Winst van de zorg

Opbrengsten en kosten van de Nederlandse gezondheidszorg

April 2015

Samenvatting

De zorg wordt meestal als (stijgende) kostenpost gezien. Tegenover deze kosten staan maatschappelijke en economische baten. Wij denken dat het goed is dat de baten en kosten in de zorg meer met elkaar **in verband** worden gebracht. Dat doen we hier voor de collectief gefinancierde zorg in Nederland.

Baten van de zorg

- Door de zorg leven we gemiddeld **zes jaar langer** dan in 1950 en bovendien twee jaar extra in goede gezondheid. Dat zijn de belangrijkste baten: voor mensen zelf.
- De zorg kan ook goed zijn voor de economie of de samenleving. De zorg heeft in dat opzicht een **economisch dividend**.
- Doordat mensen langer leven en in goede gezondheid, kunnen zij **langer (en meer uren) werken**. Ook zijn zij productiever en worden zij minder vaak ziek.
- De zorg kent ook baten die **lastiger meetbaar** zijn. Dan gaat het om zaken als kwaliteit van leven, schoolprestaties of veiligheid op straat.
- Het **stelsel van zorg** heeft ook baten. Doordat zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar is, is zorg – indien nodig – altijd beschikbaar.
- Het Nederlandse zorgstelsel staat **internationaal hoog aangeschreven**. Ook blinkt Nederland uit met zijn infrastructuur voor hoogwaardige kennis.
- De topsector **life sciences and health** exporteert jaarlijks 6½ miljard euro aan goederen en diensten en heeft veel potentie om te groeien.
- Ook breder dan deze topsector biedt de Nederlandse zorg **economische kansen** om innovatieve producten, diensten en concepten te vermarkten in het buitenland.
- In **eigen land** zijn er ook kansen. Zo kunnen ouderen langer zelfstandig thuis wonen met gerichte woningaanpassingen, e-health en domotica. Dat is een groeimarkt.
- Dat betekent dat - naast de bestaande baten van de zorg (vooral gezondheidswinst) - er nog veel grotere **economische baten** mogelijk zijn.

Kosten van de zorg

- De **collectief gefinancierde uitgaven** aan de zorg zijn in 2015 ruim 71 miljard euro. Per volwassen Nederlander gaat het om bijna 5100 euro per jaar.
- Voor werkgevers is **de inkomensafhankelijke bijdrage** ZVW een pijnpunt. Deze loopt op tot 3600 euro per werknemer en drukt de arbeidsdeelname.

Rendement van de zorg

- Het maatschappelijk **rendement** van de zorg is lastig te berekenen (en vergt veel veronderstellingen).
- Uit eerdere schattingen bleek dat de baten van de collectief gefinancierde zorg groter zijn dan de kosten (en dat het **rendement van de zorg** dus positief is).

1. Inleiding

De zorg is een sector van grote economische betekenis voor Nederland. In de zorg werken 1,4 miljoen mensen. De zorgsector is daarmee een belangrijke werkgever. Ook draagt de zorg bij aan onze hoogwaardige export. Ons huidige stelsel van zorg functioneert grosso modo goed en staat internationaal gezien hoog aangeschreven. Volgens de Euro Health Consumer Index heeft Nederland zelfs de beste gezondheidszorg van Europa.[1] Wij willen de zorg niet alleen als een kostenpost zien, maar ook als een sector met een grote maatschappelijke en economische bijdrage. Tegelijkertijd betalen werkgevers in Nederland een belangrijk deel van de kosten van onze gezondheidszorg.

Daarom is het belangrijk dat de kosten en de baten van de zorg in samenhang met elkaar worden beoordeeld. Dat kan op verschillende manieren. We kunnen dat doen voor onze samenleving of de economie als geheel (macro) of voor mensen individueel (micro). We kunnen dat ook doen voor de huidige situatie (statisch). Daarentegen kunnen we ook kijken hoe we de baten verder kunnen vergroten (dynamisch). De Nederlandse zorgsector is in toenemende mate ook gericht op export. De “life sciences and health”-sector is één van de topsectoren van de Nederlandse economie. We kunnen dus ook kijken hoe we – met ons uitstekende stelsel van zorg – nog meer kansen voor export pakken. Ook dat zijn economische baten van de zorg.



We beschrijven eerst de maatschappelijke en economische baten van de zorg (paragraaf 2 en 3). Dan beschrijven we de kosten van de zorg (paragraaf 4). Dat doen we vanuit verschillende perspectieven: voor de samenleving, voor individuen en voor werkgevers (die ook een belangrijk deel van de kosten dragen). Ten slotte kijken we naar de ontwikkeling van het rendement van de zorg (paragraaf 5).

We beschrijven de bevindingen vanuit een economisch perspectief. Dat doen we voor de zorg als geheel, zonder in te zoomen op alle onderdelen van onze zorg. Hierbij maken we

[1] Health Consumer Powerhouse, 2015, *Europe Health Consumer Index 2014 Report*.

royaal gebruik van een eerdere VWS-publicatie en twee boeken van gezondheidseconoom Marc Pomp.[2]

Er zijn vele definities van zorg. Hier richten we ons op de collectief gefinancierde zorg, die ook het leeuwendeel uitmaakt van de Nederlandse zorg.

2. Baten van de zorg: gezondheidseconomische insteek

Vraag in een willekeurige enquête of mensen bereid zijn om voor de zorg te betalen (of meer te betalen), en het antwoord is ondubbelzinnig “ja”. Onbewust weten we dat we veel terug-krijgen voor de zorg. Als we dat expliciet maken, dan ziet dat er als volgt uit:[3]

We leven langer en gezonder

- We leven acht jaar langer dan in 1950. Zes jaar daarvan zijn dankzij de gezondheidszorg.
- Dankzij de zorg leven we acht jaar langer *in goede gezondheid* dan in 1950.
- Zieken en ouderen kunnen mee blijven doen in de samenleving. Dat vergroot hun welbevinden en kwaliteit van leven.
- Indien nodig is er zorg beschikbaar, 24 uur per dag. Voor onszelf of voor onze naasten. Dat geeft een zeker gevoel.

De zorg kan ook goed zijn voor onze economie

- Doordat mensen langer en gezonder leven, kunnen meer mensen werken (en kunnen we langer en meer uren werken).
- Werknemers verzuimen minder door ziekte en gaan later met pensioen. Dat is goed voor de economie.
- Wie gezond en fit is, presteert beter en kan meer werk verzetten. We zijn productiever, zowel op school als op het werk.

Bron: Ministerie van VWS, 2012, *De zorg. Hoeveel is het ons waard?*, p. 30 en Marc Pomp, 2010, *Een beter Nederland*, p. 193.

De Nederlandse zorg levert dus veel op. De meeste van deze baten komen bij mensen zelf terecht (je beter voelen en langer en in goede gezondheid leven). Dat zijn directe baten van de zorg.

De zorg kan ook goed zijn voor de economie of de samenleving. De zorg heeft in dat opzicht een economisch dividend. Dat is dan een gevolg van een betere gezondheid.[4]

Meer gezondheid betekent dat werknemers mensen minder vaak ziek zijn en dat hun productiviteit stijgt. Een voorbeeld is preventie en behandeling van depressies. Meer gezondheid kan zich ook vertalen in een hogere arbeidsdeelname. Als mensen langer leven (en in goede gezondheid) kunnen zij langer werken, mits de pensioenleeftijd meebeweegt met de hogere levensverwachting. Ook kan goede zorg (ouderenzorg, gehandicaptenzorg en invalidenzorg) de vraag naar mantelzorg verminderen. Omgekeerd kunnen mantelzorgers de behoefte aan collectief gefinancierde zorg verminderen.

[2] Ministerie van VWS, 2012, *De zorg: hoeveel extra is het ons waard*; Marc Pomp, 2010, *Een beter Nederland. De gouden eieren van de gezondheidszorg* en Marc Pomp, 2015, *Arbeidsbaten en uitgespaarde zorgkosten door innovatieve geneesmiddelen*.
[3] Ministerie van VWS, 2012, *De zorg. Hoeveel is het ons waard?,* p. 30.
[4] Marc Pomp, 2015, *Arbeidsbaten en uitgespaarde zorgkosten door innovatieve geneesmiddelen*.

Goede en tijdige zorg kan geld uitsparen in de vorm van lagere toekomstige zorgkosten, doordat de progressie van veel aandoeningen wordt geremd of de kans op complicaties vermindert. Een voorbeeld is dat bloeddruk- en cholesterolverlagers (die nu geld kosten) toekomstige beroertes kunnen voorkomen of uitstellen (en daarmee ook de levensverwachting verhogen of bijdragen aan de kwaliteit van leven). Gerichte aanpassingen van de woning (samen met domotica- en e-health-toepassingen) kunnen ertoe leiden tot mensen langer zelfstandig thuis wonen, zodat zij geen beroep hoeven te doen op intramurale ouderenzorg. Ook dat bespaart kosten van de zorg.

Er zijn zelfs aanwijzingen dat goede zorg kan leiden tot betere prestaties op school (zoals bij een behandeling van ADHD). Ook kan een goede geestelijke gezondheidszorg de veiligheid op straat vergroten of leiden tot minder criminaliteit. Ten slotte kan een goede toegankelijkheid van de zorg gunstig zijn voor het vestigingsklimaat van bedrijven.

Indirecte baten van de collectief gefinancierde zorg



3. Baten van de zorg: de zorg als economische sector

Uit de vorige paragraaf blijkt dat de baten van de gezondheidszorg vooral in de door onszelf ervaren gezondheidswinst zit (en de positieve effecten ervan op onze productiviteit). Dat is ook de insteek van veel gezondheidseconomen. Een andere manier om naar de zorg te kijken is de zorg als economische sector. Of, huiselijk geformuleerd, de zorg als product op binnenlandse en buitenlandse markten.

Het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg staat internationaal hoog aangeschreven. Volgens de Euro Health Consumer Index heeft Nederland zelfs de beste gezondheidszorg van Europa. Bovendien staat Nederland sinds het verschijnen van deze publicatie in 2005 consistent in de top-3.[5]

Nederland blinkt uit met zijn infrastructuur voor hoogwaardige kennis. Dat geldt in het bijzonder in de zorg, waar universitair medische centra, topklinische instellingen en andere onderzoeks- en kennisinstellingen veel en intensief samenwerken met het bedrijfsleven.

[5] Health Consumer Powerhouse, 2015, *Europe Health Consumer Index 2014 Report.*

Wat minder bekend is, is dat daarmee de Nederlandse zorg een hoogwaardig exportproduct is, met relatief veel hoogopgeleide medewerkers en veel aandacht voor innovatie. Voor een kleine, open economie als de Nederlandse geldt dat de vraag in principe oneindig is uit de hele wereld. De wereld is ons afzetgebied, met zoveel sectoren: de topsectoren natuurlijk, water, chemie, voedsel, high tech als wegbereiders, maar ook via e-commerce, onderwijs, bouw, en zeker ook gezondheidszorg.

Zorg is wereldwijd een groeimarkt. De behoefte aan goede zorg is wereldwijd enorm, en groeiende, met een wereldbevolking van straks 9 miljard mensen in 2050 (tegen nog 7 miljard nu). Hier liggen grote kansen voor de Nederlandse economie. Dat betekent niet alleen slimme dingen bedenken (daar zijn we al heel goed in), maar ook implementeren en verkopen. Dus niet alleen nadenken over de technische kant, maar ook: hoe creëer je draagvlak voor je oplossingen. Zorg is ten slotte – ook binnen Europa – per land verschillend georganiseerd en gefinancierd. Dat is een extra hobbel voor de verkoop. Eén interne markt (met uniforme regels), dat geldt hier nog niet.



Waar hebben we het dan nu over? In ieder geval over de huidige topsector life sciences and health (LSH). Deze kent de volgende kenmerken:[6]

- Deze sector bestaat uit deelgebieden van farmacie (vooral vervaardiging van farmaceutische producten en grondstoffen), medische instrumenten (bestralingsapparatuur en elektromedische en elektrotherapeutische apparatuur) en onderzoek (denk aan medische laboratoria, ziekenhuizen en biotechnologisch speur- en ontwikkelingswerk).
- De LSH-sector heeft veel kleinere bedrijven die de potentie hebben heel groot te worden (en daarnaast enkele grote bedrijven). In termen van productie en toegevoegde waarde behoort LSH tot de relatief kleine topsectoren. LSH vertegenwoordigt in 2012 ongeveer 1,75% van de totale Nederlandse productie en een kleine 1% van de toegevoegde waarde. De LSH exporteert jaarlijks voor 6,4 miljard euro aan goederen. De farmacie exporteert het meeste van de drie subsectoren.
- Opvallend is dat de LSH-sector relatief hoog scoort qua innovatie-uitgaven en hoogopgeleiden. De LSH besteedt 1,6 miljard aan innovatie in 2012. Dat is 12 procent van het totaal in Nederland. Maar liefst 60 procent van de bedrijven doet aan innovatie. Ook werkt meer dan de helft van de LSH bedrijven samen met andere bedrijven of instellingen op het gebied van innovatie: er is geen andere topsector waar zoveel partnerships worden aangegaan (privaat-privaat en publiek-privaat). Het aandeel kenniswerkers binnen de topsector is 61 procent in 2012. Dat is het hoogste van alle topsectoren.

Vermoedelijk zijn er meer economische kansen, ook als ook breder dan de LSH-topsector wordt gekeken. Enkele voorbeelden:

- Met e-health/digitale dienstverlening in de geestelijke en ouderenzorg is Nederland internationaal gezien koploper. Deze vorm van technologie (online behandelen, apps etc.) is interessant voor toepassing buiten de grenzen. Ook breder is in de zorg sprake van een sterke trend van digitalisering, ondersteund met slimme apps en software.
- Nederland kan functioneren als kraamkamer en springplank voor innovatieve zorgproducten, zoals endoscooptesters, wegwerp-bedpannen, 3D-implantaten of operatiemethoden die helpen om het aantal ligdagen te reduceren.

[6] Zie CBS, 2014, *Monitor topsectoren 2014. Uitkomsten 2010, 2011 en 2012*. De laatst beschikbare gegevens zijn over 2012.

- In de ouderenzorg ligt een groeimarkt in het verschiet (ook in Nederland zelf) van woningaanpassingen (drempels weg, trapliften, aanpassen sanitair), domotica, zorg op afstand en e-health toepassingen. Deze markt stelt ouderen in staat om langer comfortabel thuis te wonen.
- Nederland kent een aantal innovatieve zorgconcepten (zoals Buurtzorg en het in Nederland ontwikkelde Parkinson-netwerk), die al worden vermarkt in andere landen.

Dat zijn niet alleen economische kansen voor de Nederlandse zorg zelf. Gezondheidszorg is (ook binnen Europa) van verschillend niveau. Er zijn ook maatschappelijke baten te realiseren elders, door het toegankelijker maken van de zorg in gebieden waar sprake is van onderbehandeling.

Vraag is wat er nodig is om te zorgen dat de Nederlandse zorg, meer dan het geval is, een exportproduct wordt. Zodat we straks kunnen zeggen dat de zorg 70 miljard (of straks een groter bedrag) kost, maar dat de omzet van de zorgsector 100 miljard is omdat er ook 30 miljard aan zorg geëxporteerd wordt. Wat is nodig om een meer marktgericht stelsel te creëren dat meer ondernemerschap en economische groei uitlokt?

Zoals aangekondigd in de kabinetsbrief 'Werken aan groei' heeft het ministerie van VWS op 16 december 2014 een exporttop over de zorg georganiseerd. Ook op deze top bleek dat er veel economische kansen zijn voor de zorgsector, die breder zijn dan de LSH-sector. Daarbij is het zaak om goed te kijken wat de unique selling points van de Nederlandse zorg zijn. Ook kan – met een commerciële blik – gekeken worden naar de vraag wat het passende verdienmodel is. De LSH-topsector heeft hier al veel ervaring mee en kan als voorbeeld dienen.

4. De kosten van de zorg

Veel van de publicaties over de zorg gaan over de stijgende zorgkosten. We relateren de kosten vervolgens aan de baten.

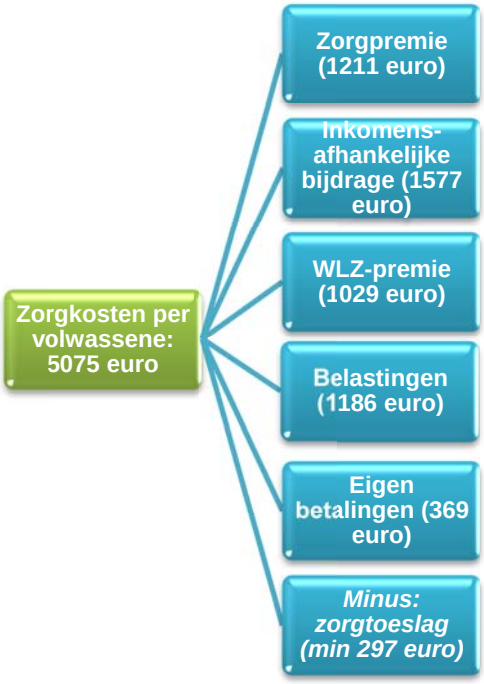
De kosten van de collectief gefinancierde zorg staan in de begroting 2015 van VWS. De uitgaven in het budgettair kader zorg zijn ruim 71 miljard euro. Onder het budgettair kader zorg valt de zorg gefinancierd uit publieke middelen.[7] Volgens de Zorgrekeningen van het CBS gaven we in 2013 94 miljard uit aan zorg. Dit hogere bedrag komt doordat het CBS een bredere definitie hanteert. Het CBS rekent ook mee: kinderopvang, internaten, asielzoekerscentra en uitvoeringskosten van beleids- en beheersorganisaties.

Kijken we internationaal, dan blijkt dat in 2012 Nederland van alle EU-lidstaten het meest uitgeeft aan zorg: 11,8%, gevolgd door Frankrijk en Duitsland (resp. 11,6% en 11,3% BBP).[8] Dat is overigens veel lager dan de uitgaven in de VS (16,9% BBP). In Nederland gaat, net als in Noorwegen en Denemarken, een relatief groter aandeel van de zorgkosten naar de ouderenzorg.[9] Voor de cure geldt dat Nederland iets onder het Europese gemiddelde valt qua zorgkosten. Ook valt op dat Nederland verhoudingsgewijs lage eigen bijdragen kent.[10] Het Nederlandse stelsel van cure en care kent een relatief grote mate van uniforme zorg met collectieve financiering.[11] Overigens gaan deze OECD-cijfers over 2012, waardoor de gevolgen van de decentralisaties vanaf 1 januari 2015 nog niet verwerkt zijn. Tegenover de genoemde kosten staan economische en maatschappelijke baten (zie paragraaf 2 en 3).

Volgens het ministerie van VWS bedragen de collectieve zorgkosten per volwassene 5075 euro per jaar (in 2015), zoals blijkt uit onderstaande figuur.[12] Het meest zichtbare voor

[7] De begroting van VWS zelf (14½ miljard in 2015) maakt geen deel uit van het budgettair kader zorg.
[8] OECD, 2014, *Health at at glance Europe*, p. 122.
[9] Volgens het OECD-rapport *Health at a glance* heeft Nederland zelfs de laagste eigen bijdrage van de ontwikkelde landen. Het verplichte eigen risico van de ZVW heeft de OECD echter niet meegerekend. Ook gaat het om eigen bijdrage voor de cure.
[10] Idem.
[11] CPB, 2013, *Toekomst van de zorg*, p. 18-19.
[12] Ministerie van VWS, *Begroting 2015*, kamerstukken 34000 XVI nr .1

burgers zelf is de premie voor het basispakket voor de zorgverzekeringswet. Die wordt meestal maandelijks van de bankrekening afgeschreven. Deze premie is echter goed voor minder dan een kwart van het totaal, zoals blijkt uit onderstaande figuur. De premie voor de Wet Langdurige Zorg is nieuw in 2015 en komt in plaats van de AWBZ-premie.



Voor werkgevers is vooral de inkomensafhankelijke bijdrage voor de ZVW een pijnpunt. Deze bedraagt in 2015 6,95% over de eerste 51.976 euro. Dat kan dus oplopen tot ruim 3600 euro per werknemer. De inkomensafhankelijke bijdrage voor de ZVW verhoogt de totale kosten van arbeid, waardoor het minder aantrekkelijker wordt nieuwe banen te creëren. Daarom noemden wij deze afwenteling van zorgkosten op werkgevers eerder de "automatische loonkostenversneller", die economische groei en banen afremt.

De stijging van de collectief gefinancierde zorguitgaven kunnen de collectieve lasten verder vergroten, met als gevolg dat het minder loont om veel en hard te werken. Ook kunnen stijgende zorguitgaven andere collectieve uitgaven verdringen. Dat zijn indirecte kosten van de zorg. Vraag in dit verband is hoe verder met de financiering van de ZVW, ook nu delen van de AWBZ per 1 januari 2015 naar de ZVW zijn overgeheveld.

5. Rendement van de zorg

De collectief gefinancierde zorg kost de gemiddelde Nederlander over zijn leven gezien ruim 300.000 euro.[13] Daar tegenover staan de baten die de gemiddelde Nederlander hiervoor terugkrijgt in termen van gezondheid en welzijn, samen met het economisch dividend van een betere gezondheid.

Economen berekenen vaak de verhouding tussen baten en kosten. Dat is het rendement. In dit geval het rendement van de collectief gefinancierde zorg.

We zien er hier vanaf om het rendement van de zorg te presenteren. De kosten van de zorg kennen we goed. De baten van de zorg zijn echter lastig te kwantificeren (zoals bleek uit paragraaf 2 en 3). Dat vraagt om (te) veel veronderstellingen en suggereert schijnexactheid.

[13] De collectief gefinancierde zorguitgaven per *volwassen* Nederlander zijn 5075 euro (zie paragraaf 4). Over de levensduur gezien zijn de kosten dan 5.075 * (80 -/- 18 jaar) = circa 315.000 euro.

Uit eerdere schattingen bleek dat de totale baten van de collectief gefinancierde zorg in Nederland groter zijn dan de kosten ervan.[14]

Belangrijke constatering is dat het rendement van de zorg voortdurend verandert. Het rendement van de zorg wordt door veel factoren beïnvloed:[15]

- Doorbraken met nieuwe technologie kunnen grote gezondheidsbaten opleveren. Meestal zijn de kosten van nieuwe technologie en geneesmiddelen eerst hoog. Na verloop van tijd kunnen deze dalen, door leereffecten en aflopen van octrooien. Dat betekent dat verwacht mag worden dat meestal het rendement van de zorg eerst daalt (hoge start-kosten), en vervolgens weer stijgt. Innovaties in de zorg kunnen er overigens ook op gericht zijn om de kosten te verminderen, bijv. door de keten als geheel efficiënter te maken. In dit geval kan het rendement direct verbeteren.
- De afbakening van het basispakket is van invloed op het maatschappelijk rendement. Het toelaten van hoogrenderende zorg kan het rendement verbeteren (en andersom). Vraag is hoe dat vervolgens in de praktijk uitpakt.
- De prijzen in de zorg hebben de neiging om harder te stijgen dan de prijzen in de rest van de economie. Dat komt doordat de zorg vooral mensenwerk is, dat zich minder makkelijk laat automatiseren (en met een lagere productiviteitsgroei tot gevolg). Vooral in de care speelt deze “wet van Baumol”. Dit drukt het rendement van de zorg.

Aan dit rijtje van factoren voegen we graag toe:

- Naarmate de Nederlandse zorgsector er meer in slaagt om ook een exportproduct te worden, wordt het economisch dividend van de zorg groter. Dat heeft een positief effect op het rendement van de zorg.
- Maatschappelijke trend is dat mensen in toenemende mate zichzelf verantwoordelijk voelen voor hun gezondheid, ook geholpen door technologie (zie zelftesten, smart phones en watches, via internet breed beschikbare medische informatie). Met andere woorden, technologie helpt mensen actief met hun eigen gezondheid aan de slag te gaan (en kan leiden tot koopgedrag ook buiten de collectieve verzekering om). Het is onduidelijk wat deze trend betekent voor het rendement van de collectief gefinancierde zorg.
- Innovatie in de zorg gaat niet altijd gepaard met hoogwaardige technologie (en dito investeringen of kosten). Er zijn ook “low tech”-oplossingen, zoals inzet van tele-monitoring bij hartfalen of e-health applicaties, die zich kenmerken door relatief lage kosten en verschuiving van (relatief dure) activiteiten van het ziekenhuis naar (goedkopere) zorgverleners bij de patiënt thuis. Dat kan positief uitpakken voor het rendement van de zorg.

Op voorhand is nog niet duidelijk of het rendement op onze zorg de komende jaren zal verbeteren of verslechteren. Opvallend is dat sinds de grote recessie de (collectieve) zorgkosten minder hard stijgen. Dat verschijnsel doet zich overigens in de meeste ontwikkelde landen voor.[16]

In dit overzicht zijn de economische baten en kosten van de collectief gefinancierde zorg op een rijtje gezet. Door de zorg leven we langer en in goede gezondheid. De zorg is ook goed voor de economie en de samenleving. Dat kunnen we het “economisch dividend” van de zorg noemen. Als we de zorg ook als economische sector zien (inclusief het vermarkten en exporteren van innovatieve oplossingen), dan zien we grote kansen om het economisch dividend te verhogen. Daar staat tegenover dat de collectieve zorgkosten sterker zullen blijven groeien dan de economische groei en daarmee een groter deel van ons besteedbaar inkomen omvatten.

[14] Zie Marc Pomp, 2010, *Een beter Nederland.*
[15] Zie Marc Pomp, 2010, *Een beter Nederland*, p. 196-197.
[16] Zie OECD, *Health at a glance*.