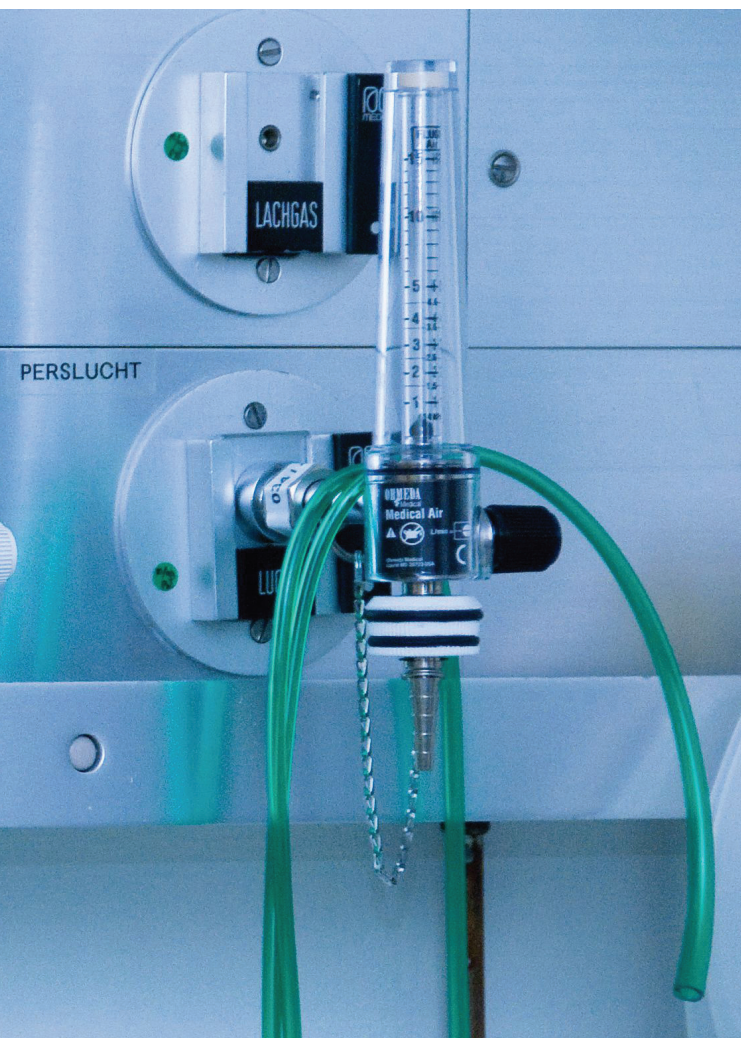




Centraal Planbureau

# Gezondheid loont | *Tussen keuze en solidariteit*



**Toekomst  
voor de zorg**

*Hoofdstuk 2*

*Grenzen aan de  
groei van de zorg*



## 2 Grenzen aan de groei van de zorg

Jasper de Jong en Albert van der Horst

Nederlanders worden steeds ouder en blijven langer gezond, mede dankzij betere gezondheidszorg. In de komende decennia nemen de uitgaven aan de zorg verder toe. In een van de scenario's wordt in 2040 een kwart van het bbp in Nederland besteed aan collectief gefinancierde zorg en werken drie op de tien Nederlanders in de zorgsector. De sectorale verschuiving die hiermee gepaard gaat, is vergelijkbaar met de verschuiving van industrie naar diensten in de periode 1950-2000, die zonder fricties heeft plaatsgevonden.

## 2.1 Gezondheid is belangrijk

Een overgrote meerderheid (79%) van de Nederlanders vindt gezondheid belangrijk voor de kwaliteit van het leven, vergelijkbaar met het belang dat we aan 'liefde, vriendschap en familie' toekennen (Synovate, 2009). Een goede gezondheid stelt ons in staat om te werken, van onze vrije tijd te genieten, deel te nemen aan het sociale verkeer en is misschien daarom inderdaad wel het belangrijkste wat we bezitten. Het is dan ook niet verwonderlijk dat we bereid zijn veel te betalen voor een goede gezondheidszorg. In 2011 gaven we tachtig miljard euro uit aan curatieve en langdurige zorg. Dat is 4800 euro per Nederlander, ofwel 13,3% van wat er gemiddeld dat jaar in Nederland werd verdiend.<sup>37</sup> Het ziet er bovendien naar uit dat de uitgaven de komende jaren zullen stijgen onder invloed van de vergrijzing, de toenemende medische mogelijkheden en een groeiende welvaart.

Is de hoge waardering voor gezondheid voldoende rechtvaardiging voor de hoge en stijgende zorguitgaven, of zitten er grenzen aan de groei van de zorg? Onderzoek laat zien dat de zorg in de afgelopen decennia heeft bijgedragen aan een betere gezondheid en een hogere levensverwachting. Voor de toekomst is van belang of ook verdere uitbreiding van de zorg gepaard gaat met voldoende baten.<sup>38</sup>

## 2.2 De baten van zorg stijgen

We geven niet voor niets jaarlijks 4800 euro per Nederlander uit aan gezondheids- en langdurige zorg. Al die uitgaven leveren ook wat op: mede door de medische zorg leven wij nu langer en gezonder dan onze landgenoten in 1950. Dat impliceert natuurlijk niet dat elke behandeling, elke gulden en euro die aan zorg zijn uitgegeven ook rendabel zijn geweest. Het is van alle tijden dat voor sommige behandelingen het gezondheidseffect niet bekend is of niet opweegt tegen de kosten. Voor de toekomst verwachten wij dat de zorguitgaven verder zullen stijgen. Zullen de baten daarmee gelijke tred houden – zal extra zorg ook leiden tot een verdere verbetering van de kwaliteit van leven?

### 2.2.1 Baten van zorg: een betere gezondheid

De zorg heeft bijgedragen aan de gezondheid en levensverwachting van de Nederlandse bevolking. Het RIVM heeft voor een drietal behandelingen onderzocht wat de bijdrage is geweest aan de levensduur en de kwaliteit van leven in de periode 1950-2005. Tabel 2.1 toont hun uitkomsten voor infectieziekten, hart- en vaatziekten en kanker. De behandeling van infectieziekten heeft de levensverwachting met ongeveer anderhalf jaar verhoogd en daarnaast ook de kwaliteit van leven verbeterd. In totaal is de levensverwachting door de behandeling van infectieziekten, hart- en vaatziekten en kanker met vier jaar toegenomen en is ook de kwaliteit van leven verbeterd.<sup>39</sup> Dit betekent dat meer dan de helft van de totale stijging van de levensverwachting van zeven jaar in de periode 1950-2005 kan worden

---

<sup>37</sup> Dit percentage is iets hoger dan in de internationale vergelijking van hoofdstuk 1. Het verschil hiertussen is niet tot één post te herleiden.

<sup>38</sup> Dit hoofdstuk is deels gebaseerd op Van der Horst e.a. (2011a).

<sup>39</sup> De kwaliteit van leven wordt uitgedrukt in *quality adjusted life years* (qaly). Pomp e.a. (2007) en Meerding e.a. (2007) zetten uiteen hoe qaly's worden berekend.

toegeschreven aan de zorg. Marc Pomp (2010) voegt aan dit drietal ziektebeelden nog een aantal andere behandelingen toe, zoals de behandeling van stuitligging en van zuigelingen met ondergewicht. Op grond daarvan schat hij dat driekwart van de stijging van de levensverwachting aan verbetering van de zorg is toe te schrijven.

**Tabel 2.1 Hogere levensverwachting door betere zorg bij drie ziektegroepen, 1950-2005**

	Infectieziekten	Hart- en vaatziekten	Kanker
Levensverwachting (jaar)	1,4	2,0	0,6
Kwaliteit van leven ( <i>qaly</i> )	0,2	1,0	0,0
Bron: Meerding e.a. (2007), RIVM (2010)			

Uiteraard zijn dergelijke studies met veel onzekerheid omgeven. Niet voor alle ziektebeelden zijn de baten van medische zorg in beeld gebracht, dubbeltellingen liggen op de loer en het is sowieso buitengewoon lastig een nauwkeurige schatting van het effect van een bepaalde behandeling te geven. Toch geven deze studies voldoende onderbouwing voor de conclusie dat de gezondheidszorg een substantiële bijdrage heeft geleverd aan onze gezondheid

### 2.2.2 Baten van een betere gezondheid

Een betere gezondheid in de vorm van een hogere leefkwaliteit of een langer leven, is waardevol. In de eerste plaats voor mensen die gezonder of langer leven zelf. Zij hebben meer tijd om te genieten van het leven. Zij genieten van samenzijn met familie en vrienden, van vrije tijd en van materiële consumptie.

Economen hebben veelvuldig geprobeerd te kwantificeren hoe waardevol een extra levensjaar is. Daarbij wordt de kwaliteit van leven meegewogen door de gezondheidswinst uit te drukken in equivalenten van een jaar in goede gezondheid: een *quality adjusted life year* (*qaly*). De economische waarde van een *qaly* kan op diverse manieren worden bepaald, bijvoorbeeld door te kijken naar hoeveel we bereid zijn te investeren in verkeersveiligheid in verhouding tot de afname van verkeersslachtoffers, of door gebruik van enquêtes naar de bereidheid van mensen om voor een medische behandeling te betalen. Deze methoden zijn helaas onnauwkeurig en schattingen lopen uiteen van 20.000 tot meer dan 200.000 euro per *qaly*. Bij de afbakening van het basispakket hanteert het College voor zorgverzekering (CVZ, 2010) een range van 10.000 tot 80.000 euro. Ook wij kunnen geen uitspraak doen over de waarde van een *qaly*, maar in een aantal berekeningen speelt deze waarde wel een rol. Wij hanteren daarbij zowel een conservatieve waarde van 20.000 euro als een hogere waarde van 50.000 euro per *qaly*.

Zorg heeft bijgedragen aan de toename van gezondheid en levensverwachting. Op basis van de waarde van een *qaly* kunnen we een voorzichtige inschatting maken van de waarde hiervan. De levensverwachting is tussen 1950 en 2010 met ongeveer negen jaar gestegen, dus met ongeveer anderhalve maand per kalenderjaar. Bij de waarde van een levensjaar van 20.000 euro levert dat per persoon een waarde op van 2500 euro per jaar. Daarvan komt, zoals wij hiervoor hebben gezien, circa twee derde door verbetering van de zorg. Zo bezien levert de zorg ons ieder jaar een waarde op van 1600 euro. Bij een *qaly*-waarde van 50.000

euro is dat zelfs 4000. Opgeteld over alle Nederlanders levert dat een gezondheidswinst op van 4 tot 11% van ons nationaal inkomen.

Dit sommetje belicht slechts één aspect van de waarde van de zorg. Een deel van de waarde zit in het gezondheidseffect van bestaande zorg, zoals zuigelingenverzorging en vaccinaties. Zonder deze basisvoorzieningen in de zorg zou de levensverwachting lager uitkomen. Deze som illustreert het grote belang van gezondheidszorg. Het zegt echter niets over de vraag of er teveel of te weinig aan zorg wordt uitgegeven. Vergelijk het met de waarde van een dijk: dat dijken een grote waarde hebben is evident, maar dat betekent niet dat ook iedere verhoging van dijken zinvol is. Bij zorguitgaven gaat het dus ook om de vraag of de baten van verdere verbetering van gezondheid opwegen tegen de kosten, dus of de marginale baten opwegen tegen de marginale kosten. Voor een goede kosten-batenberekening is verder van belang welke kosten gemaakt zijn om de behaalde winst te bereiken. De kosten van de zorg gaan deels zitten in de hotelfunctie van ziekenhuizen die wel een prettiger verblijf geeft, maar niet leidt tot gezondheidswinst. De kosten zitten verder in de inkoop van nieuwe medicijnen en behandelingen uit het buitenland en het is de vraag in hoeverre de aankoopprijs een goede weerspiegeling is van de ontwikkelingskosten. De studie van Pomp (2010), die uitrekent dat een euro aan zorg 1,10 euro aan baten oplevert, houdt niet onderscheid tussen gemiddelde en marginale kosten en baten geen rekening en doet geen onderzoek naar de werkelijke kosten van zorg. Studies van Cutler (2004) en Murphy en Topel (2006), die hier wel mee rekenen, laten zien dat in de VS de positieve baten van de zorg opwegen tegen de kosten.

### **2.2.3 Baten in de toekomst**

Zal in de toekomst een verdere stijging van de zorguitgaven leiden tot een verdere verbetering van de gezondheid? De potentie is er, gezondheid is ons veel waard en zal dat ook blijven. Door een goede gezondheid kunnen we ook meer werken en consumeren en meer van vrije tijd genieten. Om een aantal redenen kunnen wij ervan uitgaan dat de zorg in de toekomst zijn bijdrage aan onze gezondheid en ons welzijn verder zal vergroten. Allereerst kunnen wij ervan uitgaan dat onze welvaart in de komende decennia verder toeneemt. Daardoor neemt ook de behoefte aan zorg en een goede gezondheid toe. De tweede reden is dat Nederland vergrijsd. Dat betekent dat voor veel mensen de dag waarop ze een serieuze aandoening krijgen, dichterbij komt en daardoor voor hen belangrijker wordt. En ten slotte zal de ontwikkeling van de medische technologie niet stilstaan. Jaarlijks worden er nieuwe en betere medicijnen en behandelmethoden ontwikkeld. Door medisch-wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen kunnen ziekteprocessen steeds eerder worden gesignaleerd en behandelingen steeds beter worden afgestemd op de karakteristieken van de patiënt.

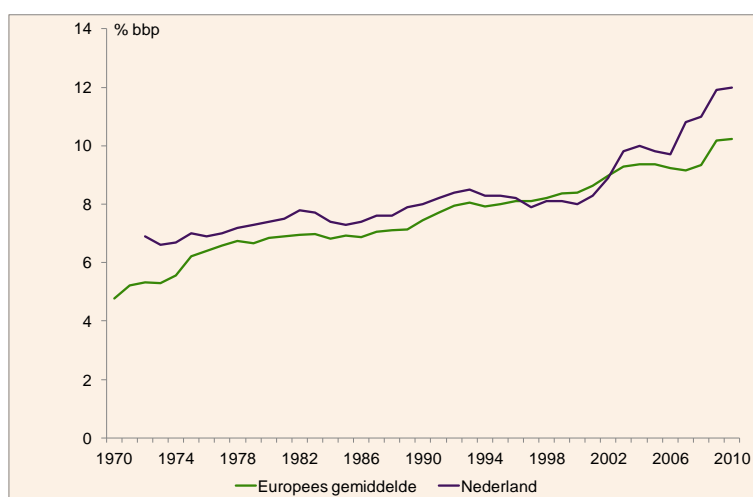
De marginale baten van zorg kunnen echter ook geleidelijk afnemen. De medische wetenschap is al vergevorderd en het kan steeds moeilijker worden om nieuwe medische doorbraken vergelijkbaar met die in het verleden te realiseren. De eis die we aan nieuwe behandelingen stellen, is dat ze beter werken en tot meer gezondheid leiden dan de bestaande behandelingen. Bovendien zijn er aanwijzingen dat nieuwe technologieën die beschikbaar komen, duurder zijn dan in het verleden. Het is dus niet zeker dat in de

toekomst dezelfde gezondheidswinsten tegen lage kosten kunnen worden geboekt als in het verleden. Meer dan in het verleden moet dan een afweging gemaakt worden tussen de baten en kosten van nieuwe behandelingen. Er zijn dan economisch grenzen aan de groei van de zorg. Dat stelt ons vroeg of laat voor de keuze welke behandelingen wel worden toegelaten tot de verzekerde zorg en welke niet.

## 2.3 De zorguitgaven stijgen

In de periode 2001-2011 zijn in Nederland de totale zorguitgaven sterker toegenomen dan ons inkomen en harder dan in de ons omringende landen, zie figuur 2.1.<sup>40</sup> In deze periode groeide de zorg met 4½% terwijl het bbp met 2% per jaar groeide. Deze sterke groei volgde op een periode van aanbodbeheersing en budgettering in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw, wat leidde tot een geringe groei van de totale zorguitgaven, maar ook tot wachtlijsten. In het jaar 2001 werd dit beleid verlaten om de opgelopen wachtlijsten in de zorg te reduceren. Met de invoering van 'boter bij de vis' en 'recht op zorg' werd zowel in de curatieve zorg als in de langdurige zorg extra productie gestimuleerd. Dit beleid heeft de zorguitgaven na het jaar 2000 sneller doen stijgen dan in de ons omringende landen.<sup>41</sup>

**Figuur 2.1** Versnelling in de groei van de zorguitgaven in Nederland (totale zorguitgaven, %bbp)



Bron: OESO; deze OESO-cijfers wijken af van de CBS/CPB-data die verder in dit hoofdstuk worden gebruikt.

### 2.3.1 De uitgavengroei ontrafeld: 1973-2010

In Nederland zijn de zorguitgaven gegroeid van 7½% in 1973 tot 13% van het bbp in 2010. Over de hele periode is de zorg gegroeid met 4% per jaar. Waar komt deze groei van de zorg vandaan? Tabel 2.2 geeft een uitsplitsing van de uitgavengroei.

<sup>40</sup> Het Europese gemiddelde in de figuur bevat de landen: België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Italië, Noorwegen, Oostenrijk, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Zweden en Zwitserland. De reeksen in deze figuur zijn niet gecorrigeerd voor reeksbreuken, wat onder andere voor Nederland een overschatting geeft van de oploop van de zorgkosten in recente jaren.

<sup>41</sup> Deze toename lijkt voor een belangrijk deel samen te hangen met wijzigingen in de bekostigingssystematiek in de zorg die is ingevoerd rond het jaar 2000 (Schut, Boone en Douven, 2012).



**Tabel 2.2 Uiteenrafeling van de uitgavengroei in de zorg, 1973-2010**

	Curatieve zorg	Langdurige zorg
Reële groei in %	3,8	4,2
Prijsstijging (zorgprijs t.o.v. bbp-prijs)	0,9	1,0
Volumegroei	2,9	3,2
Bevolkingsgroei	0,6	0,6
Volumegroei per capita	2,3	12,6
ww Inkomen per capita	2,0	2,0
Bevolkingssamenstelling	0,4	1,2
Gezondheid	-0,1	-0,6
Onverklaard	0,0	-0,1

Bron: De Jong (2012).

De eerste oorzaak is dat de prijzen in de zorg harder stegen dan gemiddeld in de rest van de economie. Daarvoor zijn twee redenen: snelle technologische vooruitgang en langzame technologische vooruitgang. In de curatieve zorg worden steeds nieuwe, dure behandelmethodes ontdekt. Dat maakt mede de curatieve zorg duur.<sup>42</sup> In de langdurige zorg is de technologische vooruitgang juist beperkt. Verzorging en verpleging zijn vaak moeilijk te vervangen door computers of machines, ze vereisen handen aan het bed. Omdat de lonen in de zorgsector wel moeten meestijgen met die in de rest van de economie, wordt elke 'eenheid' verzorging of verpleging steeds duurder.

De *hoeveelheid* zorg –het zorgvolume– nam jaarlijks met ongeveer 3% toe. Een voor de hand liggende reden is de bevolkingsgroei. Meer mensen gebruiken meer zorg. De bevolkingsgroei verklaart ongeveer 0,6%-punt van de jaarlijkse uitgavengroei. De meeste groei valt toe te schrijven aan de stijging in het gebruik *per hoofd* van de bevolking: het zorggebruik groeide per hoofd jaarlijks met 2,3% in de curatieve zorg en met 2,6% in de langdurige zorg.

De eerste reden waarom het zorggebruik per hoofd van de bevolking is toegenomen, heeft betrekking op de gemiddelde gezondheid. Nederland vergrijsst, er komen steeds meer ouderen bij. En ouderen gebruiken relatief meer zorg. Vooral in de langdurige zorg lopen de uitgaven snel op met de leeftijd. In tabel 2.2 is het effect van een vergrijzende bevolking ondergebracht onder het kopje 'Bevolkingssamenstelling'. Vergrijzing heeft niet alleen een kostenopdrijvend effect, de stijgende levensverwachting heeft ook een kostenremmend effect. Dat heeft te maken met het gegeven dat een aanzienlijk deel van de zorguitgaven geconcentreerd is in het laatste levensjaar.<sup>43</sup> Met de stijgende levensverwachting stellen wij die kosten verder uit naar de toekomst; dit remt de kosten in de komende jaren. Bovendien gaat de hogere levensverwachting ook samen met een gemiddeld betere gezondheid; ook dit remt de groei van de kosten. Deze beide factoren zijn in tabel 2.2 samengevat onder 'Gezondheid'. Voor de langdurige zorg remt dit de groei met 0,6%-punt; voor de curatieve zorg is het effect beperkt tot 0,1%-punt.

<sup>42</sup> Kwaliteitsverbetering zou in principe in de meting van het volume tot uiting moet komen en niet tot hogere gemeten prijzen moeten leiden. In de praktijk is de kwaliteit en daarmee het volume van zorg lastig te meten, waardoor kwaliteitsverbeteringen mogelijk onterecht tot uiting komen in de vorm van een prijsstijging.

<sup>43</sup> Zie Polder e.a. (2006) en Wong e.a. (2008).



## Waar geven wij het geld in de zorg aan uit?

Binnen de totale zorguitgaven vormt de curatieve zorg de grootste kostenpost, namelijk 51 miljard euro, zie de tabel. De curatieve zorg is ruwweg tweemaal zo groot als de langdurige zorg. Binnen de curatieve zorg neemt de ziekenhuiszorg met 22,4 miljard euro het grootste budget in beslag; dat is ruim 40 procent van de curatieve uitgaven. Daarnaast omvat de curatieve zorg de geestelijke gezondheidszorg, eerstelijnszorg, uitgaven aan medicijnen en hulpmiddelen en nog wat overige uitgavencategorieën. Binnen de langdurige zorg gaat ongeveer tweederde van de uitgaven op aan ouderenzorg (verzorg- en verpleeghuizen en thuiszorg), een derde gaat naar gehandicaptenzorg.

### Zorguitgaven in 2010

	Zorguitgaven	Collectieve financiering	Private financiering
	mld euro	% totaal	
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	22,4		
Verstrekkers geestelijke gezondheidszorg	5,4		
Huisartsen, tandartsen, paramedische praktijken	7,4		
Leveranciers van geneesmiddelen, therapeutische middelen	9,1		
Overige gezondheidszorg	6,6		
<b>Curatieve zorg</b>	<b>51,0</b>	<b>78</b>	<b>22</b>
Verstrekkers van ouderenzorg	16,0		
Verstrekkers van gehandicaptenzorg	7,9		
<b>Langdurige zorg</b>	<b>23,9</b>	<b>93</b>	<b>7</b>
Beleids- en beheersorganisaties	3,0		
<b>Totale zorg (CPB-perspectief)</b>	<b>77,8</b>	<b>82</b>	<b>18</b>

Inclusief verstrekkers van ondersteunende diensten, GGD, arbodiensten en re-integratiebedrijven.  
 Collectieve zorg omvat bijdragen van overheid, Zvw en AWBZ, exclusief eigen betalingen.  
 Private zorg omvat aanvullende verzekeringen, eigen betalingen, eigen bijdrage Zvw en AWBZ en een aantal overige financieringsbronnen.  
 Bron: Eigen berekening op basis van CBS Statline.

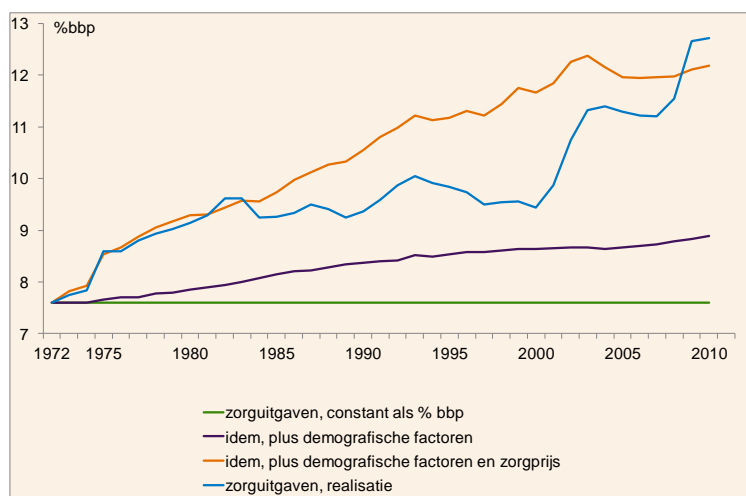
Verreweg het grootste deel van de zorguitgaven –ruim 80%– wordt collectief gefinancierd. Van de curatieve zorguitgaven wordt circa 78% collectief gefinancierd, grotendeels via de Zvw. De private betalingen hebben betrekking op de verplichte eigen bijdrage in de Zvw, de vrijwillig afgesloten aanvullende verzekeringen en overige zorguitgaven. Van de langdurige zorg wordt zelfs 93% door het collectief betaald, vooral via de AWBZ. Verplichte eigen bijdragen bedragen 7% van de uitgaven.

Een tweede en kwantitatief belangrijker factor achter het hogere zorggebruik per hoofd is de gestegen welvaart. We zijn, ondanks de zware economische crisis, nog altijd veel rijker dan we in de jaren zeventig waren. Een deel van die extra welvaart geven we uit aan zorg, net zoals we ook meer uitgeven aan vakanties, kleding, wonen en uit eten gaan. Als we aannemen dat alle bestedingen, inclusief zorg, evenredig groeien, verklaart dit 2,0%-punt van de jaarlijkse groei van de zorguitgaven. Deze aanname is in lijn met empirische studies die de relatie tussen inkomen en zorg in verschillende landen met elkaar vergelijken.

## De onverkleerde groei

Aan de hand van prijsontwikkelingen, bevolkingsgroei, vergrijzing en inkomensgroei zijn we goed in staat de uitgavengroei in de zorg over een langere periode te onderbouwen. Het deel van de groei dat we niet kunnen verklaren, is gemiddeld bijna nul voor de periode tussen 1972 en 2010. Maar dat betekent niet dat we de uitgavengroei in elke deelperiode evengoed kunnen verklaren. Figuur 2.2 laat zien dat in de periode 1972-1982 de werkelijke zorguitgaven in de pas lopen met de verwachte zorguitgaven. In de twintig daaropvolgende jaren blijven de feitelijke uitgaven flink achter bij wat we zouden verwachten op basis van de verklarende factoren. Na de millenniumwisseling vindt een inhaalslag plaats, waardoor het feitelijke uitgavenniveau in 2010 ongeveer op het verwachte niveau ligt.

**Figuur 2.2** Zorguitgaven verklaard vanuit inkomen, demografie en prijs<sup>44</sup>



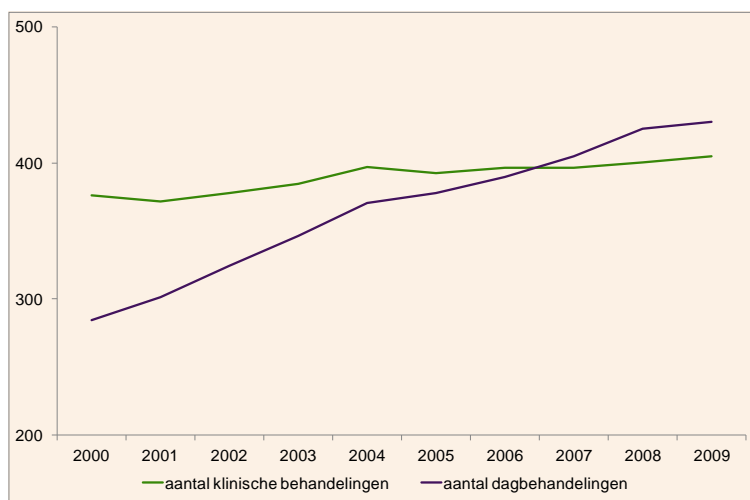
Een mogelijke oorzaak van dit opmerkelijke verschil tussen de feitelijke en verwachte ontwikkeling is de rol van beleid. De periode van 1981-2000 werd gekenmerkt door strakke budgettering die nodig was om het grote overheidstekort in die jaren om te buigen. Dat heeft geleid tot een rem op de zorguitgaven, maar ook tot wachtlijsten. Vanaf 2001 werd de strakke budgettering losgelaten en gold het boter-bij-de-vis-beleid voor het zorgaanbod, waarbij ook het recht op zorg wettelijk werd verankerd.

Gedurende de periode 2000-2007 kende de AWBZ een volumegroei van bijna 4% per jaar. Bij de langdurige zorg is er in de periode 2000-2007 aanzienlijk meer verpleeghuiszorg en extramurale zorg geleverd. Dit komt deels doordat het aantal patiënten is gestegen, maar vooral doordat de zorgzwaarte van de patiënten is toegenomen, zodat meer uren zorg per patiënt geleverd zijn (CBS, 2009). Een sterke groeier was de geestelijke gezondheidszorg. Tussen 2000 en 2007 zijn de GGZ-uitgaven toegenomen met gemiddeld 8% per jaar.

<sup>44</sup> De blauwe lijn in figuur 2.2 geeft de ontwikkeling weer van de zorguitgaven als %bbp sinds 1972. De andere lijnen geven een decompositie voor deze uitgaven vanuit inkomen (de vlakke groene lijn), demografie (verschil tussen paars en groen) en prijzen (verschil tussen oranje en paars).

Ook in de ziekenhuiszorg is het volume sinds 2000 sterk gestegen, zie figuur 2.3. Het aantal klinische behandelingen groeide met gemiddeld 3% per jaar, ondanks de verschuiving in de behandeling naar dagopnames die met 10% stegen. Er trad een groei op van arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen door de afname van de gemiddelde verpleegduur per opname. De lengte van de wachtlijsten nam af en voor alle klinische behandelingen liggen deze in 2011 op of onder de zogenoemde 'Treeknormen' voor de maximaal aanvaardbare wachttijden. Ook vanuit internationaal perspectief bezien is de Nederlandse situatie opmerkelijk. Zo is in de afgelopen tien jaar het aantal ziekenhuisopnames in Nederland veel harder gegroeid en is de gemiddelde ligduur in een ziekenhuis sterker afgenomen dan in de ons omringende landen.<sup>45</sup>

**Figuur 2.3 Operaties in ziekenhuis: Klinische en dagbehandelingen**



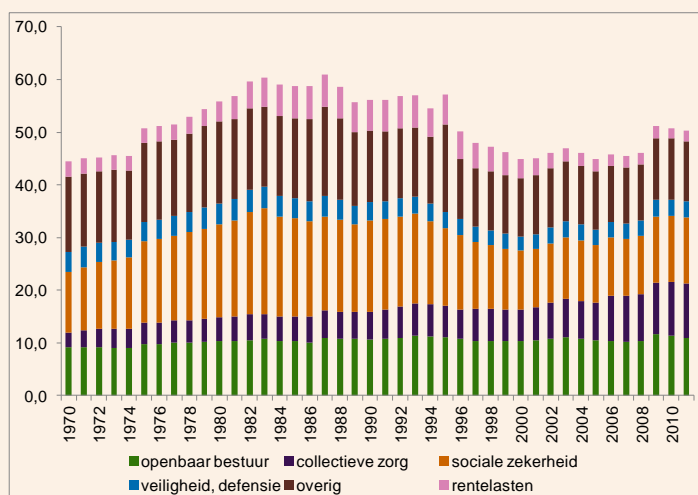
De vraag is nu of de hoge groei vanaf 2000 een tijdelijk of blijvend fenomeen is. Zal de groei in de periode na 2010 terugkeren naar de gemiddelde groei over de afgelopen decennia of structureel hoger blijven? Vooral voor de langdurige zorg lijkt het eerste meer plausibel. Het RIVM (2010) geeft aan dat in deze sector de wachtlijsten na 2001 snel zijn teruggelopen. In de curatieve zorg zijn beide opties mogelijk. Ook voor deze sector geldt dat de groeiversnelling aan het begin van deze periode een reactie was op de budgettering in de jaren daarvoor. Maar er zijn ook aanwijzingen dat de beleidswijzigingen rondom 2001 ervoor hebben gezorgd dat medische innovaties sneller worden geabsorbeerd en dat het aantal behandelingen eenvoudiger uitgebreid kan worden. Bovendien is onzeker welke nieuwe medische technologieën op ons afkomen. Bij de scenario's in de volgende paragraaf houden we rekening met beide opties.

<sup>45</sup> Gebaseerd op Blank e.a. (2011), RIVM Zorgbalans 2012 en OECD Health data 2012.

## Zorg steeds groter deel van collectieve uitgaven

De zorg neemt thans een vijfde deel van de totale uitgaven op de Rijksbegroting in beslag. In 1980 was dat nog 9% van het totaal. In deze periode zijn de stijgende zorguitgaven gecompenseerd door dalingen op andere begrotingsposten, met name de sociale zekerheid (zie de figuur). Ook de uitgaven aan defensie en rentelasten over de staatsschuld zijn in de afgelopen jaren afgenomen. Hierdoor konden de totale collectieve uitgaven zelfs worden teruggebracht in verhouding tot het bbp. Naarmate zorguitgaven een steeds groter deel van de overheidsbegroting vormen, wordt het echter moeilijker de uitgavenstijging op te vangen door bezuiniging op andere begrotingsposten. Zo staat 1% extra aan zorg in euro's gelijk aan bijna 10% van de begroting voor defensie en voor meer dan de helft van de totale begroting voor cultuur.

### Collectieve uitgaven naar functie, 1970-2011, %bbp



### 2.3.2 Scenario's voor de uitgavenontwikkeling: 2010-2040<sup>46</sup>

Het ligt in de lijn der verwachting dat de uitgaven in de toekomst verder stijgen. De vergrijzing zet zich in versterkte mate voort, we worden hopelijk nog wat rijker en de bevolking vertoont in ieder geval nog even een bescheiden groei. Maar hoe groot de groei zal zijn is moeilijk te zeggen. Dat hangt af van een reeks van factoren. Hoe ontwikkelen de leefstijl en levensverwachting van de gemiddelde Nederlander zich? Drijft technologische vooruitgang de kosten op, of leidt vooruitgang juist tot kostenbesparing? En wat is het gevolg van het huidige zorgbeleid voor de uitgavenontwikkeling?

Wij schetsen twee scenario's, die als achtergrondscenario's voor dit boek dienen. Deze twee scenario's geven een bandbreedte voor lage en hoge zorguitgaven. In het eerste scenario nemen wij aan dat de zorguitgaven in de toekomst zich volgens het langjarige gemiddelde (1980-2010) zullen blijven ontwikkelen. Het afgelopen decennium wordt hierin geïnterpreteerd als een tijdelijke inhaalslag volgend op de krappe zorgbudgetten in de jaren tachtig en negentig. In het tweede scenario nemen wij aan dat met het vastleggen van het recht op zorg en de stelselwijziging van 2006 een fundamentele verandering is opgetreden. Zonder een fundamentele herziening van de gezondheidszorg zal dit scenario ook de

<sup>46</sup> Zie Van der Horst e.a. (2011b) voor een uitgebreide toelichting op de scenario's. Daarin correspondeert scenario 1 met *Trendmatige Groei* en scenario 5 met *Betere Zorg*.

komende decennia worden gekenmerkt door een hoge groei van de zorguitgaven. In beide scenario's is het voorgenomen beleid van het tweede kabinet Rutte nog niet meegenomen.

### Scenario *Trendmatige Groei*

Het verhaal achter dit scenario is dat de hoge uitgavengroei tussen 2000 en 2010 tijdelijk was, als reactie op de 'onderdrukte' groei en wachtlijsten in de voorgaande twee decennia. Nu de inhaalgroei achter de rug is en het nieuwe zorgstelsel steeds beter begint te werken, ontwikkelen de uitgaven zich zoals ze dat gemiddeld over de afgelopen dertig jaar deden. Ook in de komende jaren groeien de zorguitgaven mee met het inkomen, de demografische ontwikkelingen en de relatieve prijs van zorg. De laatste factor kan ook staan voor verbetering van de kwaliteit in de zorg.

**Tabel 2.3** In beide scenario's lopen de zorguitgaven op

	2010	2040	
		<i>Trendmatige Groei</i>	<i>Betere Zorg</i>
<b>Levensverwachting bij geboorte (jaren)</b>			
Mannen	78,8	83	88
Vrouwen	82,7	86	90
<b>Zorguitgaven (% bbp)</b>			
Totale uitgaven	13,2	22	31
wv curatieve zorg	8,7	13	21
wv langdurige zorg	4,1	9	9
wv collectieve financiering	10,9	18	25
<b>Kostendekkende premies (% bruto gezinsinkomen)<sup>a</sup></b>			
Tweeverdiener (modaal inkomen)	23,5	36	47
Toename premiedruk in %-punten			
wv demografie		7	10
wv zorgconsumptie per persoon		5	14
<b>Werkgelegenheid in personen (% totale werkgelegenheid)</b>			
Totaal zorg	12,8	22	29

<sup>a</sup> Kostendekkende belastingen en premies (% bruto gezinsinkomen), voor een tweeverdiener met anderhalf keer modaal inkomen.

De belangrijkste uitkomsten van het scenario *Trendmatige Groei* zijn weergegeven in tabel 2.3. Conform de bevolkingsprognoses van het CBS<sup>47</sup> neemt de levensverwachting van mannen met ruim vier jaar toe tussen 2010 en 2040, terwijl die van vrouwen met ruim drie jaar stijgt. Door de vergrijzing en de prijsstijging in de zorg nemen de zorguitgaven toe tot 22% van het bbp. Vooral de uitgaven aan langdurige zorg stijgen sterk, omdat die zorg gevoeliger is voor vergrijzing. Over dertig jaar is in dit scenario meer dan een op de vijf personen in Nederland werkzaam in de zorgsector.

Bij een ongewijzigde financieringsmix bedragen de *collectieve* zorguitgaven anno 2040 circa 18% van het bbp. Dat impliceert dat tweeverdieners met een gezinsinkomen van anderhalf keer modaal in 2040 ruim een derde van hun bruto-inkomen aan collectief gefinancierde zorg afdragen, een stijging met 12%-punt ten opzichte van 2010. Deze stijging heeft twee

<sup>47</sup> Van Duin en Garssen (2010).

belangrijke oorzaken. Allereerst neemt het aandeel ouderen in de bevolking toe. Hun zorgkosten moeten worden opgebracht door een steeds kleinere groep werkenden, wat een verhoging van de gemiddelde belasting- en premiedruk van 7%-punt impliceert. De premiestijging vormt een onderdeel van het totale effect van vergrijzing op de overheidsfinanciën, waarvoor beide kabinetten Rutte al diverse maatregelen hebben getroffen, zoals de geleidelijke verhoging van de pensioenleeftijd. Vervolgens neemt de zorgconsumptie per persoon toe onder invloed van de toegenomen vraag naar en beschikbaarheid van medische mogelijkheden, waardoor de kostendeckende premies nog eens 5%-punt hoger uitkomen. Hoofdstuk 3 laat zien wat deze extra groei van de zorglasten betekent voor de herverdeling tussen hoger en lager opgeleide mensen.

### **Scenario *Betere Zorg***

In het scenario met hoge zorggroei zijn niet de afgelopen dertig jaar, maar de afgelopen tien jaar richtinggevend voor de toekomstige zorguitgaven. Met het onderkennen van het 'recht op zorg' is rond de millenniumwisseling een trendbreuk veroorzaakt, waardoor de uitgaven aan curatieve zorg permanent sneller stijgen. Zeker nu de patiënt steeds mondiger en veeleisender wordt. De medische technologie ontwikkelt zich snel en biedt nieuwe mogelijkheden voor diagnose en behandeling. De vraag naar zorg neemt hierdoor toe. De nieuwe technologieën in de curatieve zorg worden zonder belemmeringen geabsorbeerd. Dankzij de verbetering van de zorg en van de medische kennis neemt de gezondheid toe en stijgt de levensverwachting versneld verder. De laatste kolom in tabel 2.3 beschrijft de uitkomsten van het scenario *Betere zorg*.

Wij nemen aan dat de levensverwachting doorstijgt in het tempo van het afgelopen decennium, zodat mannen in 2040 gemiddeld negen jaar en vrouwen zeven jaar ouder worden dan momenteel het geval is. De totale uitgaven aan zorg als percentage van het bbp verdubbelen ruimschoots. De grootste stijging doet zich voor bij de curatieve zorg, als gevolg van medische innovaties. De uitgaven aan langdurige zorg lopen iets hoger op dan in het scenario *Trendmatige Groei*, omdat mensen gemiddeld ouder worden. In dit scenario gaat in 2040 een kwart van het bbp op aan collectief gefinancierde zorg. Dat kost het modale tweeverdienersgezin bijna de helft van het bruto-inkomen, ofwel 24%-punt meer dan in 2010. Deze last komt bovenop de andere belastingen en sociale zekerheidpremies. Van deze toename van 24%-punt voor de zorg komt 10%-punt voor rekening van de veranderende bevolkingssamenstelling; tegenover de resterende 14%-punt hogere premies staat meer en betere zorg (zie hierover het tekstkader *Herverdeling tussen generaties door groeiende zorg*). Tot slot werkt in dit scenario een op de drie personen in 2040 in de zorg.

## Herverdeling tussen generaties door groeiende zorg

De collectieve financiering van Zvw en AWBZ gebeurt door middel van een omslagstelsel, waarbij het zorggebruik door oudere generaties voor een groot deel wordt gefinancierd door de premies van jongere generaties. Verdere stijging van de zorguitgaven vergroot daardoor de overdrachten van de jongere naar de oudere generaties.

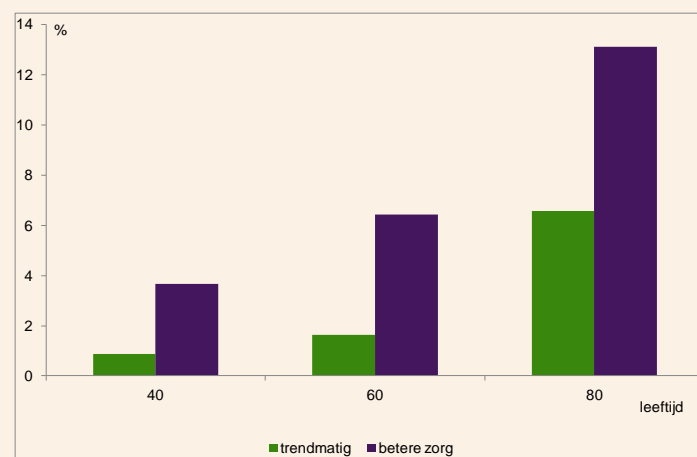
Mede dankzij de koppeling van de AOW-leeftijd aan de levensverwachting zijn de overheidsfinanciën op dit moment 'vergrijzingsproof'.<sup>a</sup> Dat betekent dat ook de uitgavenstijging in de zorg kan worden opgevangen, althans voor het deel dat door demografie wordt verklaard. Iedere stijging die daarboven uitgaat, levert een nieuw probleem op voor de overheidsbegroting. Tabel 2.3 laat zien dat een premiestijging van 5%-punt in het scenario *Trendmatige Groei* tot 14%-punt in het scenario *Betere Zorg* nodig is om deze extra groei van zorg te financieren. De overheidsbegroting is dus weliswaar 'vergrijzingsproof' maar niet 'zorgproof': de te verwachten extra stijging van de zorguitgaven vormt een nog ongedekte rekening.

Deze uitkomst is het gevolg van de omslagfinanciering waarin iedereen een gelijke premie betaalt. Ouderen hebben premie betaald in de periode dat de zorg nog relatief eenvoudig en sober was – deze premie was daarom relatief laag. Zij ontvangen zorg in een periode (nu en in de toekomst) waarin de kwaliteit van de zorg is toegenomen. De rekening hiervoor wordt neergelegd bij de jongere cohorten.

Deze –onbedoelde– overdracht tussen generaties kan op verschillende manieren worden voorkomen. In de eerste plaats kan de overheid ervoor zorgen dat de stijgende zorgpremies in de toekomst worden gecompenseerd door lagere belastingen. Ook kan de overheid andere maatregelen treffen die in de toekomst besparingen op de begroting opleveren. In de tweede plaats kan de overheid het systeem van omslagfinanciering aanpassen. Een radicale variant is om tot kapitaaldekking over te gaan, waarbij iedere generatie voor haar eigen zorg spaart. Een nadeel is dat lang tevoren moet worden bepaald hoeveel er gespaard moet worden, terwijl dan nog weinig zicht bestaat op de behoefte aan en de kosten van zorg.

Een minder radicale variant is om de premie per leeftijdscohort te laten variëren. Deze variant biedt meer flexibiliteit en voorkomt dat een extra spaarverplichting wordt opgelegd. De uniforme premie wordt losgelaten en de premie wordt meer in lijn gebracht met het profijt dat ieder cohort van de (gestegen) zorg heeft. Door de ouderen te laten meebetalen aan de betere zorg die ze krijgen, wordt een onbedoelde herverdeling tussen generaties voorkomen. Voor een aantal leeftijdsgroepen presenteert de figuur hieronder deze lastenstijging voor de variant waarin ieder cohort zelf betaalt voor de extra zorgconsumptie, d.w.z. de stijging bovenop vergrijzing en inkomensgroei. De lastenstijging neemt dan toe met de leeftijd. Tussen nu en 2040 stijgen de jaarlijkse lasten in het *Trendmatige Groei* scenario voor een 40-jarige met 0,9% van het inkomen, en voor 60- en 80-jarigen met respectievelijk 1,6% en 6,6%. Voor hogere leeftijdsgroepen nemen de extra lasten, net als hun zorggebruik, snel toe waardoor extra besparingen ter financiering hiervan onontbeerlijk lijken. In het *Betere Zorg* scenario is de lastenstijging voor de drie leeftijdsgroepen nog veel hoger, doordat in dit scenario de Zvw zeer sterk groeit.

### Leeftijdsspecifieke lastenstijging voor de betere zorg die elke leeftijdsgroep ontvangt in 2011-2040 in % van het inkomen



<sup>a</sup> Zie de CPB-studie *Vergrijzing Verdeeld* (CPB, 2010) en de CPB-analyse van het Financieel Kader van het regeerakkoord (CPB, 2012).



### Scenario's voor de zorguitgaven in internationaal perspectief

Niet alleen in Nederland worden scenario's en projecties van de ontwikkeling van de zorguitgaven gemaakt. Tabel 2.4 geeft een beknopt overzicht van diverse prognoses en scenario's voor verschillende landen. Doordat vele definities van zorguitgaven worden gebruikt, is het lastig de cijfers uit verschillende studies direct met elkaar te vergelijken.

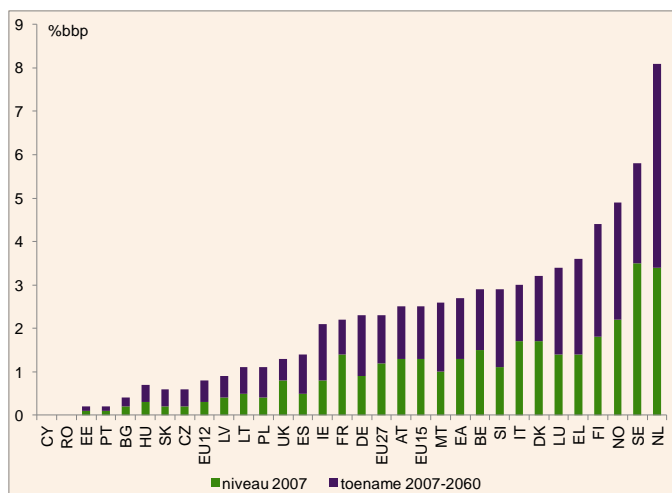
In alle scenario's komt duidelijk naar voren dat de zorg in de komende jaren sneller zal groeien dan het bbp, zowel in Nederland als in andere landen. Uit scenario's van de Europese Commissie (2008, 2009) volgt een duidelijke toename van de collectieve uitgaven aan *curatieve zorg* gedurende de komende halve eeuw. De Europese Commissie en de OESO zijn het erover eens dat de uitgaven aan *langdurige zorg* wel eens (meer dan) kunnen verdubbelen. Hall en Jones (2007) benaderen de toekomst vanuit de gewenste vraag naar zorg. Zij nemen aan dat mensen in de toekomst rijker zullen zijn en een groter deel van hun inkomen aan zorg willen besteden. Ze concluderen dat het optimaal kan zijn als de Verenigde Staten over veertig jaar 30% van het bbp uitgeeft aan zorg. Ook Fogel (2008) acht een bestedingsaandeel van zorg van 30% bbp op termijn in de VS mogelijk wenselijk en denkbaar.

**Tabel 2.4 Scenario's voor de zorguitgaven, internationale vergelijking**

Bron	Land(en)	Collectieve/ totale uitgaven	Periode	Curatieve zorg (stijging % bbp)	Langdurige zorg (stijging % bbp)	Totale zorg (stijging % bbp)
Van der Horst e.a. (2011b)	NL	Totale uitgaven	2010-2040	van 8,7 tot 11,0-20,7	van 4,1 tot 7,4-9,4	
Van der Horst et al. (2011b)	NL	Collectieve uitgaven	2007-2040			van 10,9 tot 15,9-25,4
Europese Commissie (2008, 2009)	EU-15	Collectieve uitgaven	2007-2060	van 6,9 tot 7,6-9,3	van 1,3 tot 2,4-3,2	
Europese Commissie (2008, 2009)	NL	Collectieve uitgaven	2007-2060	van 4,8 tot 5,2-6,6	van 3,4 tot 7,6-9,6	
Hall en Jones (2007)	VS	Totale uitgaven	2008-2050			van 15,4 tot 23-45
Fogel (2008)	VS	Totale uitgaven	2008-2040	van 15 tot 29		
OESO (2006)	OESO-landen	Collectieve uitgaven	2005-2050	van 5,7 tot 6,3-9,6	van 1,1 tot 2,3-3,9	
OESO (2006)	NL	Collectieve uitgaven	2005-2050	van 5,1 tot 5,7-8,9	van 1,7 tot 2,4-4,1	

Nederland springt er op één onderdeel duidelijk uit: de langdurige zorg. De Nederlandse uitgaven aan langdurige zorg zijn in internationaal perspectief al hoog en zullen door de combinatie van vergrijzing en grote formele zorgaanpakken nog verder oplopen. Figuur 2.4 laat zien dat Nederland van alle EU-landen in 2060 het grootste bbp-aandeel aan langdurige zorg uitgeeft. Hierbij is nog geen rekening gehouden met het voorgenomen beleid van het kabinet Rutte II om de AWBZ te versoberen.

**Figuur 2.4 De uitgaven aan langdurige zorg nemen opvallend toe in Nederland, in % bbp**



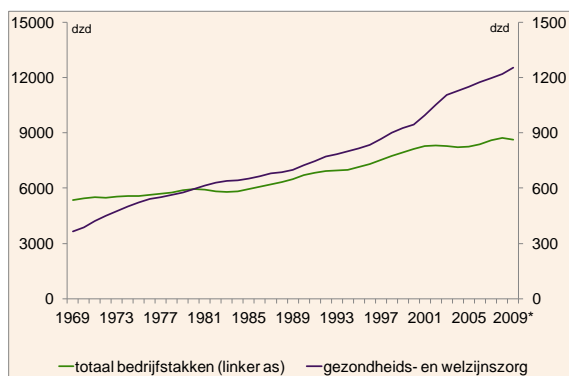
Bron: Europese Commissie (2009), Referentiescenario.

## 2.4 Arbeidsmarkt en economische groei

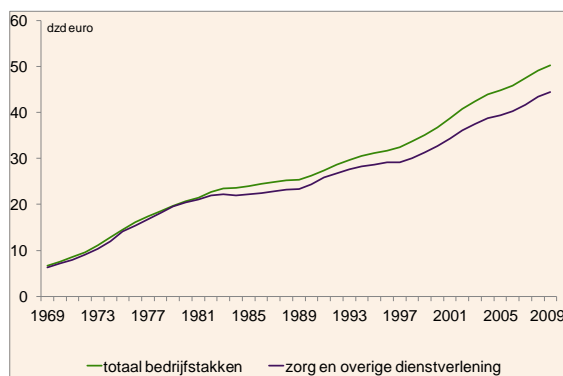
### 2.4.1 Arbeidsmarkt

In de twee scenario's neemt de werkgelegenheid in de zorg in dertig jaar toe met 700.000 personen in het lage scenario en met bijna het dubbele aantal in het hoge scenario, zie Tabel 2.3. Dat is een jaarlijkse groei van 20.000 tot 40.000 personen. In het licht van de groei van de werkgelegenheid in de afgelopen decennia en de in- en uitstroom van personeel is deze toekomstige groei van de werkgelegenheid niet uitzonderlijk. Zo nam in de afgelopen 25 jaar de werkgelegenheid in de zorg met 25.000 personen per jaar toe zonder dat de lonen in de zorg sterk gestegen zijn (zie figuur 2.5). In 2008 –het laatste jaar waarover het CBS rapporteert– bedroeg de netto instroom van personeel in de sector 'zorg en overige dienstverlening' zelfs 44.000 personen, waarmee deze sector goed was voor meer dan de helft van de totale banengroei in dat jaar. Deze netto instroom bestond uit 661.000 mensen die een baan in de zorg vonden en een uitstroom van 617.000 personen. Het saldo van in- en uitstroom is dus klein in verhouding tot de totale stromen op de arbeidsmarkt.

**Figuur 2.5a Werkgelegenheid zorg neemt toe**



**Figuur 2.5b Beloning in zorg blijft achter**



Bron: CBS Arbeidsrekeningen, werkzame personen (1000 personen) en beloning van werknemers per arbeidsjaar (1000 euro).

Kijken wij naar de toekomst, dan betekent de toename van werkgelegenheid in de zorg met in totaal 700.000 à 1,4 miljoen in 2040 een aanzienlijke verschuiving in de werkgelegenheid in Nederland. Tegelijkertijd weten we dat vergrijzing leidt tot een kleiner arbeidsaanbod door een krimpende beroepsbevolking: volgens de studie *Vergrijzing Verdeeld* van het CPB (2010) krimpt het arbeidsaanbod in de komende dertig jaar in totaal met 200.000 personen, namelijk van 8 miljoen naar 7,8 miljoen personen.

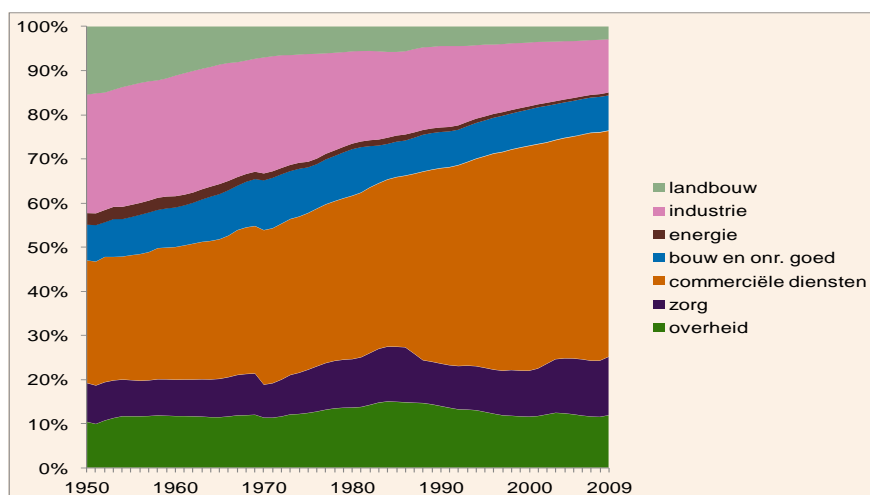
De vrees bestaat dat deze verschuiving in de werkgelegenheid tot spanningen op de arbeidsmarkt leidt en wellicht zelfs tot absolute tekorten aan personeel in de zorg. Deze vrees lijkt niet terecht. In het verleden is gebleken dat de economie zich goed aan dergelijke sectorverschuivingen kan aanpassen. Er treedt een aantal mechanismen in werking. In de eerste plaats zullen meer jongeren kiezen voor een opleiding en een baan in de zorg. In de tweede plaats zullen werknemers uit andere sectoren overstappen naar de zorg. De meeste banen in de zorg zijn niet zo specifiek dat hier grote belemmeringen ontstaan. Dat kan wel optreden bij specifieke functies en functies die een lange opleiding vereisen. In de derde plaats gaan werkgevers in de zorg zich inspannen om extra personeel aan te trekken of ze gaan op zoek naar alternatieve vormen om hun processen in te richten.

In het studiejaar 2011/12 volgde 20% van de studenten in mbo, hbo en wo een opleiding op het terrein van zorg en welzijn. Dat zijn in totaal meer dan 250.000 studenten, van wie elk jaar ongeveer een kwart afstudeert. Dat is aanzienlijk meer dan de benodigde netto instroom in de zorg van 20.000 tot 40.000. Door de grotere vraag naar zorg zullen nog meer jongeren een opleiding in die richting kiezen.

Bij een krappe arbeidsmarkt in de zorg gaan werkgevers zich extra inspannen om personeel te werven. Dat kan via het bieden van betere arbeidsvoorwaarden, maar ook door bijvoorbeeld het opleiden van nieuw personeel, of door het vergoeden van reis- en verblijfskosten voor migranten. De zorg wordt door dergelijke inspanningen van werkgevers aantrekkelijker voor werknemers in andere sectoren. Het arbeidsaanbod komt op deze manier tegemoet aan deze vraag naar personeel in de zorg. Dit aanpassingsproces gaat net zolang door totdat een baan in de zorg weer even aantrekkelijk is als een vergelijkbare baan in een andere sector. Zorginstellingen kunnen ook hun werkproces anders organiseren, bijvoorbeeld door functies waarvoor moeilijk personeel te krijgen is op te splitsen in andere functies, of door verdere automatisering van administratie en routinematige zorg.

De toekomstige verschuiving in de zorg is niet nieuw. Ook in het verleden hebben zich grote verschuivingen in de werkgelegenheid voorgedaan. Figuur 2.6 laat de sectorale verschuivingen zien die zich sinds 1950 hebben voorgedaan. Sinds 1950 is het werkgelegenheidsaandeel van de landbouw geleidelijk afgenomen van meer dan 15% naar minder dan 3%, is de industrie gekrompen, en is het aandeel van de commerciële dienstverlening bijna verdubbeld van 30% naar meer dan 50%. Deze laatste stijging is vergelijkbaar met wat tot 2040 in het hoge scenario voor de zorg wordt verwacht, namelijk een stijging van circa 10% tot 30% van de totale werkgelegenheid.

**Figuur 2.6 Sectorverschuiving in de werkgelegenheid, 1950-2009**



Bron: Huizinga en Smid (2009).

Lee en Wolpin (2010) observeren dat in de Verenigde Staten een vergelijkbare aanpassing niet heeft geleid tot een structurele stijging van de relatieve lonen in de dienstensector ten opzichte van de goederensector. Dit komt doordat aanpassingen in de sectorstructuur worden opgevangen door verschuivingen van keuzes van nieuwe toetreders op de arbeidsmarkt, door de mobiliteit van kapitaal en door de arbeidsreserve van mensen, die kunnen besluiten om te gaan participeren of meer uren te maken zodra de lonen oplopen en werkgevers meer moeite doen om extra personeel te werven. Wat in het verleden heeft plaatsgevonden in de commerciële dienstverlening, kan in de toekomst gebeuren in de zorg. Er is wel één verschil. De verschuivingen in het verleden vonden plaats in een economie met een groeiende beroepsbevolking. Het kan zijn dat in een vergrijzende samenleving aanpassingen trager gaan, en mede daardoor gepaard gaan met grotere veranderingen in de lonen dan in het verleden.<sup>48</sup>

#### 2.4.2 Economische groei

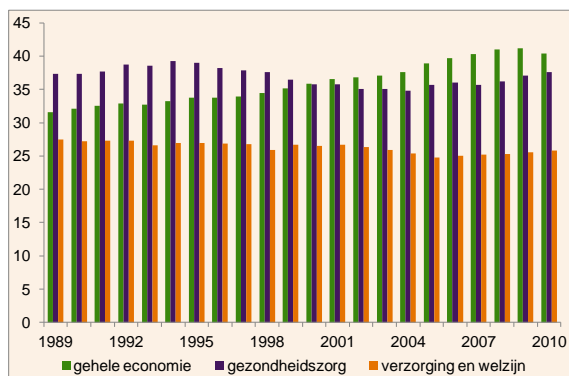
De zorg wordt gekenmerkt door een hoge arbeidsintensiteit: er is naar verhouding veel personeel nodig om een euro aan output te genereren (zie figuur 2.7a). De sterke afhankelijkheid van arbeid blijft ook in de toekomst bestaan, zeker bij de verzorgende taken. De mogelijkheden tot productiviteitsverbetering zijn daardoor in de zorg beperkter dan in veel andere sectoren. Dit uit zich in een lagere productiviteitsgroei, net als overigens in de dienstensector het geval is. Voor de curatieve zorg geldt dat minder, omdat de medische technologie in beginsel wel grote verbeteringen in de kwaliteit kan opleveren.

Figuur 2.7b zet de groei van de arbeidsproductiviteit in de zorg af tegen die in de rest van de economie. De zorg scoort hier inderdaad verhoudingsgewijs laag, al trekt de productiviteitsgroei in de curatieve zorg de laatste jaren wat aan. De lage groei in de zorg heeft gevolgen voor de groei van de Nederlandse economie als geheel: als een sector met een

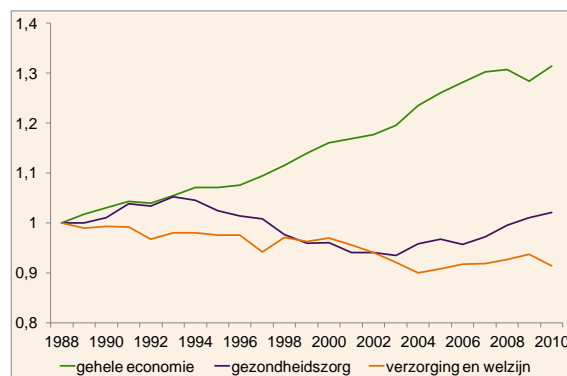
<sup>48</sup> Zie Van Ewijk en Volkerink (2012) voor een verkenning van de loon- en prijseffecten.

lage productiviteitsgroei steeds omvangrijker en belangrijker wordt, dan zwakt de groei van de economie af.

**Figuur 2.7a Arbeidsproductiviteit per uur**



**Figuur 2.7b Ontwikkeling van de productiviteit**



Bron: CBS Statline, eigen bewerking. Linkerfiguur meet productiviteit in euro's van 2005, de rechterfiguur is een index met 1988=1.

Hoe moeten we deze gevolgen voor de economische groei waarderen? Vooral als een logisch en inherent gevolg van een wenselijke ontwikkeling. Neem aan dat ieder voor zich, en de samenleving als geheel, keuzes maakt over haar bestedingspatroon. De samenleving maakt de keuze om steeds meer aan zorg uit te geven, omdat zij dat een waardevolle bestemming van haar middelen vindt – waardevoller dan andere goederen waarvan misschien de productiviteit wel hoger is, maar de bijdrage aan ons welzijn kleiner. In termen van hoofdstuk 4: het is *allocatief efficiënt* om meer uit te geven aan zorg ten koste van andere bestedingsmogelijkheden. Toen in 1973 ons inkomen lager en de bevolking jonger was, besteedden wij 7½% van ons inkomen aan zorg. Nu ons inkomen meer dan verdubbeld is en de bevolking vergrijsd, geven wij meer dan 13% van ons inkomen uit aan zorg (zie figuur 2.1). Dit wijst erop dat de samenleving gekozen heeft voor meer en betere zorg.

Hierbij passen wel drie kanttekeningen. Allereerst is het niet duidelijk wie de keuze maakt over de omvang van de zorgsector, over de uitgaven aan zorg. Veel spelers, zoals overheid, zorgverzekeraar, arts en patiënt, hebben daarbij elk hun verantwoordelijkheid en inbreng. Het is dus niet op voorhand gezegd dat de uitkomst om meer aan zorg uit te geven ook maatschappelijk gewenst is. Vervolgens is niet altijd duidelijk of de zorg wel bij de juiste persoon terecht komt. Collectief is geregeld dat zowel iemand met een gezonde leefstijl en een hoog inkomen, als iemand met een ongezonde leefstijl en een laag inkomen dezelfde zorgverzekering heeft. Krijgen beide personen de zorg die zij nodig hebben en wenselijk achten?

Ten derde valt de waardering een stuk negatiever uit als lagere economische groei het gevolg is van *productieve inefficiënties*. Hiervan is sprake als met dezelfde inzet van personeel, medische technologie en medicijnen meer zorg geleverd zou kunnen worden. Aanwijzing hiervoor zijn grote regionale verschillen in zorggebruik die niet goed verklaard kunnen worden en niet tot aantoonbare verschillen in gezondheid leiden. Het mag duidelijk zijn dat de samenleving profiteert van het verminderen van dit type inefficiënties. Helaas is lang niet altijd duidelijk hoe deze verbetering van de productieve efficiëntie kan worden bereikt. Wij komen hier in hoofdstuk 4 op terug.

## Literatuur

Blank, J., A. Dumaij en B. van Hulst, 2011, Ziekenhuismiddelen in verband: een empirisch onderzoek naar productiviteit en doelmatigheid in de Nederlandse ziekenhuizen 2003-2009, IPSE Studies, TU Delft.

CPB, 2010, *Vergrijzing Verdeeld*, CPB Bijzondere Publicatie 86.

CBS, 2009.

CPB, 2012, Analyse economische effecten financieel kader Regeerakkoord, CPB Notitie 29 oktober 2012.

Cutler, D., 2004, *Your Money or Your Life: Strong Medicine for America's Health Care System*, Oxford University Press.

CVZ, 2010, Het pakketprincipe kosteneffectiviteit, achtergrondstudie ten behoeve van de 'appraisal' fase in pakketbeheer, Amsterdam.

Duin, C. van en J. Garssen, 2010, Bevolkingsprognose 2010–2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur, CBS, Den Haag.

Europese Commissie, 2008, The 2009 ageing report: Underlying assumptions and projection methodologies, *European Economy* 7|2008.

Europese Commissie, 2009, The 2009 ageing report: Economic and budgetary projections for the EU-27 member states (2008-2060), *European Economy* 2|2009.

Van Ewijk, C. en M. Volkerink, 2012, Will ageing lead to a higher real exchange rate for the Netherlands?, *De Economist*, vol. 160, pag. 59-80.

Fogel, R.W., 2008, Forecasting the cost of U.S. health care in 2040, NBER Working Paper 14361.

Hall, R. en C. Jones, 2007, The value of life and the rise in health spending, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 122, nr. 1, pag. 39-72.

Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong, 2011a, Trends in gezondheid en zorg, CPB Policy Brief 2011/11.

Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong, 2011b, Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg, CPB Achtergronddocument.

Huizinga, F. en B. Smid, 2009, Vier Vergezichten op Nederland, CPB Document 55.

Jong, J. de, 2012, Decompositie van de zorguitgaven, 1972-2010, CPB Achtergronddocument.

Lee, D. en K. Wolpin, 2010, Accounting for wage and employment changes in the US from 1968-2000: A dynamic model of labor market equilibrium, *Journal of Econometrics*, vol. 156, nr. 1, pag. 68-85.

Meerding, W.J., J.J. Polder, A.E.M. de Hollander en J.P. Mackenbach, 2007, *Hoe gezond zijn de zorguitgaven?*, *Zorg voor euro's-6*, RIVM, Bilthoven.

Murphy, K. en R. Topel, 2006, The value of health and longevity, *Journal of Political Economy*, vol. 114, nr. 5, pag. 871-904.

OESO, 2006, Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?, Economics Department Working Paper 477.

Polder, J.J., J.J. Barendregt en H. van Oers, 2006, Health care costs in the last year of life– the Dutch experience, *Social Science and Medicine*, vol. 63, nr. 7, pag. 1720-1731.

Pomp, M., W. Brouwer en F. Rutten, 2007, QALY-tijd, Nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen, CPB Document 152.

Pomp, M., 2010, *Een beter Nederland; De gouden eieren van de gezondheidszorg*, Balans, Amsterdam.

RIVM, 2010, VTV 2010 Van gezond naar beter, Bilthoven.

Schut, E., J. Boone en R. Douven, 2012, Een passende markt voor gepaste zorg, *Economisch Statistische Berichten*, in ESB dossier: Gepaste Zorg, pag. 18-23, 5 oktober 2012.

Synovate, 2009, De waarde van zorg, Rapport voor de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Amsterdam.

Wong, A., G.J. Kommer en J.J. Polder, 2008, *Levensloop en zorgkosten*, *Zorg voor euro's - 7*, RIVM, Bilthoven.





Ons hele leven lang is onze gezondheid belangrijk, genietend van goede jaren, of kampend met een zwakke gezondheid. Ons leven lang is de gezondheidszorg belangrijk, we maken er gebruik van en betalen ervoor. Niets wijst erop dat in de toekomst gezondheid en zorg in belang zullen afnemen. Integendeel, wij worden steeds ouder, maar ook chronische ziekten nemen toe; de medische mogelijkheden nemen toe, maar de zorg legt ook een steeds groter beslag op onze bestedingen.

*Toekomst voor de zorg* laat zien voor welke keuzes de Nederlandse samenleving wordt geplaagd: keuzes over de inrichting van het zorgstelsel en over de hoogte van de bijdrage. Keuzes die sterk op ons afkomen als consumenten steeds kritischer worden en de medische technologie voortschrijdt. *Toekomst voor de zorg* is geschreven voor iedereen die wil meedenken over de toekomst voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau (CPB)  
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag  
(070) 338 33 80 | [www.cpb.nl](http://www.cpb.nl) | [info@cpb.nl](mailto:info@cpb.nl)

Gedrukt door:

De Swart BV  
Postbus 53184 | 2505 AD Den Haag  
(070) 308 21 21 | [www.kds.nl](http://www.kds.nl) | [info@kds.nl](mailto:info@kds.nl)

Maart 2013 | ISBN 978-90-5833-589-0

