS, Permanent onderzoek leefsituatie, gezondheid en welzijn (2009).
- CBS, Speciale scholen; leerlingen op speciale scholen; 2011.
- CBS, Ziekenhuisopnamen; geslacht, leeftijd en diagnose-indeling ICD9; 2011.
- De Melker, Steyerberg, Doelmatigheid van tetanusimmunoglobuline bij een verwonding: toediening vaak onnodig; Ned Tijdschr Geneesk. 2004;148:429-33.
- De Muinck Keizer-Schrama, Consensus beleid bij de niet in het scrotum gelegen testis, Ned Tijdschr Geneesk. 1987;131:1817-21.
- De Vries R. et al. Cost-effectiveness of adolescent pertussis vaccination for the Netherlands. PLoS ONE, Vol 5, issue 10, oct-2010.
- Dr. JL van den Brand, Kindergeneeskunde; wetenschappelijke uitgeverij Bunge 1993.
- Erasmus MC, Naar een betere levensverwachting van sikkelpatiënten, op Artsenapothekeer.nl (archieef 2008).
- Factor, Growing Older with A Developmental Disability: Physical and Cognitive Changes And Their Implications. University of Illinois at Chicago, 2005.
- Gaston et al., Prophylaxis with oral penicillin in children

- with sickle cell anemia. A randomized trial, *N Engl J Med*. 1986 Jun 19;314(25):1593-9.
- Geo. F. Brooks and Thomas M. Buchanan. Pertussis in the United States. *The journal of infectious diseases*, Vol 122, nr 1/2, jul-aug 1970.
  - Gezondheidsraad, Algemene vaccinatie tegen hepatitis B herbeoordeeld, 2009.
  - Gezondheidsraad, Algemene vaccinatie tegen meningokokken C en pneumokokken, 2001.
  - Gezondheidsraad, Vaccinatie van zuigelingen tegen pneumokokkeninfecties, 2009.
  - Griffith, The role of immunisation in the control of diphtheria. *Dev Biol Stand* 1979; 43:3-13.
  - Hirasig, Reerink, De Vrind en Verloove-Vanhorick, Landelijke testesregistratie, *Ned Tijdschr Geneesk*. 1991;135:2024-8.
  - Infectieziekten bulletin, jaargang 18 nummer 11 2007 (pagina 380-383).
  - Ivanyi, van Kesteren, van Asbeck, Nollet, Het postpolio-syndroom; *Infectieziekten Bulletin*, 1995 nummer 2.
  - Kingma-Thijssen et al., Literatuurstudie naar de medische gevolgen van de congenitale rubella infectie: het congenitale rubella syndroom, *Health Watch Programma*, 2004.
  - Konig, Cost-utility analysis of orthoptic screening in kindergarten; 2004.
  - Lee GM, Murphy TV, Lett S, Cortese MM, Kretsinger K, Schauer S, et al. (2007) Cost-effectiveness of pertussis vaccination in adults. *Am J Prev Med* 32:186-193.
  - Mackenbach, Successen van preventie, 2011.
  - Martens, ten Velden, Bol, De kosten en baten van vaccinatie tegen *Haemophilus influenzae* type b. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1991;135:16-20.
  - Medische virologie tweede herziene druk, dr.J B Wilterink, B S & H, pag 73 ev
  - Merck Manual 15th edition, 1987.
  - Naghavi et al., The burden of disease and injury in Iran 2003; *Pop Health Metrics*, juni 2009.
  - Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2011.
  - National Institute of Neurological Disorders and Stroke, Information Page Subacute Sclerosing Panencefalitis; februari 2011.
  - *Ned Tijdschr Geneesk*. 1987;131:2230-3, Stand van zaken Vroegtijdige onderkenning van visuele stoornissen bij het jonge kind.
  - Nederlandse vereniging voor logopedie en foniatie (zie [http://nvlf.logopedie.nl/site/behandeling\\_van\\_spraak\\_en\\_taalstoornissen\\_bij\\_kinderen\\_met\\_een\\_cluster\\_2\\_i/](http://nvlf.logopedie.nl/site/behandeling_van_spraak_en_taalstoornissen_bij_kinderen_met_een_cluster_2_i/))
  - Neijens HJ, Groot R de, Dzoljic-Danilovic G. *Haemophilus influenzae* type b-infecties bij kinderen. *Ned Tijdschr Geneesk*. 1991;135:13-6.
  - NSDSK/ TNO, Evaluatie implementatie neonatale gehoorscreening; 2006.
  - NSDSK/ TNO, Implementatiestudie neonatale gehoorscreening; juli 2001.
  - NZa, DBC Tarieven Tabellen per 1 januari 2011.
  - NZa, ZPP Tarieven 2011, per 1 januari 2011.
  - RIVM, Het Rijksvaccinatieprogramma in Nederland. Het voorkomen van de doelziekten (1997-2002); 2004.
  - RIVM, Hoe gezond zijn de zorguitgaven? 2007.
  - RIVM, JGZ-richtlijn Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar; eerste herziening; september 2010.
  - RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2006.
  - RIVM, Postvaccinale gebeurtenissen binnen het Rijksvaccinatieprogramma : Deel XVI- Meldingen in 2009.
  - RIVM, Richtlijn infectieziektebestrijding Difterie (Centrum voor Infectieziektenbestrijding, Cib); juli 2010.
  - RIVM, Richtlijn infectieziektebestrijding Kinkhoest (Centrum voor Infectieziektenbestrijding, Cib); december 2010.
  - RIVM, Richtlijn infectieziektebestrijding Meningokokkose (Centrum voor Infectieziektenbestrijding, Cib); december 2010.
  - RIVM, Richtlijn infectieziektebestrijding Parotitis epidemica (Centrum voor Infectieziektenbestrijding, Cib); december 2010.
  - RIVM, Richtlijn infectieziektebestrijding Poliomyelitis anterior acuta (Centrum voor Infectieziektenbestrijding, Cib); november 2008.
  - RIVM, Richtlijn infectieziektebestrijding Rubella (Centrum voor Infectieziektenbestrijding, Cib); maart 2010.
  - RIVM, Richtlijn infectieziektebestrijding Tetanus (Centrum voor Infectieziektenbestrijding, Cib); maart 2009.
  - RIVM, The effects of vaccination, the incidence of the target diseases; 1998.
  - RIVM, Vaccinatiegraad verslagjaar 2010.
  - Roos-Hesselink et al, Outcome of patients after surgical closure of ventricular septal defect at young age: longitudinal follow-up of 22-34 years, 2004.
  - Slikstoornissen en speekselvloed: denk aan gegeneraliseerde tetanus, in *Infectieziekten Bulletin* jaargang 21 nummer 7 september 2010.
  - Spanjaard et al. Toename van het aantal invasieve infecties door *Haemophilus influenzae* type b. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2005;149:2738-42.
  - TNO, Evaluatie van de neonatale hielprikscreening bij kinderen geboren in 2009, 2011.
  - TNO, JGZ-standaard / Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar, 2005.
  - TNO, Monitoring van de neonatale gehoorscreening door de jeugdgezondheidszorg in 2009, december 2010.
  - TNO, Screening op taalachterstanden en spraakstoornissen bij kinderen van 1 tot 6 jaar door de jeugdgezondheidszorg, Deelrapport 1: inventarisatie van instrumenten, 2007.
  - TNO, Signalering van spraak-/taalontwikkelingsstoornissen bij kleuters, april 2005.
  - TNO/ AJN, JGZ-standaard, Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar, 2005.
  - TNO/ Isala klinieken, Jaarverslag neonatale gehoorscreening in de Neonatale Intensive Care Units 2009.
  - Van Agt, Language disorders in children, maart 2011.
  - World Health Organization, Global Burden of Disease 2000.
  - World Health Organization, Pertussis surveillance; 2000.
  - Zwan, van der, et al., Mazelen in Nederland: epidemiologie en de invloed van vaccinatie, in *Ned Tijdschr Geneesk*, 26 november 1994 (pagina 2390 ev.)

## C Noten

- 1 Tweede Kamer 32 793, nr. 4.
- 2 Sociaal en Cultureel Planbureau, Maten voor gemeenten 2011 (gemeenten bezuinigen de komende jaren naar verwachting circa € 4 miljard).
- 3 Artt. 3 tot en met 9 Besluit publieke gezondheid.
- 4 Art. 5, eerste lid Wet publieke gezondheid.
- 5 Art. 14, tweede lid Wet publieke gezondheid.
- 6 De provinciale jeugdzorg heeft als taak hulp en ondersteuning bij opgroei- en opvoedingsproblemen, art 1, eerste lid Wet op de jeugdzorg.
- 7 Bestuursafspraken 2011-2015 Rijk, IPO, VNG en UvW, § 6.3 decentralisatie jeugdzorg, pag. 32.
- 8 Onderzoeksraad voor de veiligheid, Over de fysieke veiligheid van het jonge kind, Themastudie: voorvallen van kindermishandeling met fatale of bijna fatale afloop, 2011.
- 9 Gezondheidsraad, Wijziging Rijksvaccinatieprogramma, vervroegde vaccinatie 1999/09, 1 juli 1999.
- 10 NSDSK, Landelijke implementatie neonatale gehoorscreening, 2006.
- 11 TNO, Verslag project rechtstreeks verwijzen van de jeugdgezondheidszorg naar de 2e lijn, 2006.
- 12 Paul Frissen (NSOB), Zorg door de Staat, Gevolgen van gemeentelijke keuzes in de JGZ, 2011.
- 13 Het gaat om het Rijksvaccinatieprogramma (met uitzondering van HPV), de hiepriek, oogpathologie, maldescensus testis, hartafwijkingen, spraak- en taal en perceptief gehoorverlies. Zie hoofdstuk 2 voor een nadere toelichting en verantwoording op deze selectie.
- 14 Waar gangbare niet-medische termen gebruikt worden, die medisch niet eenduidig zijn, wordt steeds ook de medische term vermeld.
- 15 Nationaal Kompas Volksgezondheid, Wat is het bereik van de jeugdgezondheidszorg en wat zijn de effecten? 2009.
- 16 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland, verslagjaar 2010.
- 17 Waar wij in dit rapport ouders schrijven, bedoelen we tevens verzorgers niet-ouders.
- 18 Nationaal Kompas, Jeugdgezondheidszorg: Hoe wordt de jeugdgezondheidszorg gefinancierd en wat zijn de kosten? Verwijzend naar: Verloove-Vanhorick en Reijneveld, Jeugdgezondheidszorg: meer preventie voor weinig geld. TSG, 2007; 85(7)371-3.
- 19 NZa, Tarieflijst AWBZ-zorgaanbieders 2011.
- 20 TNO, Evaluatie van de neonatale hieprikscreening bij kinderen geboren in 2009, februari 2011.
- 21 Nationaal Kompas, Neonataal: Wat zijn de kosten?
- 22 Rijksbegroting 2011 voor het ministerie van VWS, artikel 41.2.
- 23 NZa, Beleidsregel kosten vaccins 2011.
- 24 Tweede Kamer 31 001, nr. 41, bijlage 1.
- 25 Met ingang van 1 januari 2012 is de BDU CJG vervallen en worden de middelen conform de gemaakte afspraken aan het gemeentefonds toegevoegd. Door middel van een decentralisatie-uitkering centra voor jeugd en gezin (DU CJG) wordt vanaf 2012 € 368 miljoen via het gemeentefonds aan gemeenten ter beschikking gesteld. Zie Tweede Kamer 33 000 B, nr. 2.
- 26 Tweede Kamer 33 000 B, nr. 7.
- 27 Ministerie van VWS, Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar, 2002.
- 28 In de analyse zijn meegenomen de vaccinaties tegen difterie, kinkhoest, tetanus, polio, bof, mazelen, rode hond, hib-ziekten, hepatitis B, meningokokken C en pneumokokken. De vaccinatie tegen HPV bij meisjes van twaalf jaar is niet geanalyseerd.

- 29 Gezondheidsraad, Algemene vaccinatie tegen hepatitis B herbeoordeeld, 2009.
- 30 Algemene vaccinatie bij kinderen tegen hepatitis B is in medio 2011 ingevoerd. Voor die tijd werden alleen risicogroepen gevaccineerd. In Nederland is momenteel geen sprake van één van beide genoemde situaties. Nederland tendeert de komende jaren (naarmate een groter deel van de bevolking de algemene vaccinatie heeft gekregen) richting de situatie met vaccinatie, zoals hierboven beschreven.
- 31 Verloove-Vanhorick en Reijneveld, Jeugdgezondheidszorg: meer preventie voor weinig geld. TSG, 2007; 85(7)371-3.
- 32 Tweede Kamer 31 839, nr. 142, bijlage 4. Advies, Positionering van de JGZ in het nieuwe stelsel van de zorg voor jeugd.
- 33 Onder zorgrekeningen wordt verstaan: effecten op kosten gedekt op grond van de Zorgverzekeringswet, Awbz en kosten in het kader van speciaal onderwijs. De laatste valt in deze analyse in de categorie 'Rijk' ter aanduiding van het effect op de Rijksbegroting.
- 34 Het gaat dan om screenings op oogpathologie, maldescensus testis, hartafwijkingen, spraak- en taal en perceptief gehoorverlies.
- 35 Uit het voorgaande blijkt (bovendien) dat dit, van alle onderzochte preventies, de preventies met de kleinste bijdrage zijn.
- 36 RIVM, Effecten van preventie, Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter, 2010.
- 37 Sociaal en Cultureel Planbureau, Jeugdzorg in groeifase, Ontwikkelingen in gebruik en kosten van de jeugdzorg, oktober 2011.
- 38 NEI/RUG/TNO, Fundamenteel Voorwaarts, Onderzoeksprogramma Economische Effecten Infrastructuur (OEEI), 2000.
- 39 Zie ook Ned Tijdschr Geneeskd 2011;155:A3817 met betrekking tot de interpretatie van kosteneffectiviteitsanalyses en de gevoeligheid voor aannamen en keuzes.
- 40 Uiteraard er van uitgaande dat de effecten op zich positief zijn.
- 41 NZa, Tarieflijst AWBZ-zorgaanbieders 2011.
- 42 NZa, Beleidsregel kosten vaccins 2011.
- 43 Bureau HHM, Definitief rapport Kostprijsbepaling Rijksvaccinatieprogramma, Enschede 2011.
- 44 Van Agt, Language disorders in children, maart 2011.
- 45 WHO, Global burden of disease 2004 update: disability weights for diseases and conditions, 2004.
- 46 PGGM HR Advies, Onderzoek ontwikkeling salariskosten als gevolg van overgang jgz naar ggd, 2009.
- 47 In 2009 zijn 154 kinderen in de consultatiebureaus en 52 kinderen in de neonatale intensive care units (NICU) gevonden met tweezijdig gehoorverlies van meer dan 40 dB. TNO, Monitoring van de neonatale gehoorscreening door de jeugdgezondheidszorg in 2009, december 2010 en TNO/ Isala klinieken, Jaarverslag neonatale gehoorscreening in de Neonatale Intensive Care Units 2009.
- 48 Tweede Kamer 31 497, nr. 32.
- 49 CBS, Gemiddeld inkomen; personen in particuliere huishoudens naar kenmerken, 2010.
- 50 Invoering Centra Jeugd en Gezin, VNG, Tussen institutioneel aanbod en organische vraag, 2011.
- 51 Het navolgende is vrij overgenomen uit het aangehaalde rapport.



Postbus 7360  
2701 AJ Zoetermeer  
Baron de Coubertinlaan 1  
2719 EN Zoetermeer

Tel 079-368 1000  
[info@vka.nl](mailto:info@vka.nl)  
[www.vka.nl](http://www.vka.nl)

**VERDONCK**  
**KLOOSTER &**  
**ASSOCIATES**