

Een economische kijk op **de waarde van zorg**

Velen beweren dat de Nederlandse gezondheidszorg te duur is. Marc Pomp, zelfstandig onderzoeker gezondheidseconomie, beweert in zijn boek 'Een beter Nederland: de gouden eieren van de gezondheidszorg' dat een euro aan zorg gemiddeld zo'n 1 euro 30 oplevert. De zorg creëert dus welvaart.

Door: M. Pomp

Gezondheidseconomen gebruiken QALYs om kwaliteit van leven en lengte van leven in één cijfer te combineren. QALY is de afkorting van *Quality adjusted life year*. Eén QALY staat voor een jaar in goede gezondheid. Een extra jaar met een kwaliteit van leven van 50 procent levert in de sommen van gezondheidseconomen slechts een halve QALY op. Er bestaat uitgebreide literatuur over de waarde van een QALY. Aan die literatuur ontleen ik het bedrag dat we als samenleving overhebben voor zorg die een QALY oplevert. Dit noemen economen de maatschappelijke waarde van een QALY. Die waarde blijkt tussen de 20.000 en 100.000 euro te liggen. Recente schattingen voor Nederland van Rotterdamse gezondheidseconomen, gepubliceerd na verschijning van mijn boek, komen op een waarde van een gezond levensjaar van ten minste 60.000 euro. In mijn boek reken ik met een waarde van 50.000 euro per QALY.

Levensverwachting

Volgens onderzoek van Nederlandse epidemiologen en andere gezondheidsexperts heeft de moderne gezondheidszorg (ruwweg de vooruitgang sinds 1945) de gezonde levensverwachting met gemiddeld zo'n zes jaar doen toenemen. Dit zijn zes QALYs per Nederlander. Daarnaast heeft de zorg bijgedragen aan een betere kwaliteit van leven van mensen die ziek zijn. Denk hierbij aan knie-, staar- en heupoperaties, betere geneesmiddelen bij diabetes en

het vermijden van beroertes dankzij bloeddrukverlagers. Als we deze effecten meenemen komen we op nog eens twee QALYs per Nederlander, in totaal dus acht QALYs.

Voor de waarde van de care – ouderenzorg, gehandicaptenzorg, thuiszorg – kom ik op 50.000 euro per Nederlander, opgeteld over het hele leven. Dit bedrag is de waarde van het misgelopen arbeidsinkomen als mantelzorgers alle zorg voor oudere en gehandicapte familieleden zouden moeten leveren. De achterliggende gedachte is dat zonder publiek gefinancierde ouderen- en gehandicaptenzorg, veel meer mantelzorg zou moeten worden geleverd door mensen die nu deelnemen aan betaalde arbeid.

Viereneenhalve ton

Als we deze cijfers combineren, dan luidt de conclusie dat voor de gemiddelde Nederlander de zorg een waarde vertegenwoordigt van zo'n 450.000 euro, opgeteld over het hele leven. De zorguitgaven zijn ongeveer 340.000 euro per Nederlander, eveneens opgeteld over het hele leven. Dit bedrag is inclusief een opslag van 20 procent, om rekening te houden met de kosten van collectieve financiering. De reden voor deze opslag is dat collectieve financiering van de zorg in feite een soort belasting op arbeid is. Een belasting op arbeid maakt werken minder aantrekkelijk. Het gevolg is minder arbeidsaanbod en minder investeringen in menselijk kapitaal. Dit is een economische kostenpost die in een maat-



Marc Pomp

schappelijke kosten-batenanalyse moet worden meegenomen.

Als we de baten delen door de kosten krijgen we als uitkomst 1,3. Dit is de 1,30 euro waar ik mee begon. Waarschijnlijk is dit nog een ondergrens van het werkelijke rendement van de zorg. Allerlei positieve effecten van zorg neem ik niet mee, waaronder het effect op arbeidsdeelname en productiviteit, waarover later meer. Ook kijk ik bij de kwaliteit van leven alleen naar een paar veelvoorkomende aandoeningen. De baten van nieuwe geneesmiddelen bij reuma, astma en migraine, zitten er bijvoorbeeld niet in. En de baten van de care, die een belangrijke bijdrage levert aan de kwaliteit van leven van ouderen en gehandicapten en die goed is voor bijna de helft van de collectief gefinancierde zorguitgaven, zijn nauwelijks meegenomen. De reden voor deze laatste omissie is dat het QALY-concept niet goed bruikbaar is voor de care. De standaardmethode van zorg-economen om baten van de zorg te waarderen in euro's is daarom niet geschikt voor de care. Inmiddels zijn we vier jaar verder en de cijfers zijn iets veranderd – de zorguitgaven zijn verder gestegen, net als de gemiddelde levensverwachting. Maar de hoofdboodschap blijft overeind: de zorg levert meer op dan zij kost.

Werkgelegenheid in de zorg: geen baten maar kosten

De claim dat elke euro uitgegeven aan zorg 1 euro 30 oplevert heeft veel reacties uitgelokt. Doorgaans instemmend, maar uit de reacties bleek ook dat er misverstanden bestonden over de baten waarop het cijfer van 1 euro 30 betrekking had. Zoals zojuist uiteengezet hebben de door mij berekende baten van de zorg grotendeels betrekking op de waarde van een langer leven en van een betere kwaliteit van leven. Uit de reacties bleek dat lezers de 1 euro 30 soms heel anders interpreteerden, namelijk als de baten voor de economie. Vaak werd daar dan aan toegevoegd dat de zorg immers veel economische baten oplevert in de vorm van werkgelegenheid.

Los van het feit dat ik dit dus niet heb geschreven, bevat deze reactie nog een ander misverstand. De gedachte dat werkgelegenheid in de zorg (of elders) een batenpost is, berust op een wijdverbreid misverstand onder niet-economen. En zelfs economen zijn niet immuun voor deze fout. In werkelijkheid is werkgelegenheid een kostenpost, geen batenpost.

Een goed voorbeeld buiten de zorg van deze valkuil – werkgelegenheid opvatten als baten in plaats van kosten – is de ophef die in de zomer van 2013 in de media ontstond na de pu-

blicatie van een rapport over brievenbusfirma's. In het rapport werd betoogd dat brievenbusfirma's in Nederland 5 tot 7,5 duizend banen opleveren. Critici stelden dat dit veel te hoog was, maar de Amsterdamse hoogleraar economie Arnoud Boot nam het enige juiste standpunt in: brievenbusfirma's leveren in het geheel geen werkgelegenheid op. Zonder brievenbusfirma's

Werkgelegenheid in de zorg vormt vanuit maatschappelijk perspectief een kostenpost, geen batenpost

zouden de daar werkzame personen elders in de economie aan de slag zijn geweest. Citaat: 'Dit is de kern van hoe de arbeidsmarkt op de middellange termijn werkt: aanbod schept zijn eigen vraag. Dus is het stupide te denken dat deze mensen anders niet aan het werk waren' (Arnoud Boot, *NRC Handelsblad*, 14-6-2013). Kortom, de werkgelegenheid bij brievenbusfirma's is een kostenpost, geen batenpost. Dat geldt ook voor de zorg. Werkgelegenheid in de zorg is een kostenpost. In een maatschap-

Wat is bekend?

Dat we veel uitgeven aan de zorg is bekend. Maar de zorg levert ook veel op. In de eerste plaats in de vorm van gezondheidswinst: langer leven en een betere kwaliteit van leven. In mijn boek uit 2010 heb ik uitgerekend dat elke euro aan zorg een gezondheidswinst oplevert ter waarde van 1 euro 30. In dit artikel vat ik de berekeningen en de aannames achter de berekeningen samen.

Wat is nieuw?

Vervolgens ga ik in op de vraag of de zorg ook baten oplevert in de vorm van werkgelegenheid. Ik betoog dat dit een misverstand is. Werkgelegenheid in de zorg vormt vanuit maatschappelijk perspectief een kostenpost, geen batenpost. De reden is dat degenen die in de zorg werken ook elders in de economie een productieve bijdrage hadden kunnen leveren. Die productieve bijdrage lopen we nu als samenleving mis.

Ook ga ik in op claims dat er veel onzinnige zorg is, dat we te veel uitgeven aan zorg aan het levenseinde, dat artsen zelf hun vraag creëren en dat dure weesgeneesmiddelen niet kosteneffectief zijn. Ik betoog dat de empirische onderbouwing voor de eerste drie claims ontbreekt en dat de laatste claim berust op een verkeerde toepassing van de drempelwaarden die gangbaar zijn bij waarderingen in de zorg.

Wat kun je ermee?

Een goed beeld van de kosten en baten van de zorg is van belang voor het maken van de juiste keuzes. Als er over een breed front sprake zou zijn van zorg die te weinig oplevert, dan werkt het stelsel niet goed en zijn radicale ingrepen noodzakelijk. Als daarentegen het huidige zorgstelsel een prima maatschappelijk rendement oplevert, dan moeten we ervoor waken het kind met het badwater weg te gooien. Dit is geen pleidooi voor handhaving van de status quo, want verbeteringen zijn op allerlei terreinen mogelijk. Op de werkvloer wordt hier ook voortdurend naar gezocht, want het huidige zorgstelsel nodigt hiertoe uit.

pelijke kosten-batenanalyse nemen we die kosten mee via de zorguitgaven (Pomp et al., 2014). Alleen als degenen die werkzaam zijn in de zorg geen baan buiten de zorg zouden kunnen hebben gehad, is werkgelegenheid geen kostenpost, althans niet voor de maatschappij als geheel. Er gaat dan immers elders in de economie geen productie verloren door werkgelegenheid in de zorg. Gezien het opleidingsniveau van werknemers in de zorg is dit geen plausibel scenario.

Nog meer baten van zorg

Levert de zorg dan nooit banen op? Toch wel, maar dat loopt via effecten op het arbeidsaanbod, niet via de arbeidsvraag. Als goede zorg leidt tot gezondere mensen die meer en vaker kunnen en willen deelnemen aan betaalde arbeid, dan resulteert dit uiteindelijk ook in meer banen. Dat is wat de zojuist geciteerde econoom Boot bedoelt met ‘aanbod schept zijn eigen vraag’. Dit mechanisme – dat meer arbeidsaanbod op termijn leidt tot meer banen – ligt ook ten grondslag aan de doorrekeningen van het Centraal Planbureau van bijvoorbeeld verkiezingsprogramma's, de economische effecten van kinderopvang of van plannen tot vereenvoudiging van het belastingstelsel.

In mijn berekeningen heb ik deze arbeidsbaten van de zorg, dus baten in de vorm van meer arbeidsaanbod en hogere arbeidsproductiviteit, niet meegenomen. De reden is dat goede data over het causale effect van zorg op arbeidsdeelname en productiviteit ontbraken. Hier begint gelukkig verandering in te komen. Onderzoekers van nieuwe geneesmiddelen en van andere innovaties in de zorg nemen bij de uitkomstvariabelen steeds vaker ook de effecten op deelname aan betaalde arbeid, ziekteverzuim en productiviteit mee. Het beeld dat hieruit naar voren komt, is dat dit soort arbeidsgerelateerde baten fors kan zijn. Een totaalcijfer voor de zorg als geheel is niet te geven, maar voor een aandoening als reuma blijkt uit Nederlands onderzoek, dat de baten van nieuwe (dure) *biologicals* in de vorm van extra deelname aan betaalde arbeid, de kosten van geneesmiddelen vrijwel geheel compenseren. Hierin zijn de baten in de vorm van een betere kwaliteit van leven voor de patiënt niet meegenomen (zie Pomp et al., 2014, p. 87).

Onzinnige zorg?

De stelling dat een euro zorg gemiddeld meer dan een euro oplevert, betekent natuurlijk niet dat *elke* euro die we uitgeven aan zorg zo veel oplevert. Het kan zelfs zijn dat er zorg is die minder dan een euro oplevert per euro – on-

zinnige zorg dus. Is er binnen de Nederlandse zorg veel onzinnige zorg? Harde aanwijzingen hiervoor hebben we niet. Met grote stelligheid wordt bijvoorbeeld vaak beweerd dat op grote schaal dure en onnodige stents worden geplaatst bij patiënten met een zogeheten stabiele angina (dichtgeslibde kransslagaderen), of dat er bij lage rugklachten veel te snel wordt geopereerd. Maar als je wat dieper graaft, blijkt het toch een stuk gecompliceerder te liggen (Pomp, 2014).

Ook wordt vaak beweerd dat de huidige bekostiging artsen ertoe aanzet om onnodige verrichtingen te doen en dat artsen hun eigen vraag creëren. Ook deze claims zijn veel te stellig. De huidige bekostiging in de ziekenhuizen, het DBC-systeem, is gebaseerd op één prijs voor een complete behandeling. Als je de patiënt vaker laat terugkomen, of als je duurdere geneesmiddelen gebruikt, krijg je hier niet extra voor betaald. Dit levert eerder een prikkel tot onderbehandeling op dan een prikkel tot overbehandeling. De recente ophef over patiënten die niet de juiste reumamiddelen kregen, laat zien dat dit niet alleen theorie is. Ook voor grootschalige aanbodgeïnduceerde vraag bestaat geen overtuigend bewijs (zie opnieuw Pomp, 2014).

Levensende

Nog weer een andere claim betreft de zorg aan het einde van het leven. De opvatting dat in deze levensfase veel onnodige zorg wordt geleverd begint gemeengoed te worden. Zo stelt *Volkskrant*-columnist Frank Kalshoven (in de krant van 19 april 2014): ‘Vinden we de huidige verdeling van zorgkosten over een mensenleven echt een goed idee? (Nee, natuurlijk niet.)’ Het is inderdaad waar dat de zorgkosten sterk oplopen vanaf het 80^{ste} levensjaar. Maar die stijging zit uitsluitend in de thuiszorg en de verpleeghuiszorg. Dit blijkt uit cijfers van het RIVM, waar Kalshoven zich ook op baseert. De curatieve zorg voor een 80-plusser kost gemiddeld jaarlijks ruwweg 6.000 euro. Bij de curatieve zorg gaat het om ziekenhuiszorg, huisarts en geneesmiddelen. Boven de 80 jaar neemt dit bedrag niet verder toe met de leeftijd. Maar de kosten voor thuiszorg en verpleeghuiszorg blijven wel explosief stijgen: van gemiddeld 6.000 euro voor een 80-jarige tot gemiddeld 38.000 euro voor een 95-plusser. De verklaring is natuurlijk dat veel 80-jarigen nog thuis wonen en zich kunnen redden met een paar uur thuiszorg per week, terwijl vrijwel alle 95-plussers in een duur verpleeghuis wonen. Over de vraag wie dat moet betalen, kunnen de meningen uiteenlopen. Maar de stelling van Kalshoven dat

we dit ‘natuurlijk’ geen goede leeftijdsverdeling vinden, is onzinnig. Verpleeghuiszorg is nu eenmaal peperduur. En ja, die hebben we vooral nodig als we heel oud zijn.

Onethisch

Een heel andere categorie zorg waarvan soms wordt gezegd dat die te weinig oplevert per euro, betreft dure geneesmiddelen en dan vooral weesgeneesmiddelen (geneesmiddelen voor zeldzame ziekten). Inderdaad zijn er geneesmiddelen die veel meer kosten dan 60.000 euro per QALY. Een veel genoemd voorbeeld betreft de ziekte van Pompe, waarbij de kosten per QALY tussen de 300.000 en 900.000 euro liggen. Maar dit betekent niet dat dit onzinnige zorg is. De weigering om een rem te zetten op dure maar levensreddende geneesmiddelen is door sommigen als onethisch bestempeld. Als we het geld dat we nu uitgeven aan dure geneesmiddelen inzetten voor minder dure aandoeningen, kunnen we meer patiënten helpen, zo luidt hun redenering. De term statistische moord valt zelfs in dit verband. Dit is echter een drogreden. De zorguitgaven zijn geen vast bedrag. We kunnen de zorgpremies verhogen. De keuze is daarom niet tussen geld uitgeven aan de ene groep patiënten of de andere groep patiënten, maar tussen zorg en andere vormen van consumptie. Het is eerder andersom: een boekhoudkundige benadering van dure, levensreddende zorg is juist onethisch. Een rijke samenleving als de onze heeft enorme bedragen over voor het redden van identificeerbare levens, veel meer dan voor ‘statistische’ levens. Hier zijn goede (ethische) redenen voor, waaronder respect voor het individu, mededogen en de norm dat we het individu niet opofferen ter wille van de massa. Als we een kleine groep patiënten levensreddende zorg ontzeggen, offeren we niet alleen hun levens op, maar ook deze principes. Uit collectieve middelen betalen voor dure levensreddende zorg is zo bezien de prijs van de moraal. Er kan een moment komen waarop de prijs van de moraal te hoog wordt. Dat zou het geval kunnen zijn wanneer we te maken krijgen met een vloedgolf van levensreddende geneesmiddelen die extreem duur zijn. Maar zover is het nog lang niet. We geven jaarlijks 250 miljoen euro uit aan weesgeneesmiddelen. Dit is 25 euro per volwassen Nederlander per jaar, minder dan 5 procent van de totale geneesmiddelen-uitgaven en minder dan een half procent van de zorguitgaven.

Waar economen het over (on)eens zijn

Economen hebben nog veel meer te melden over de waarde van zorg. Veel economen (niet

ik dus) zijn van mening dat ook in ons land veel onzinnige zorg bestaat en dat veel artsen hun eigen vraag naar (onzinnige) zorg creëren. Maar **alle** (zorg)economen zijn het eens over de

Als we een kleine groep patiënten levensreddende zorg ontzeggen, offeren we niet alleen hun levens op, maar ook principes

trend in de zorguitgaven. Die zullen blijven stijgen. Ook zijn vrijwel alle economen van mening dat dit – mits er sprake is van een beperkte stijging – welvaartswinst betekent. Want omdat we in materieel opzicht steeds welvarender worden – en ook hierover bestaat consensus onder economen – kennen we steeds meer waarde toe aan gezondheid.

Literatuur

Pomp, M., C.G. Schoemaker en J.J. Polder (2014). *Op weg naar MKBA's voor preventie en zorg*, RIVM.

Pomp, M. (2014). Geen wonderkuur voor de zorgexplosie, *TPEdigitaal*, jaargang 8, nr. 2, april, www.tpedigitaal.nl/archief/1_Pomp-2-2014.pdf.

Pomp, M. (2010). *Een beter Nederland: de gouden eieren van de gezondheidszorg*, Uitgeverij Balans.

Informatie over de auteur

Marc Pomp is zelfstandig adviseur gezondheidseconomie.