

De houdbaarheid van stijgende zorguitgaven

De zorguitgaven leggen een toenemend beslag op het nationale inkomen en de collectieve middelen. Dit hoeft geen probleem te zijn als de baten van extra zorg en van herverdeling opwegen tegen de daarvoor opgeofferde welvaart. Maar dan zijn wel substantiële doelmatigheidsverbeteringen en investeringen in preventie vereist.

De afgelopen tien jaar zijn de zorguitgaven jaarlijks reëel met vier procent gestegen, terwijl het nationale inkomen jaarlijks met twee procent toenam. Volgens de minister van Financiën zijn de stijgende zorguitgaven daarom op de langere termijn het grootste probleem voor de overheidsfinanciën. Een voortzetting van de huidige groei van de zorguitgaven is volgens de minister “mathematisch onhoudbaar” want “dan eet die ene categorie op een gegeven moment de hele economie op” (ANP, 2011). Te berekenen valt dat dit moment over ongeveer 110 jaar zal zijn aangebroken. Maar hoe erg is het dat de zorguitgaven harder stijgen dan het nationale inkomen? Is deze stijging inderdaad onhoudbaar, ook wanneer daar belangrijke baten tegenover staan? Alleen wanneer het probleem helder voor ogen staat, kan men zoeken naar een passende oplossing.

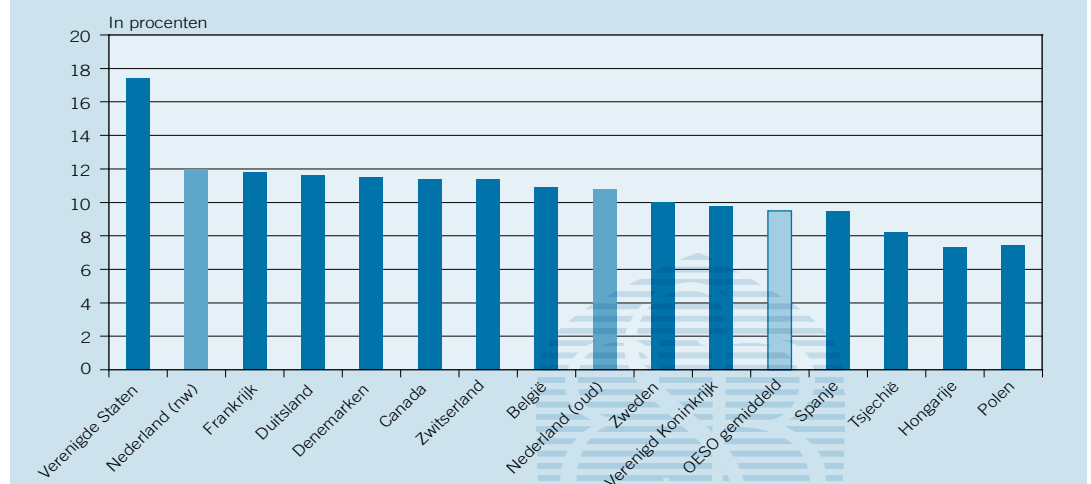
Toenemend beslag op nationaal inkomen
Het aandeel van het nationale inkomen dat besteed wordt aan zorg is tussen 1950 en 2010 gestegen

van drie tot circa elf procent, conform de oorspronkelijke OESO-definitie. En wanneer de zorguitgaven ten opzichte van het nationale inkomen net zo snel blijven groeien als in de afgelopen tien jaar, stijgt dit aandeel naar ruim achttien procent in 2040. Vergeleken met andere OESO-landen was Nederland in 2008 met een negende plaats een goede middenmotor. Door het opnemen van bepaalde kosten van langdurige zorg is Nederland in 2009 binnen de OESO echter in één keer gestegen naar een tweede plaats met een zorgquote van twaalf procent (figuur 1). Volgens de OESO is dit een gevolg van een bijstelling van de cijfers door Nederland zelf (Piersma, 2011). Hoewel het onduidelijk is welke definitie van gezondheidszorg het best overeenkomt met die in andere OESO-landen, is het wel duidelijk dat de Nederlandse zorguitgaven redelijk vergelijkbaar zijn met die in de ons omringende landen met sociale ziektekostenverzekeringen.

Een duidelijke uitbijter binnen de OESO is de Verenigde Staten, waar de zorg in 2010 al circa achttien procent van het bbp opsoupeert (Baicker en Skinner, 2011). De Verenigde Staten zitten dus nu al op een uitgavniveau waar Nederland bij een voortzetting van het huidige groeipad uitkomt in 2040. Maar hoewel de Amerikaanse economie in crisis verkeert, lijkt dit niet veroorzaakt door de relatief hoge zorguitgaven. Niettemin wordt door sommige economen wel gewaarschuwd dat de Verenigde Staten door de stijgende zorguitgaven op termijn afsteveneren

Figuur 1

Zorguitgaven als percentage BBP in 2009¹.



¹ In 2009 is de Nederlandse definitie van gezondheidszorg aanzienlijk gewijzigd. De zorgquote op basis van de oude definitie is berekend op basis van de ontwikkeling van de zorguitgaven en het bbp ten opzichte van 2008.

Bron: OECD Health Data, 2011

ERIK SCHUT

Hoogleraar aan de Erasmus
Universiteit Rotterdam

SINDE 1916

op een “fiscaal Armageddon” (Chernew, 2010). Daarentegen tonen Hall en Jones (2007) op basis van een aantal veronderstellingen modelmatig aan dat het optimale aandeel van de zorguitgaven in het nationale inkomen in de Verenigde Staten rond 2050 waarschijnlijk ruim dertig procent zal bedragen. De voornaamste reden voor het stijgende optimale aandeel is dat zorguitgaven te beschouwen zijn als een luxe goed met een inkomenselasticiteit groter dan één. Naarmate mensen rijker worden en meer consumeren, neemt het marginale nut van consumptie sterk af, terwijl dat in veel mindere mate geldt voor het marginale nut van levensverlenging (Jones, 2011). Wanneer het bbp stijgt, verschuiven de maatschappelijke voorkeuren dus van extra consumptie naar extra zorg, en stijgt het optimale aandeel van het nationale inkomen dat besteed wordt aan zorg. Dat de inkomenselasticiteit van zorg op nationaal niveau in de OESO-landen groter is dan één, wordt bevestigd door tal van empirische studies (Gerdtham en Jönsson, 2000). Op regionaal en individueel niveau is de inkomenselasticiteit daarentegen meestal veel kleiner dan één (Getzen, 2000; Costa-Font *et al.*, 2011). Dit wordt echter veroorzaakt door de aanwezigheid van uniforme nationale zorgverzekeringen waardoor het individuele of regionale inkomensniveau vaak maar in beperkte mate een bindende restrictie vormt voor het gebruik van zorg (Getzen, 2000; Jones, 2011). De relevante inkomenselasticiteit heeft daarom betrekking op nationaal niveau. Hoewel het aandeel van de zorguitgaven in het bbp sterk is toegenomen en naar verwachting zal blijven stijgen, hoeft dit als zodanig dus geen probleem te vormen. Zolang de stijging maar een weerspiegeling vormt van de maatschappelijke voorkeuren. Naarmate zorg minder bijdraagt aan de levensduur en de kwaliteit van leven, zal het marginale nut van zorgconsumptie sterker dalen en zal het optimale aandeel van zorguitgaven in het bbp lager uitvallen.

Toenemend beslag op collectieve middelen

Niet alleen het aandeel van het nationale inkomen dat aan zorg wordt besteed is echter van belang voor de houdbaarheid van de zorguitgaven, maar ook of de zorg collectief dan wel individueel wordt betaald. Trendmatig stijgen de collectief gefinancierde zorguitgaven in Nederland al decennialang sterker dan het bbp. Hierdoor is het aandeel van de zorguitgaven in de totale collectieve uitgaven sinds 1980 ruimschoots verdubbeld, van acht tot negentien procent. Dit aandeel groeit in de komende kabinetsperiode naar raming van het Centraal Planbureau (CPB) verder tot 21 procent (tabel 1). Geleidelijk verdringen de collectieve zorguitgaven dus andere collectieve bestedingen, zoals uitgaven aan onderwijs, cultuur en defensie. Bovendien heeft collectieve financiering van zorguitgaven een

Wanneer het bbp stijgt, verschuiven de maatschappelijke voorkeuren dus van extra consumptie naar extra zorg

forse maatschappelijke prijs. Doordat collectieve financiering middels de verplichte premies een belasting op arbeid impliceert, wordt werken minder aantrekkelijk. Het verlies aan economische activiteit als gevolg van één euro extra collectieve financiering wordt in de meeste studies geraamd op circa dertig eurocent (Jacobs en De Mooij, 2009; Baicker en Skinner, 2011).

Met behulp van een levenscyclusmodel maken Baicker en Skinner (2011) de afruil tussen herverdeling en economische groei inzichtelijk. In een modelsimulatie waarin de verwachte stijging van de zorguitgaven in de Verenigde Staten wordt gefinancierd door een toename van de inkomstenbelasting met acht procent van het bbp onder gelijkhouding van de relatieve belastingaandelen van de verschillende inkomensgroepen, stijgt het hoogste marginale belastingtarief van 42 procent naar 70 procent in 2060 en komt het bbp elf procent lager uit dan zonder belastingverhoging. Volgens Jacobs en De Mooij (2009) hoeft het opofferen van welvaart voor herverdeling op zich niet problematisch te zijn als dit de uitkomst is van een goed functionerend democratisch proces. Baicker en Skinner (2011) verwachten dat de maatschappelijke bereidheid om economische groei op te offeren voor solidariteit, in elke samenleving zijn grenzen kent en dat de toenemende politieke en economische kosten van herverdeling uiteindelijk zullen fungeren als een rem op de groei van de zorguitgaven. Zij vinden bovendien empirische steun voor deze hypothese. Binnen de OESO blijkt de groei van de zorguitgaven in de periode 1980–2008 namelijk significant minder groot in landen waarin in 1979 een groter aandeel van de zorguitgaven collectief werd gefinancierd. De sterke groei van de zorguitgaven in de Verenigde Staten lijkt daarentegen mede mogelijk gemaakt door de van oudsher relatief geringe mate van solidariteit in de financiering daarvan. Doordat de lagere inkomensgroepen niet of slechts beperkt verzekerd waren, hadden de hogere inkomensgroepen meer ruimte voor de financiering van genereuze zorgverzekeringen. In Nederland lijkt de waarde die wordt gehecht aan een brede, voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg vooralsnog zeer groot. Het aandeel van eigen bijdragen in de totale zorguitgaven is met 6,3 procent in 2008 het laagst van alle OESO-landen (OESO, 2010). Ook het huidige kabinet zal het verplichte eigen risico in 2012 slechts beperkt verhogen, van 170 euro tot 210 euro. Wanneer het aandeel van de zorguitgaven in het bbp verder groeit, zal het beroep op solidariteit echter fors toenemen. Uitgaande van een jaarlijkse groei van inkomens met 1,75 procent en van de zorguitgaven met vier procent zal het gemiddelde aandeel van de zorguitgaven op het inkomen van een gezin met twee kostwinners met een minimumloon en twee kinderen toenemen van 42 procent in 2009 tot 83 procent in 2040 (Besseling, 2011). Om dergelijke zorguitgaven voor iedereen betaalbaar te houden, zullen de inkomensoverdrachten dus aanzienlijk moeten stijgen.

Verschuiving naar particuliere uitgaven

Het toenemende beroep op solidariteit vraagt om een tweesparenbeleid. Enerzijds het onderhouden en vergroten van het draagvlak voor solidariteit en anderzijds het beperken van de groei van collectieve zorguitgaven. Een beper-

Tabel 1

Zorguitgaven en totale collectieve uitgaven in procenten bbp.

Jaar	1960	1980	2000	2010	2015
Collectieve uitgaven	33	58	45	51	49
waarvan:					
Openbaar bestuur	8	12	10	11	10
Onderwijs	4	7	5	6	5
Sociale zekerheid	7	19	11	13	12
Collectieve zorg	1	5	6	10	10
Aandeel zorg (in procenten)	3	8	13	19	21

Bron: Schut en De Kam, 2010

king van de groei van de collectieve zorguitgaven vereist een bredere aanpak dan alleen een verschuiving van collectieve naar individuele lasten. Wat in de zorg wordt gerekend tot collectieve lasten is namelijk deels een semantische discussie. Zo werden de voormalige particuliere ziektekostenverzekeringen vanwege hun vrijwillige karakter niet tot de collectieve lasten gerekend, maar vielen de meeste uitgaven die door de particuliere verzekeringen werden gedekt destijds wel onder het BKZ. De opheffing van de particuliere verzekering in 2006 heeft bovendien niet tot merkbare verstoringen op de arbeidsmarkt geleid. Een belangrijke reden hiervoor is dat de uitgaven voor een particuliere ziektekostenverzekering vaak voor minstens vijftig procent werden gecompenseerd door werkgeverssubsidies (Schut, 2000). Een verschuiving van collectieve naar particuliere lasten zal weinig effect sorteren op de economische groei wanneer de stijgende particuliere zorguitgaven grotendeels worden verdisconteerd in de arbeidsvoorwaarden.

Kosten versus baten

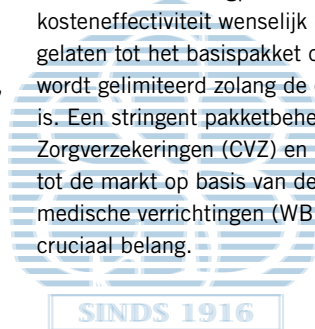
De bereidheid om welvaartsgroei voor zorg op te offeren, hangt ook af van de vraag of de baten daarvan opwegen tegen de kosten. De afgelopen jaren zijn verschillende studies verricht naar de baten van zorg in de vorm van een langer leven, een betere kwaliteit van leven, extra arbeidsdeelname en een hogere productiviteit. Op basis van deze studies en onder de veronderstelling dat een extra gezond levensjaar 50.000 euro waard is, komt Pomp (2010) tot de slotsom dat in Nederland de totale baten van zorg sinds 1950 de totale kosten ruim overtreffen. Met enige voorzichtigheid raamt hij het zorgrendement op circa dertig procent: gemiddeld heeft 1 euro aan zorg de samenleving sinds 1950 dus 1,30 euro aan baten opgeleverd in termen van monetair gewaardeerde gezondheidswinst. Nu geldt ook voor de zorg dat rendementen uit het verleden geen garantie zijn voor de toekomst. Maar belangrijker nog is dat een hoog gemiddeld rendement van alle zorguitgaven niet betekent dat ook elke investering rendeert. Opvallend is dat ruim de helft van de gemiddeld circa zes extra levensjaren die op het conto van de zorg worden geschreven, een gevolg zijn van verbeteringen in de zorg bij hart- en vaatziekten (2,0 jaar) en infectieziekten (1,4 jaar), terwijl de investeringen in deze zorg relatief beperkt waren. Zo worden de gemiddelde kosten per voor kwaliteit gecorrigeerd levensjaar, ofwel QALY, als gevolg van bestrijding van hart- en vaatziekten geraamd op 2000 euro en voor infectieziekten op 3800 euro (Meerding *et al.*, 2007). Een belangrijk deel van de gezondheidswinst bij hart- en vaatziekten is bovendien een gevolg van zeer goedkope geneesmiddelen, zoals aspirine, bètablokkers en bloedverdunders (Ford *et al.*, 2007). Het gemiddeld rendement van verschillende vormen van zorg loopt dus sterk uiteen. De impliciete veronderstelling op grond waarvan Hall en Jones (2007) concluderen dat het optimale aandeel van de zorguitgaven in het Amerikaanse bbp in 2050 uitkomt op ruim dertig procent, is dat alle zorguitgaven hetzelfde rendement hebben. Dat dit weinig aannemelijk is, blijkt alleen al uit het feit dat de ontwikkeling van het sterftecijfer in de Verenigde Staten, zelfs na correctie voor het grotere percentage rokers en mensen met overgewicht, ongunstiger is dan in twaalf qua welvaart vergelijkbare landen, ondanks dat de Verenigde Staten circa acht procent van het bbp meer besteden aan zorg (Muennig en Glied, 2010). De onderzoekers stellen zelfs dat de hogere zorguitgaven in de Verenigde Staten waarschijnlijk hebben bijgedragen aan de ongunstige uitkomsten omdat daardoor de zorg voor de laagste inkomensgroepen steeds minder betaalbaar is geworden, schadelijke overbehandelingen zijn toegenomen en uitgaven die mogelijk een groter effect op de volksgezondheid hebben, zoals voor scholing, openbare veiligheid en preventie, zijn verdrongen. Chandra en Skinner (2011) laten op basis van een groot aantal studies zien dat de productiviteit van zorg sterk samenhangt met de aard van de medische technologie. Zij maken een onderscheid tussen drie typen medische technologieën. Ten eerste vormen van technologie die uiterst effectief zijn voor een specifieke groep patiënten maar schadelijk voor anderen, zoals antiretrovirale therapie

**gemiddeld heeft
1 euro aan zorg de
samenleving sinds 1950
dus 1,30 euro aan baten
opgeleverd in termen van
monetair gewaardeerde
gezondheidswinst**

bij HIV-patiënten. Omdat de groep gebruikers goed is af te bakenen, is de kans op een onnodig gebruik laag en het gemiddelde rendement hoog. De tweede categorie betreft technologie die zeer effectief is voor een aantal patiënten, maar waarvan het effect bij veel andere patiënten gering is. Voorbeelden zijn dotteren met stentplaatsing bij hartproblemen, antidepressiva, keizersneden en amandelen knippen. Ondanks het hoge rendement voor bepaalde groepen patiënten kan door de te ruime toepassing het gemiddelde rendement laag uitvallen. In de derde categorie vallen medische technologieën waarvan de effectiviteit voor alle patiënten onbewezen, gering of zelfs contraproductief is, terwijl de kosten vaak hoog zijn, zoals agressieve behandeling van vergevorderde longkanker. De hoge zorguitgaven in de Verenigde Staten worden volgens Chandra en Skinner (2011) voor een belangrijk deel verklaard door een veel te ruime toepassing van medische technologieën van de tweede en derde categorie. De verspreiding van dergelijke technologieën varieert niet alleen sterk tussen landen maar ook daarbinnen. Uit een groot aantal onderzoeken dat de afgelopen decennia in diverse landen is uitgevoerd blijkt dat er binnen landen sprake is van een enorme regionale praktijkvariatie, zonder dat het duidelijk is dat een grotere zorgintensiteit gepaard gaat met een betere uitkomst. Ook in Nederland is bij verschillende aandoeningen een grote onverklaarbare variatie in indicatiestelling en behandeling geconstateerd (Van Beek *et al.*, 2010; Westert *et al.*, 2010).

Meer doelmatigheid

Het beschikbare onderzoek wijst dus uit dat er in de zorg ruimte is voor forse doelmatigheidswinst. Maar het is veel minder duidelijk wat precies de aard en omvang van de potentiële rendementsverbetering is. Meer inzicht in de effectiviteit van diagnostiek en behandelingen en in de feitelijke spreiding daarvan is daarom van essentieel belang (Helmerhorst en Westendorp, 2011; Olde Rikkert en Westert, 2011). Een belangrijke vraag is hoe een verbetering van de doelmatigheid ook daadwerkelijk kan worden bereikt. Voor medische technologieën van de derde categorie is het vanuit het oogpunt van medische noodzaak en kosteneffectiviteit wenselijk dat zij niet worden toegelaten tot het basispakket of dat de toelating streng wordt gelimiteerd zolang de effectiviteit onduidelijk is. Een stringent pakketbeheer door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en een beperkte toelating tot de markt op basis van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV) zijn hierbij van cruciaal belang.



Voor medische technologieën van de tweede categorie biedt stringente toelating echter beperkt soelaas vanwege de heterogeniteit van de baten. Een selectieve toelating voor een beperkt aantal specifieke diagnoses, zoals bij bepaalde geneesmiddelen, is voor veel behandelingen zeer gecompliceerd. De opgave bij deze vormen van zorg is daarom vooral om gepast gebruik te bevorderen en verspilling tegen te gaan. De meest effectieve manier om dit te bereiken is door multidisciplinaire groepen zorgaanbieders financieel belang te geven bij doelmatige integrale zorg en tegelijkertijd patiënten te informeren en te belonen voor een keuze voor doelmatige zorggroepen met een terughoudende praktijkstijl (Enthoven en Tollen, 2005; Chandra en Skinner, 2011). Belangrijke voorwaarden hiervoor zijn een verbetering van informatie over kwaliteit van zorg en de ontwikkeling van zorgstandaarden en praktijkrichtlijnen voor gepast gebruik (Rutten en Brouwer, 2010). Zorgverzekeraars kunnen bij de opzet van geïntegreerde zorgorganisaties een belangrijke initierende en voorwaardenscheppende rol vervullen.

Meer preventie

Ten slotte verdient preventie veel meer aandacht omdat voorkomen vaak beter is dan genezen. Zo blijkt uit onderzoek in de Verenigde Staten dat ruim zestig procent van de reductie in mortaliteit als gevolg van hartfalen kan worden toegeschreven aan een reductie van risicofactoren als roken, hoge bloeddruk, een hoog cholesterolniveau en gebrek aan beweging, maar dat ruim zeventien procent hiervan weer wordt ingeleverd door een toename van overgewicht en diabetes (Ford *et al.*, 2007). Het aandeel in de sterftevermindering van curatieve ingrepen als dotteren en bypass-operaties bedraagt daarentegen slechts elf procent. Preventie van leefstijlgerelateerde aandoeningen is bovendien ook van groot belang voor het handhaven van het draagvlak voor solidariteit omdat burgers veel minder bereid lijken te zijn om solidariteit op te brengen als ziekte een gevolg is van ongezond gedrag (Van den Berg *et al.*, 2010).

Conclusie

De maatschappelijke bereidheid om blijvend extra welvaart te investeren in zorg en op te offeren voor solidariteit, zal sterk afhangen van de mate waarin het gebruik van ondoelmatige zorg kan worden teruggedrongen en onnodige leefstijlgerelateerde zorgconsumptie kan worden voorkomen. Met substantiële verbeteringen op deze terreinen hoeft een stijging van de zorguitgaven niet onhoudbaar te zijn.



LITERATUUR

- ANP (2011) *Duurdere zorg grootste financieel probleem*. Persbericht, 12 mei.
- Baicker, K. en J.S. Skinner (2011) Health care spending growth and the future of U.S. tax rates. *NBER Working paper*, 16772.
- Beek, E. van, K. Lemmens, G. van Schooten en E.-J. Vlieger (2010) *Reduceren van praktijkvariatie: budgettaire effecten van scherpere indicatiestelling*. Breukelen: Plexus.
- Berg, B. van den, en S. van der Star (2010) Moreel risico en solidariteit in de zorg. *ESB*, 95(4594), 598–600.
- Besseling, P. (2011) *Zorguitgaven en overheidsfinanciën: wat staat ons te wachten?* VGE Masterclass op www.gezondheidseconomie.org.
- Chandra, A. en J.S. Skinner (2011) Technology growth and expenditure growth in health care. *NBER Working paper*, 16953.
- Chernew, M. (2010) Health care spending growth: can we avoid fiscal Armageddon? *Inquiry*, 47(4), 285–295.
- Costa-Font, J., M. Gemmill en G. Rubert (2011) Biases in the healthcare luxury good hypothesis?: a meta-regression analysis. *Journal of the Royal Statistical Society*, 174(1), 95–107.
- Enthoven, A.C. en L.A. Tollen (2005) Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency. *Health Affairs*, w5, 420–433.
- Ford, E.S., U.A. Ajani, J.B. Croft (2007) Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980–2000. *New England Journal of Medicine*, 356(23), 2388–2398.
- Gerdtham, U.-G. en B. Jönsson (2000) International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis. In: Culyer, A.J. en J.P. Newhouse (red.) *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier, 11–53.
- Getzen, T.E. (2000) Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures. *Journal of Health Economics*, 19(2), 259–270.
- Hall, R.E. en C.I. Jones (2007) The value of life and the rise in health spending. *Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 39–72.
- Helmerhorst, F. en R. Westendorp (2011) Dokter bewijst meestal niet waarom. *NRC Handelsblad*, 25 mei, 9.
- Jacobs, B. en R. de Mooij (2009) De marginale kosten van publieke fondsen zijn gelijk aan één. *ESB*, 94(4567), 532–535.
- Jones, C.I. (2011) Life and growth. *NBER Working paper*, 17094.
- Meerding, W.J., J.J. Polder, A.E.M. de Hollander en J.P. Mackenbach (2007) *Hoe gezond zijn de zorguitgaven? De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers en hart- en vaatziekten*. Bilthoven: RIVM.
- Muennig, P.A. en S.A. Glied (2010) What changes in survival rates tell us about US health care. *Health Affairs*, 29(11), 2105–2113.
- OESO (2010) *Health at a glance: Europe 2010*. Parijs: OESO.
- Olde Rikkert, M. en G. Westert (2011) Laat oudere zelf regie houden bij behandeling. *NRC Handelsblad*, 31 mei, 9.
- Piersma, J. (2011) Nederlandse zorg peperduur. *Het Financieel Dagblad*, 30 juni.
- Pomp, M. (2010) *Een beter Nederland. De gouden eieren van de gezondheidszorg*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.
- Rutten, F.F.H. en W.B.F. Brouwer (2010) Behoedzaam bezuinigen in de zorg. *ESB*, 95(4586), 343–344.
- Schut, F.T. (2000) *Collectieve ziektekostenverzekeringen voor werknemers*. Amsterdam: Stichting FNV Pers.
- Schut, F.T. en C.A. De Kam (2010) Het budgettaire zorgkind. In: Kam, C.A. de, J.H.M. Donders en A.P. Ros (red.) *Miljardendans in Den Haag*. Den Haag: Sdu.
- Westert, G.P., M.J. van den Berg, S.L.N. Zwakhals, R. Heijnik, J.D. de Jong en H. Verkleij (2010) *Zorgbalans 2010. De prestaties van de Nederlandse zorg*. Bilthoven: RIVM.