

Maatschappelijke baten

*Deelrapport van de VTV 2010
Van gezond naar beter*

N.A.M. Post
S.L.N. Zwakhals
J.J. Polder

Maatschappelijke baten

Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter

Ontwerp

Bureau Op Stand – Den Haag

Omslag

Optima Forma bv – Voorburg

Drukwerk

Koninklijke Broese & Peereboom – Breda

Een publicatie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

Auteursrechten voorbehouden

© 2010, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven



Bohn
Stafleu
van Loghum

Bohn Stafleu Van Loghum, Houten
Het Spoor 2
3994 AK Houten

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van het RIVM en de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

RIVM-rapportnummer: 270061009

ISBN: 978 9078 12237 1

NUR 860

Dit rapport is onderdeel van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010

Van gezond naar beter (ISBN 978 9078 12233 3)

Gezondheid en determinanten (ISBN 978 9078 12234 0)

Effecten van preventie (ISBN 978 9078 12235 7)

Tijd en toekomst (ISBN 978 9078 12236 4)

Maatschappelijke baten (ISBN 978 9078 12237 1)

Verzamelbox Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010.

Van gezond naar beter (ISBN 978 9078 12238 8)

Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven
(ISBN 978 9078 12239 5, RIVM en SCP – niet in verzamelbox)

Inhoud

1	Maatschappelijke baten	5
1.1	Aanleiding en kennisvraag	6
1.2	Van Den Haag naar Tallinn	7
1.3	Doelstelling, uitgangspunten en leeswijzer	8
2	Zorg, preventie en volksgezondheid	11
2.1	Inleiding	12
2.2	Effecten van preventie en zorg	12
2.3	Effectiviteit en generieke doelmatigheid	14
2.4	Economische waardering van gezondheid	14
2.5	Slotsom	15
3	Volksgezondheid en welvaart	17
3.1	Inleiding	18
3.2	Economische groei	19
3.3	Arbeidsproductiviteit	22
3.4	Arbeidsparticipatie en ziekteverzuim	26
3.5	Omvang arbeidsgelateerde baten van gezondheid	33
3.6	Slotsom	34
4	Volksgezondheid en maatschappelijk welbevinden	35
4.1	Inleiding	36
4.2	Uitsluiting	37
4.3	Participatie in vrijwilligerswerk	39
4.4	Participatie in mantelzorg	41
4.5	Slotsom	44
5	Zorg, preventie en welvaart	45
5.1	Inleiding	46
5.2	Definities	47
5.3	Aandeel van de gezondheidszorg in de economie	48
5.4	Bijdrage van de gezondheidszorg aan de werkgelegenheid	51
5.5	De economische structuur van de zorgsector vergeleken	52
5.6	Slotsom	55
6	Zorg, preventie en maatschappelijk welbevinden	57
6.1	Inleiding	58
6.2	Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg	60
6.3	Gezondheidszorg als hulp bij maatschappelijke problemen	61
6.4	Slotsom	61

>>

7	Samenvatting, beschouwing en kennisagenda	63
7.1	Maatschappelijke baten	64
7.2	Bevindingen	64
7.3	Interpretatie	65
7.4	Toepassingen	67
7.5	Implicaties	68
7.6	Kennisagenda	69
	Literatuur	71
	Bijlage 1	78
	Projectteam, begeleidingscommissie en geraadpleegde deskundigen	
	Bijlage 2	80
	VTV 2010: Rapporten, projectleiders, kernteam en begeleidende commissies	
	Bijlage 3	82
	Afkortingen en begrippen	

1

Maatschappelijke baten

1.1 Aanleiding en kennisvraag

Preventie en zorg zijn maatschappelijke investeringen

Gezondheid is een groot goed. Niet alleen door de afwezigheid van ziekte, pijn en lijden, maar ook omdat gezondheid mensen in staat stelt om zo lang mogelijk van het leven te genieten. Gezondheid is niet alleen een doel op zichzelf, maar ook een middel om deel te kunnen nemen aan het maatschappelijke en economische leven. Gezondheid is daarom niet alleen voor individuen van belang; het heeft tevens een maatschappelijke betekenis.

Preventie en zorg dragen bij aan de verbetering van de volksgezondheid. Maar liefst de helft van de toegenomen levensverwachting in de laatste 50 jaar is te danken aan preventie en zorg en dit is nog een voorzichtige schatting (Meerding et al., 2007). Preventie en zorg vervullen zo een belangrijke rol in de samenleving, niet alleen in het voorkomen en genezen van ziekten en het zorgen voor zieken, maar ook als bron van maatschappelijke baten. Preventie en zorg zijn voor de samenleving dan ook niet alleen een kostenpost als wel een investeringspost. In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2006 is in het kader van een globale verkenning van de relaties tussen gezondheid en welvaart de suggestie gedaan dat investeringen in preventie en zorg wel eens een heel hoog rendement zouden kunnen hebben (De Hollander et al., 2006).

VWS vraagt advies en laat onderzoek doen naar de maatschappelijke baten van de gezondheidszorg

De overheid heeft deze boodschap opgepakt. Zo schreef minister Klink in het voorwoord van zijn preventievisie 'Gezond zijn, gezond blijven' bijvoorbeeld het volgende: 'Investeren in gezondheid levert rendement op, namelijk langer werken en leven in goede gezondheid. Een gezond Nederland is een voorwaarde voor een welvarend Nederland. De gezondheidszorg onderhoudt menselijk talent en draagt eraan bij dat Nederland in de top komt van Europa' (VWS, 2007a). Kortom, health is wealth.

Om deze maatschappelijke baten beter in beeld te krijgen heeft de minister twee trajecten in gang gezet, namelijk een adviestraject en een onderzoekstraject. In het adviestraject heeft de minister in het najaar van 2008 aan een viertal adviesraden gevraagd om een visie te ontwikkelen op de rol die zogeheten parallelle belangen op het terrein van onderwijs, arbeidsorganisaties en lokaal bestuur kunnen spelen bij het bevorderen van gezondheid door middel van preventie. Het betrof de Sociaal-Economische Raad (SER), de Onderwijsraad (OR), de Raad voor het openbaar bestuur (Rob) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Deze raden werden tevens verzocht om aanbevelingen te doen over de manier waarop deze parallelle belangen het beste ingezet kunnen worden om een bijdrage te leveren aan de gezondheid van de Nederlandse bevolking. De adviezen werden in het voorjaar van 2009 uitgebracht (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg et al., 2009; SER, 2009).

Het onderzoekstraject omvat vier deelprojecten met een korte looptijd die voor de zomer van 2009 van start zijn gegaan. Deze onderzoeken richten zich op verzoek van het ministerie vooral op de relatie tussen gezondheid, preventie en zorg en de daaruit voortvloeiende baten. Marc Pomp, gespecialiseerd in economische beleidsanalyse, heeft naar het rendement van de gezondheidszorg gekeken (Pomp, 2010). Wegen de kosten ervan op tegen de baten? Consultancybureau Boer & Croon kreeg de opdracht om de zorg als bedrijfstak in kaart te brengen en daarbij vooral in te gaan op de economische betekenis (Boer & Croon, 2009). Aan de Stichting Economisch Onderzoek Rotterdam (SEOR) werd verzocht om de arbeidsgerelateerde baten van gezondheid te kwantificeren met een focus op arbeidsproductiviteit en werkverzuim (De Koning et al., 2009).

Maatschappelijke baten in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het RIVM gevraagd om in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van 2010 opnieuw aandacht te besteden aan de maatschappelijke baten van gezondheid en zorg en daarbij voort te bouwen op de adviezen van de raden en de door VWS uitgezette onderzoeken. En dan niet alleen in het kernrapport maar tevens in een deelrapport waarin de bestaande kennis overzichtelijk bij elkaar wordt gezet. Uitdrukkelijk werd daarbij ook gevraagd om het gehele discours over de maatschappelijke baten van gezondheid en zorg te beschouwen vanuit wetenschappelijk en beleidsmatig perspectief.

Alvorens aan te geven hoe deze kennisvraag in dit rapport wordt beantwoord en welke uitgangspunten en doelstellingen daarbij worden gehanteerd, wordt kort stil gestaan bij de recente historie en de internationale context van dit onderwerp.

1.2 Van Den Haag naar Tallinn

De VTV 2006 was zeker niet de eerste publicatie waarin aandacht werd gevraagd voor de welvaartsaspecten van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Reeds in 1993 verscheen het rapport 'Gezondheidszorg in Tel' waarin een uitvoerig overzicht werd gegeven van de economische en maatschappelijke betekenis van gezondheid voor de samenleving. Dit rapport werd geschreven in opdracht van de zorgaanbieders die verenigd waren in de Nederlandse Zorgfederatie. Een uitdrukkelijk doel was om de maatschappelijke verankering van de gezondheidszorg meer zichtbaar te maken en te laten zien dat het in de zorg om meer gaat dan om kostenstijgingen en bezuinigingen. Om een evenwichtig beeld te krijgen, betoogde de commissie onder leiding van Arie van der Zwan, dienen de zorgkosten in het perspectief geplaatst te worden van de economische en de maatschappelijke betekenis van de gezondheidszorg. De gezondheidszorg levert allerlei maatschappelijke baten op. Zo draagt zij bij aan de participatie in de samenleving 'door het gezond maken en gezond houden van de menselijke infrastructuur'. Daarnaast is de zorgsector een bedrijfstak die zowel direct, binnen de sector zelf, als indirect via toeleveranciers en output een belangrijke bijdrage levert aan de Nederlandse economie (Van der Zwan et al., 1993). Het rapport werd wisselend ontvangen, mede door de gevoeligheid van de wachtlijstproblematiek die op dat moment heel groot was. De hoofdredacteur van Medisch Contact was in elk geval erg enthousiast: 'Mij valt de frisse toon op waarin het rapport is geschreven. Het breekt de staf met de toberigheid die op dit moment het denken over de toekomst van de gezondheidszorg verlamt. Immers, veelal wordt er gedaan alsof de gezondheidszorg slechts een op de nationale economie drukkende last is. Het rapport toont aan, dat de gezondheidszorg een voor de Nederlandse samenleving belangrijke bouwsteen is, in zowel maatschappelijk als economisch opzicht' (Spreeuwenberg, 1993).

Gezondheidszorg in Tel stond aan het begin van een reeks rapporten die echter steeds meer de nadruk legden op de zorg op mesoniveau en het karakter van brancherapporten kregen. De macro-economische lijn verdween wat uit beeld, tot deze in 2000 door directeur-generaal Van Lieshout werd opgepakt in de visienota 'Gezondheidszorg in sociaaleconomisch perspectief'. 'Gezondheid en zorg dragen bij aan maatschappelijke welvaart,' zo luidde de centrale boodschap die wel aannemelijk werd gemaakt, maar niet met veel feiten en cijfers werd onderbouwd (Van Lieshout, 2000). Vervolgens was het weer enige jaren stil tot het ministerie van VWS in 2007 de kleurrijke bundel 'Niet van later zorg' het licht deed zien waarin een hoofdstuk was gewijd aan 'de toegevoegde waarde van zorg aan de economie' (VWS, 2007b). De kracht van deze inspirerende bundel was dat het allerlei gezichtspunten bij elkaar zette. De keerzijde daarvan was dat er niet een consistente visie werd ontwik-

keld. Dat was overigens ook niet het doel, wat gesymboliseerd werd door de bundel in een ringband uit te geven. 'Deze ringband staat symbool voor de manier waarop de bundel is samengesteld: verschillende visies op uiteenlopende zorgthema's. Met deze bundel hopen we u op een creatieve wijze inzicht te geven in verschillende visies op de toekomst en u te laten nadenken over wat verschillende toekomstbeelden (of het voorkómen daarvan) nu voor ons betekenen.'

Internationaal neemt de aandacht voor maatschappelijke baten van gezondheid weer toe

Deze hernieuwde aandacht is niet een typisch Haags of Nederlands fenomeen. Ook in andere landen leeft de aandacht voor de baten van gezondheid weer op. Met name de Amerikaanse economen Fogel en Cutler (2002) hebben een lans gebroken voor de economische betekenis van de volksgezondheid. Cutler onderscheidt bijvoorbeeld drie fases als hij de ontwikkelingsgang van de gezondheidszorg in ontwikkelde landen vergelijkt. In de eerste fase staat gelijke toegang tot de zorg centraal. De daaropvolgende tweede fase wordt gekenmerkt door kostenbeheersing omdat hoge zorguitgaven een drukkend effect op de welvaart kunnen hebben. In de derde fase richt men zich op versterking van prikkels voor doelmatigheid. Deze fasen vallen samen met een veranderende visie op de zorguitgaven: van middel om te investeren in de kwaliteit van de samenleving, via een maatschappelijke last vanwege de hoge kosten tot een investering in welvaart en welbevinden. Fogel vat de consequentie van de veranderende inzichten bondig samen: 'the increasing share of global income spent on healthcare expenditures is not a calamity; it is a sign of the remarkable economic and social progress of our age' (Fogel, 2004).

Niet alleen wetenschappers maar ook beleidsmakers tonen belangstelling

Deze veranderende visie op gezondheid als maatschappelijke investering is vanuit de academische debatten ook overgenomen door gezaghebbende instituties als de World Health Organization (WHO) en de Europese Commissie. Belangrijke mijlpalen waren het 'World Health Report' uit 2000 (WHO, 2000) en het EU-rapport over 'the contribution of health to the economy of the European Union' uit 2005 (Suhrcke et al., 2005). In vervolg hierop kwamen in 2008 op uitnodiging van de WHO alle Europese gezondheidsministeries naar Tallinn om met elkaar te debatteren over 'health and wealth'. De lidstaten legden een gezamenlijke verklaring af, waarin onder andere werd opgemerkt dat 'beyond its intrinsic value, improved health contributes to social well-being through its impact on economic development, competitiveness and productivity. High performing health systems contribute to economic development and wealth.' Ook zegden ze toe om te investeren in de gezondheidszorg alsmede in andere sectoren die van invloed zijn op de volksgezondheid, met gebruikmaking van 'evidence on the

links between socioeconomic development and health.' Dat welvaart en economische ontwikkeling daarbij niet te smal moeten worden afgebakend blijkt uit een andere toezegging die de ministers van volksgezondheid deden, namelijk: 'to promote shared values of solidarity, equity and participation through health policies, resource allocation and other actions, ensuring due attention is paid to the needs of the poor and other vulnerable groups' (WHO, 2008).

1.3 Doelstelling, uitgangspunten en leeswijzer

Doelstellingen

In dit rapport worden de maatschappelijke baten van gezondheid, preventie en zorg in kaart gebracht. Er zijn drie doelstellingen:

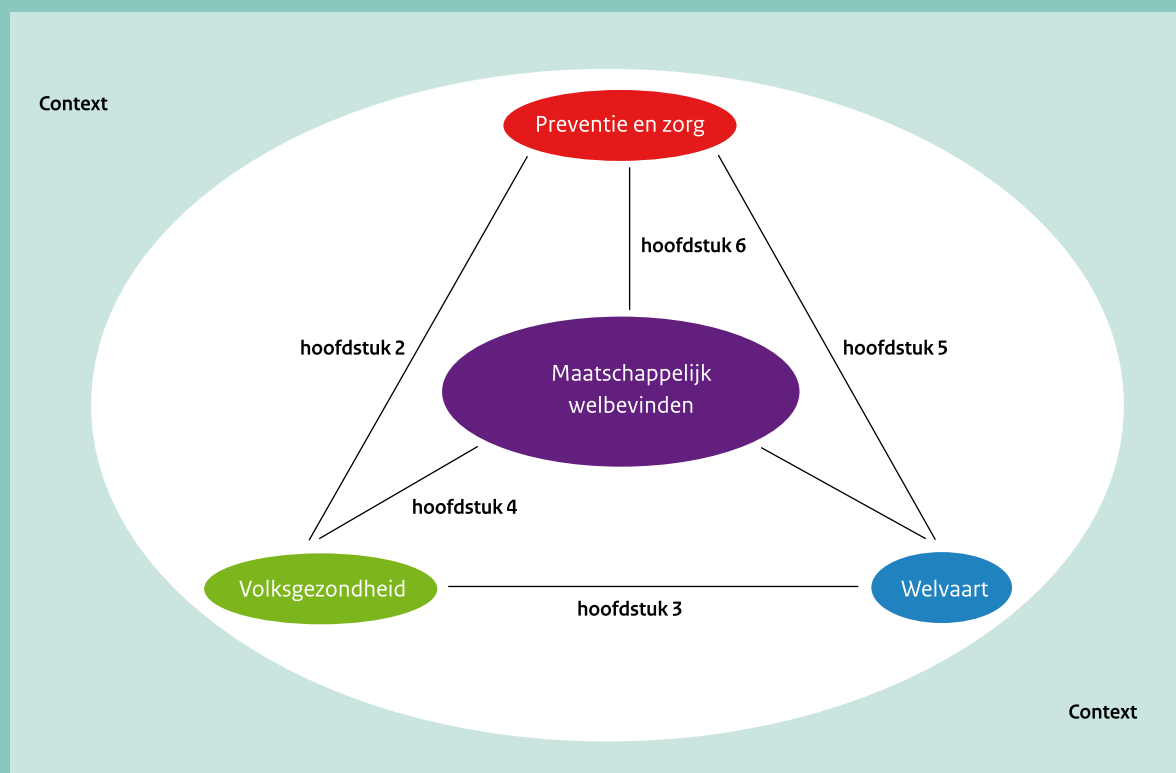
- 1 het inventariseren en in een coherent raamwerk bij elkaar brengen van bestaande kennis over dit onderwerp;
- 2 het duiden en interpreteren van het debat over de maatschappelijke baten;
- 3 het opstellen van een kennisagenda.

Uitgangspunten

Dit deelrapport vormt een onderdeel van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Evenals in de andere rapporten staat kennisintegratie centraal. Dit betekent dat voor dit rapport gegevens uit allerlei bronnen en studies bij elkaar worden gezet in een samenhangend kader. Daarbij wordt waar relevant voortgebouwd op de adviezen van de

Figuur 1.1

Conceptueel raamwerk met bijbehorende hoofdstuknummers (Bron: Gebaseerd op Figueras et al., 2008)



raden en de door VWS uitgezette onderzoeken. ‘Enlightenment’ is een van de belangrijke functies: het verhelderen van begrippen, relaties en thema’s. De VTV heeft daarbij als doel om belangrijke ontwikkelingen te interpreteren en de betekenis voor het beleid aan te geven. Dit rapport fungeert daarom ook als bouwsteen voor het kernrapport van de VTV 2010 ‘Van gezond naar beter’.

Specifiek voor dit rapport zijn er nog twee uitgangspunten. Ten eerste wordt een brede visie op maatschappelijke baten van gezondheid en zorg gehanteerd, met een onderscheid tussen economische en niet-economische baten. Als uitgangspunt gelden maatschappelijke baten op macro-economisch niveau en wordt niet expliciet ingegaan op verdelingsvraagstukken en rechtvaardigheidsoverwegingen. Ten tweede wordt het conceptuele raamwerk gehanteerd dat werd gepresenteerd tijdens de Health and Wealth conferentie in Tallinn als basis voor een raamwerk voor onze inventarisatie en beschrijving. Er is voor dit raamwerk gekozen omdat het aansluit bij de wens van de opdrachtgever om de opbrengsten van gezondheid en zorg gestructureerd in kaart te brengen. Het Tallinn-raamwerk laat de verschillende relaties tussen gezondheid en welvaart zien en brengt deze met elkaar in verband.

Het conceptuele raamwerk voor dit rapport

In *figuur 1.1* is te zien dat in het raamwerk maatschappelijk welbevinden centraal staat. Het raamwerk is gebaseerd op het uitgangspunt dat de volksgezondheid, de welvaart en preventie en zorg het maatschappelijk welbevinden beïnvloeden. Maar er zijn meer interacties tussen de verschillende componenten. Zo loopt de invloed van preventie en zorg op het maatschappelijk welbevinden ook via een betere volksgezondheid en meer welvaart. Uiteraard zijn er nog veel meer invloeden op het maatschappelijk welbevinden. Deze worden hier tot de context gerekend die verder buiten beschouwing wordt gelaten.

Afbakening in dit rapport

Het in *figuur 1.1* weergegeven raamwerk behandelt meerdere relaties. Aangezien de interesse uitgaat naar de opbrengsten van volksgezondheid en preventie en zorg, kijkt dit rapport primair naar die relaties die daar iets over zeggen. Dat betekent dat de invloed van welvaart alleen kort ter sprake komt als het raakt aan volksgezondheid en preventie en zorg. De invloed van welvaart op maatschappelijk welbevinden wordt in het geheel buiten beschouwing gelaten. Vanuit volksgezondheid en preventie en zorg wordt dus gekeken naar maatschappelijk welbevinden en welvaart. Hoewel er sprake is van een wisselwerking tussen de drie begrippen in de driehoek, komen voor de overzichtelijkheid de verschillende relaties afzonderlijk aan bod. De relaties uit het raamwerk zullen in achtereenvolgende hoofdstukken besproken worden. Het raamwerk zal primair gebruikt worden om de bestaande kennis te structureren en in samenhang met elkaar weer te geven.

Hoe de begrippen in dit rapport gebruikt worden

Over de invulling van begrippen als welvaart en volksgezondheid worden in de wetenschappelijke wereld uitvoerige discussies gevoerd. Gaat het bij welvaart alleen om materiële zaken, of vallen ook immateriële aspecten eronder? Zijn er objectieve factoren of spelen ook subjectieve waarderingsaspecten een rol? Voor elk van de onderdelen van het conceptuele raamwerk is zo wel een uitgebreide wetenschappelijke verhandeling mogelijk. Deze discussie komt hier niet aan de orde, wel volgt een korte omschrijving van de verschillende begrippen in dit rapport.

- 1 *Preventie en zorg*: alle activiteiten gericht op het verbeteren, herstellen en behouden van de gezondheid van mensen zowel via zorg als preventie, alsmede de mensen en organisaties die deze activiteiten uitvoeren en financieren.
- 2 *Volksgezondheid*: de gezondheidstoestand van een bevolking. Indicatoren zijn: levensverwachting, sterfte, gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, ervaren gezondheid en ziekte en aandoeningen.
- 3 *Welvaart*: economische groei, uitgedrukt in bruto nationaal product en de daarmee samenhangende aspecten als werkgelegenheid, innovatie, arbeidsparticipatie en productiviteit.
- 4 *Maatschappelijk welbevinden*: kwaliteit van leven in een samenleving; dat wil zeggen de levensstandaard en de subjectieve waardering daarvoor. Dit is een heel breed begrip waarin iedereen wel iets van zijn gading kan vinden. Het is een zogenaamd ‘boundary object’: het brengt mensen met verschillende achtergronden en verschillende discoursen of perspectieven samen (Star & Griesemer, 1989). De invulling van dit begrip hangt dus af van het perspectief van waaruit men het bekijkt. Vanuit de relatie met de volksgezondheid stelt dit rapport de maatschappelijke participatie centraal. Vanuit preventie en zorg bestaan enkele andere dimensies die te maken hebben met het gevoel van veiligheid dat burgers ontleen aan de aanwezigheid van voorzieningen voor preventie en zorg.

Leeswijzer

Dit rapport is opgebouwd volgens de relaties uit *figuur 1.1*. *Hoofdstuk 2* behandelt de invloed van preventie en zorg op de volksgezondheid. De hoofdstukken daarna beschrijven achtereenvolgens wat bekend is over de relaties tussen volksgezondheid en preventie en zorg enerzijds en welvaart en maatschappelijk welbevinden anderzijds. Het gaat om de relatie tussen volksgezondheid en welvaart (*hoofdstuk 3*), de relatie tussen volksgezondheid en maatschappelijk welbevinden (*hoofdstuk 4*), de betekenis van preventie en zorg voor de welvaart (*hoofdstuk 5*) en het maatschappelijke welbevinden (*hoofdstuk 6*). In *hoofdstuk 7* worden de bevindingen samengebracht en wordt nagegaan wat de betekenis is voor het denken over volksgezondheid en zorg. Het hoofdstuk besluit met een kennisagenda.

2

Zorg, preventie en volksgezondheid

2.1 Inleiding

Preventie en zorg dragen bij aan het behoud en de verbetering van de volksgezondheid, zie *figuur 2.1*. Deze bijdrage kan op meerdere niveaus in kaart worden gebracht. Op microniveau wordt gekeken wat de effecten van afzonderlijke interventies zijn. Op macroniveau staat het totaaleffect centraal. Wat is de bijdrage van alle preventie en zorg aan de volksgezondheid of aan de levensverwachting? Dit hoofdstuk gaat over het macroniveau. De effecten van afzonderlijke preventieve interventies staan centraal in het deelrapport 'Effecten van preventie' van de VTV 2010.

In dit hoofdstuk wordt eerst het effect van preventie en zorg op de volksgezondheid in kaart gebracht (*paragraaf 2.2*). Vervolgens komt de doelmatigheid van preventie en zorg (*paragraaf 2.3*) en de economische waardering van gezondheidsverbetering (*paragraaf 2.4*) aan bod. In de slotsom staan de belangrijkste bevindingen (*paragraaf 2.5*).

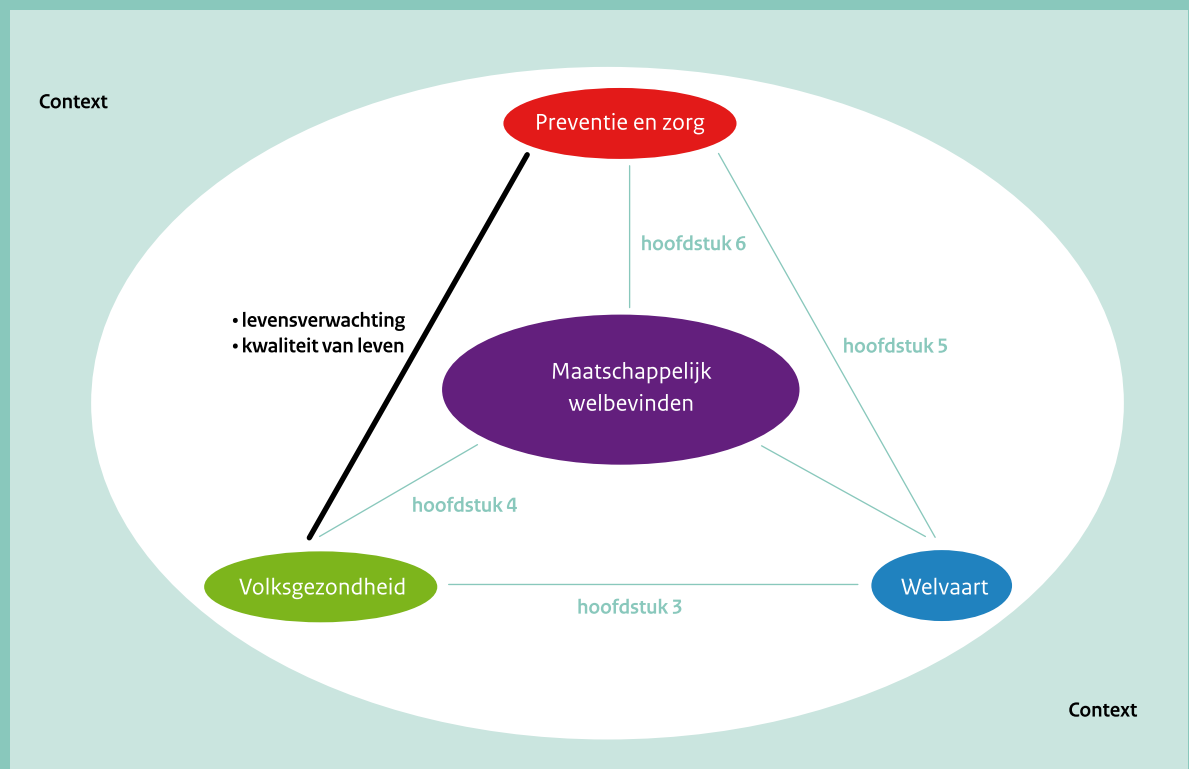
2.2 Effecten van preventie en zorg

Een hypothetische nulsituatie

Lange tijd heerste de gedachte dat onze gezondheid vooral te danken was aan de beschikbaarheid van schoon drinkwater, de aanleg van riolering en verbeterde levensomstandigheden, waaronder met name voeding. Deze visie is met kracht uitgedragen door mensen als McKeown en Illich en voor de eerste helft van de twintigste eeuw klopt deze boodschap ook. Steeds meer wordt echter duidelijk dat bij de recente verbeteringen in de volksgezondheid nieuwe medische technologieën en betere zorg een belangrijke rol hebben gespeeld. Om daar greep op te krijgen is voor drie ziektegroepen, namelijk infectieziekten, kanker en hart- en vaatziekten, een hypothetische nulsituatie geïntroduceerd, waartegen de huidige volksgezondheidsituatie is afgezet (Meerding et al., 2007). Die nulsituatie kenmerkt zich door de afwezigheid van medisch curatieve zorg en enkele vormen van preventie zoals het gebruik van geneesmiddelen ter verlaging van de bloeddruk en het cholesterolgehalte, vaccinaties en de vroege opsporing van ziekten (screening).

Figuur 2.1

Conceptueel raamwerk met bijbehorende hoofdstuknummers (Bron: Gebaseerd op Figueras et al., 2008)



Tabel 2.1

Totale bijdrage aan de levensverwachting en de kwaliteit van leven en gemiddelde kosteneffectiviteit van het totaal van preventie en zorg bij drie ziektegroepen (Bron: Meering et al., 2007)

	Infectieziekten	Hart- en vaatziekten	Kanker
Levensverwachting (jaar)	+ 1,4	+2,0	M: + 0,30 V: + 0,85
Kwaliteit van leven (ziektejaarequivalenten)	+ 0,2	+1,0	Minimaal
Gemiddelde kosten-effectiviteit (€/QALY)	3.800 (2.900-5.300)	2.000 (1.600-3.500)	17.000 (16.000-18.000)
Aandoeningen waarbij veel gezondheidswinst is geboekt	Tuberculose, bronchitis, griep, longontsteking	Beroerte, coronaire hartziekten	Borstkanker, dikkedarmkanker

Aan de hand van historische gegevens over de incidentie, de overleving en de sterfte is voor de afzonderlijke ziekten afgeleid wat het effect van de gezondheidszorg is geweest. Dit zverschillende vaccinaties en nieuwe therapieën in de cardiovasculaire geneeskunde. De gezondheidsverbeteringen door gezondheidszorg zijn daarbij onderscheiden van de gezondheidsgevolgen van veranderingen in leefstijl – zoals roken, voedingsgewoonten, alcoholgebruik en seksueel gedrag – en van sociaaleconomische en sociaal-culturele veranderingen.

Infectieziekten, hart- en vaatziekten en kanker

Sinds de jaren '50 is de algemene levensverwachting van de Nederlandse bevolking toegenomen met meer dan 7 jaar. Ruim de helft hiervan was het gevolg van preventie en zorg bij infectieziekten, hart- en vaatziekten en kankers (tabel 2.1). Gecorrigeerd voor kwaliteit van leven, is de levensverwachting voor deze drie ziektegroepen zelfs nog iets sterker toegenomen, namelijk met gemiddeld zo'n 5 jaar. Daarbij was de stijging voor vrouwen wat groter dan voor mannen (namelijk 6 versus 4 jaar) bij deze drie ziektegroepen samen. Dat de gezondheidswinst bij vrouwen groter is, hangt samen met grotere verbeteringen bij hart- en vaatziekten, vooral bij beroerten. Daarnaast is het te danken aan het bevolkingsonderzoek op borstkanker en de verbeterde behandeling van deze ziekte.

Zorg rondom de geboorte, diabetes en verpleeghuiszorg

In de achterliggende eeuw is ook de babysterfte aanzienlijk afgenomen. Ook hier geldt dat tal van invloeden een rol spelen. Om iets te kunnen zeggen over de bijdrage van de gezondheidszorg heeft Marc Pomp gegevens over stuitbevelingen en een laag geboortegewicht op een rij gezet (Pomp, 2010). Hij concludeert dat betere zorg rond de geboorte de levensverwachting met 1,8 jaar heeft laten toenemen. Dit zou zelfs een onderschatting kunnen zijn, omdat geen rekening is gehouden met allerlei complicaties tijdens de

zwangerschap en de bevalling die dankzij de moderne zorg niet levensbedreigend zijn voor moeder of kind.

Ook voor diabetes heeft Pomp een effectschatting gemaakt. Daarbij ging hij alleen uit van het effect van betere bloedsuikerwaarden als gevolg van betere zorg. Hij komt daarbij uit op een stijging van de levensverwachting met 0,3 jaar door de verbeterde diabeteszorg. Ook dit lijkt een onderschatting omdat heel veel andere invloeden niet zijn meegenomen. Ten slotte heeft Pomp nog gekeken naar de effecten van langdurige zorg. Voor zijn berekening veronderstelt hij dat mensen dankzij goede verpleeghuiszorg gemiddeld 1 jaar langer leven dan wanneer zij niet worden opgenomen. De levensverwachting neemt dan toe met 0,1 jaar.

2.3 Effectiviteit en generieke doelmatigheid

Preventie en zorg doen er toe!

In aanvulling op de vier jaar die door Meerding zijn geschat, komt Pomp dus op nog ruim twee jaar extra levensverwachting als resultaat van betere zorg. Deze cijfers zijn echter met aanzienlijk meer onzekerheid omgeven dan de schattingen van Meerding, die ook al grofmazig waren. Ze geven echter voldoende houvast dat preventie en zorg er toe doen. De volksgezondheid wordt er beter door. En dan gaat het nog niet eens over allerlei andere aandoeningen, zoals veel voorkomende aandoeningen en klachten van het bewegingsapparaat, psychische stoornissen en aandoeningen van de luchtwegen. Ook bij die ziekten draagt de zorg bij aan de kwaliteit van leven en het welbevinden van de patiënten, ook al kunnen er op macroniveau verder geen getallen aan verbonden worden. Verder onderzoek is zeker gewenst. Voor dit moment volstaat de conclusie dat er voldoende bewijzen zijn dat preventie en zorg substantieel bijdragen aan de volksgezondheid in Nederland.

Doelmatigheid

Naast de effecten is ook de doelmatigheid van belang. Met behulp van gegevens uit het kosten van ziekteonderzoek heeft Meerding een inschatting gemaakt van de generieke doelmatigheid van preventie en zorg bij de onderzochte ziektegroepen. Het rendement van de zorg euro varieerde sterk tussen de ziektegroepen, met name door de verschillen in effectiviteit. Bij infectieziekten en hart- en vaatziekten bleken de kosten per gewonnen kwaliteitsgecorrigeerd levensjaar (QALY) 2.000 tot 5.000 euro te bedragen. Bij kanker waren de kosten met 16.000 tot 18.000 euro per gewonnen QALY aanzienlijk hoger. Deze bedragen hebben betrekking op de gemiddelde kosteneffectiviteit van het totale pakket aan medische zorg bij de onderzochte aandoeningen ten opzichte van een situatie waarin er in het geheel geen medische zorg zou zijn geweest.

2.4 Economische waardering van gezondheid

Een economische benadering van de waarde van gezondheid

Gezondheid is van grote waarde en betekenis. Zowel voor mensen zelf als voor de samenleving. In de VTV 2006 is onderscheid gemaakt tussen de 'consumptiewaarde' en de 'productiewaarde'. Met consumptiewaarde werd bedoeld dat gezondheid in zichzelf waardevol is en door consumenten in zekere zin vergeleken kan worden met andere goederen en diensten die hun welvaart vergroten. De Amerikaanse econoom Nordhaus heeft in dit verband gesproken over 'health income' en hij concludeerde daarover: 'If the results of this and other related papers are confirmed, then the role of the health-care system should be rethought. Over the last half century, economic welfare from health care expenditures appears to have contributed as much to economic welfare as the rest of consumption expenditures' (Nordhaus, 2002). De vraag is hoeveel die 'health income' dan precies is. Het gaat dan onder andere over de waarde van een QALY. Daarover is onder economen geen eenduidigheid (Brouwer, 2009). Weliswaar heeft de RVZ een range van 20.000-80.000 euro per gewonnen levensjaar voorgesteld, maar ook daarover bestaat nog veel discussie (RVZ, 2006). In de literatuur komen ook hogere bedragen voor. Hoe het ook zij, alle schattingen lopen in de tienduizenden euro's en benaderen eerder de 100.000 euro dan de 20.000. Met dat soort bedragen leveren verbeteringen van de volksgezondheid in termen van levensverwachting en kwaliteit van leven geweldige maatschappelijke baten op. Dat het daarbij niet om tastbaar geld gaat dat opnieuw uitgegeven kan worden doet niet ter zake. Het gaat om de waardering ten opzichte van de particuliere consumptie, zoals Nordhaus stelde en die waardering is bijzonder hoog. Een consequentie is ook dat investeringen in preventie en zorg een zeer hoog rendement opleveren. In de voorbeelden van Meerding zou het ruwweg gaan om een factor 5-6 voor de huidige kankerzorg, een factor 20-25 voor infectieziekten en maar liefst een factor 25-50 voor investeringen in de preventie en zorg bij hart- en vaatziekten. Over de betekenis en de implicaties van dit soort getallen bestaat nog veel onduidelijkheid. Kennisvermeerdering op dit terrein is wenselijk, waarbij de focus tevens verbreed moet worden. Immers, een QALY is slechts een van de indicatoren om de volksgezondheid te meten, en bovendien een indicator die voor bepaalde terreinen zoals de langdurige zorg minder geschikt is. Meer algemeen gaat het daarom om de collectieve waardering van gezondheid, preventie en zorg.

Bij de consumptiewaarde gaat het om de waarde die aan gezondheid als zodanig wordt toegekend. Daarnaast heeft gezondheid ook een productiewaarde. Gezondheid is namelijk niet alleen een doel maar ook een middel dat mensen onder andere in staat stelt om te werken en om andere dingen te doen. De twee volgende hoofdstukken zijn aan deze vorm van maatschappelijke baten gewijd. *Hoofdstuk 3* bespreekt de relatie tussen gezondheid en welvaart. Aansluitend staat in *hoofdstuk 4* de invloed op het maatschappelijk welbevinden centraal.

2.5 Slotsom

Preventie en zorg dragen aanzienlijk bij aan de volksgezondheid

In dit hoofdstuk is gekeken naar de invloed van preventie en zorg op de volksgezondheid. Deze invloed is groot. Zeker de helft van de toename in de levensverwachting was in de achterliggende decennia het gevolg van preventie en zorg. Verbeteringen in de kwaliteit van leven komen daar nog bij. Het meest is bekend over infectieziekten, kanker en hart- en vaatziekten. Ook zijn er aanwijzingen dat de zorg rondom de geboorte heeft bijgedragen aan de stijging van de levensverwachting. De relatie tussen preventie en zorg enerzijds en de volksgezondheid anderzijds kan dus nog verder ontrafeld worden. Maar dat verandert niets aan de conclusie van dit hoofdstuk: preventie en zorg doen ertoe.

Waarde van gezondheid

Gezondheid is een belangrijke voorwaarde om aan het economische en maatschappelijke leven deel te nemen. Los daarvan heeft de volksgezondheid ook waarde in zichzelf. Gezondheid wordt hoog gewaardeerd. Door economen wordt wel geprobeerd om die waarde te schatten, maar tot nu toe heeft dat niet tot eenduidige resultaten geleid. Voor de besluitvorming over preventie en zorg is het wel belangrijk om daar meer grip op te krijgen. Het mooiste zou zijn als er een integraal afwegingskader ontwikkeld zou worden, waarin de verschillende aspecten van gezondheid, preventie en zorg een plaats hebben.

3

Volksgezondheid en welvaart

3.1 Inleiding

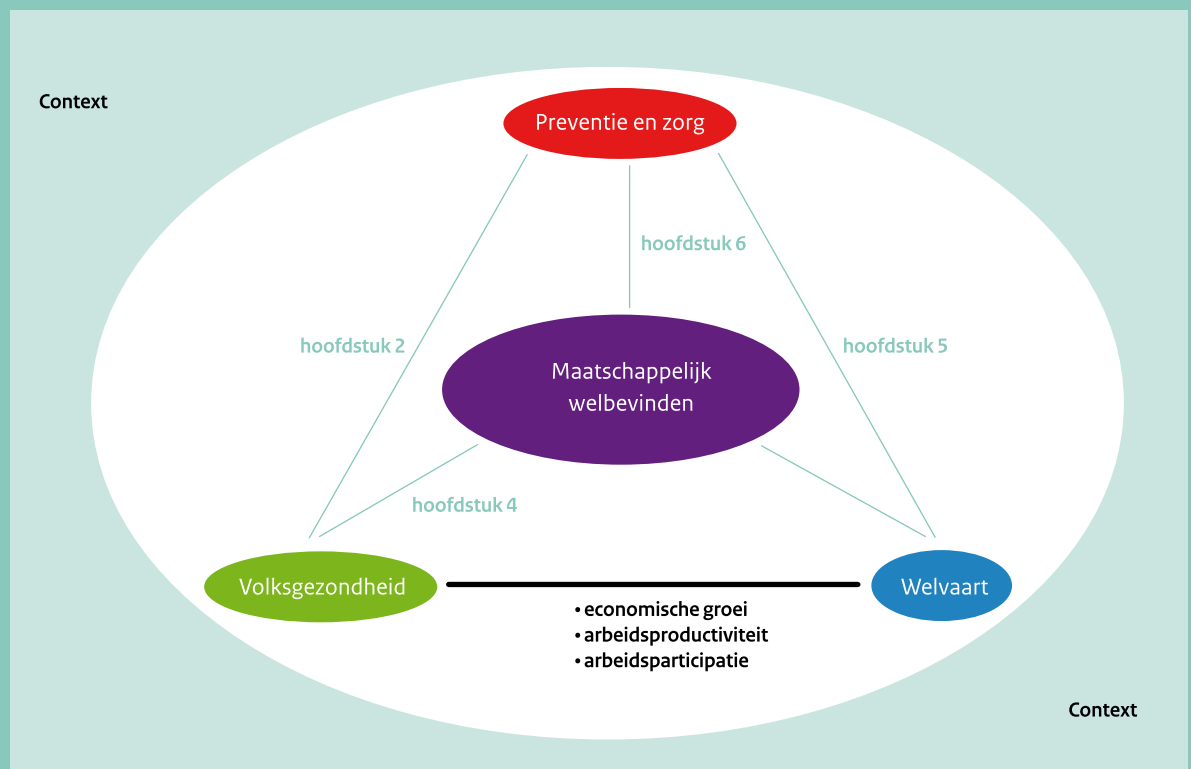
Gezondheid leidt tot welvaart is de centrale stelling die in dit hoofdstuk nader uitgewerkt wordt. Er wordt ingezoomd op de relatie tussen gezondheid en welvaart en gekeken naar economische groei, arbeidsproductiviteit en arbeidsparticipatie en verzuim (figuur 3.1). Naast de baten van gezondheid in de vorm van betere welvaart gaat het hier ook om de kosten van ongezondheid en de kostenbesparing die gezondheidsverbetering kan opleveren. Er zijn ook andere invloeden die bijvoorbeeld betrekking hebben op een veranderend spaargedrag wanneer mensen langer leven (Figueras et al., 2008). Dit soort invloeden worden hier buiten beschouwing gelaten.

Het hoofdstuk begint met het beschrijven van de samenhang tussen gezondheid en economische groei (paragraaf 3.2) waarbij de wederkerigheid van de relatie benadrukt wordt door kort in te gaan op de relatie tussen welvaart en volksgezondheid. In de daaropvolgende paragraaf is er aandacht voor arbeidsproductiviteit en onderwerpen die

daarmee samenhangen zoals scholing, mentaal kapitaal en productiviteitsverliezen op het werk. Vervolgens wordt ingegaan op arbeidsparticipatie en verzuim (paragraaf 3.4) en wordt de omvang van de arbeidsgerelateerde baten van gezondheid in kaart gebracht (paragraaf 3.5). Aan het eind van het hoofdstuk (paragraaf 3.6) volgt een korte beschouwing.

Figuur 3.1

Conceptueel raamwerk met bijbehorende hoofdstuknummers (Bron: Gebaseerd op Figueras et al., 2008)



3.2 Economische groei

3.2.1 Van gezondheid naar welvaart

In ontwikkelde landen is de levensverwachting hoog. In 2005 bedroeg de levensverwachting bij geboorte voor de EU-15 79,7 jaar (Figueras et al., 2008). In minder welvarende landen zijn er grote variaties te zien in levensverwachting en deze is over het algemeen aanzienlijk lager. Dat geldt ook voor andere veelgebruikte gezondheidsindicatoren. Er is dus een verband tussen de volksgezondheid en de welvaart van een land. Onderstaande figuur over levensverwachting naar inkomen illustreert dit.

Health is wealth

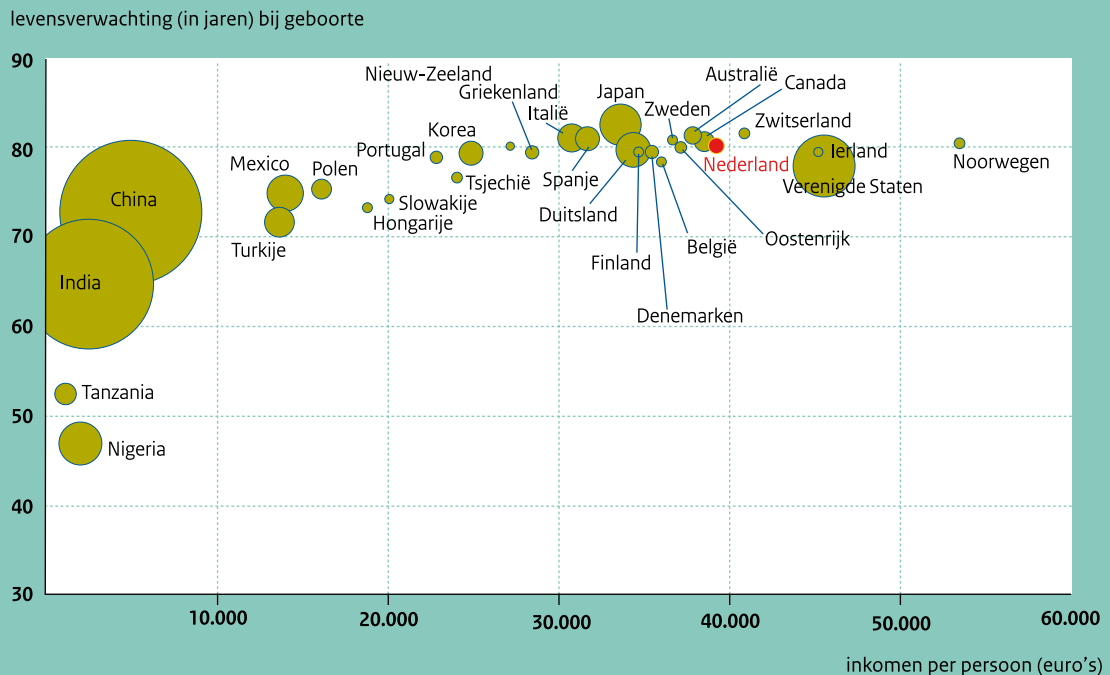
Deze figuur (figuur 3.2) zegt overigens niets over de richting van dit verband. Het gaat namelijk om een wisselwerking. Maar eerst iets meer over de invloed van gezondheid op welvaart. Deze is door velen onderzocht. De Amerikaanse econoom Robert Fogel heeft er zelfs zijn levenswerk van

gemaakt, waarvoor hij in 1993 werd onderscheiden met de Nobelprijs. Op basis van lange tijdsreeksen kwam Fogel tot de conclusie dat een derde van de Britse welvaartsgroei in de periode 1780-1980 kan worden toegeschreven aan verbeteringen in voeding en gezondheid. Ook anderen hebben zich met dit thema beziggehouden, bijvoorbeeld Bloom (1998, 2004) die keek naar de invloed op de economie van wijzigingen in sterfte en levensverwachting als gevolg van verbeteringen in gezondheidstoestand. Tabel 3.1 geeft een beknopt overzicht van de bekendste studies waarin het effect van gezondheid op economische groei is geschat, overigens zonder volledig te zijn.

Tabel 3.1 concentreert zich op studies over de levensverwachting. Er zijn natuurlijk veel meer schattingen waarin ook naar andere factoren is gekeken. Het beeld dat daaruit oprijst, is zeer gemêleerd als het gaat om de grootte van de effecten. Maar hoewel divers qua omvang van het effect vormen al deze studies wel een solide basis voor de algemene conclusie dat er een effect is. Daarbij wijzen alle schattingen ook in dezelfde richting, in de woorden van Bloom: 'new

Figuur 3.2

Mondiale verschillen in levensverwachting en welvaart, 2007 (Bron: OECD, 2009)



Tabel 3.1

Overzicht van studies naar de relatie tussen gezondheid en welvaart/economische groei

Bron	Bevindingen
Fogel (1994)	Verbeteringen in voeding en gezondheid hebben bijgedragen aan een derde van de welvaarts­groei in Groot-Brittannië in de periode 1780-1980.
Bloom & Williamson (1998)	Verbetering van de levensverwachting heeft bijgedragen aan circa de helft van de economische groei in Oost-Azië in de periode 1965-1990.
Bloom & Malaney (1998)	Een toename van de sterfte in Rusland in 1990 zorgde voor afname in economische groei.
Arora (2001)	Verbeteringen in gezondheid in 10 geïndustrialiseerde landen gedurende de periode 1880-1992 leidde tot een toename van de economische groei met 30-40%.
Bloom et al. (2004a)	Stijging van de levensverwachting met 1 jaar leidt tot een toename van 4% in economische groei.
Suhrcke et al. (2007)	2% sterftereductie per jaar levert in landen in Oost-Europa en centraal Azië een stijging op in inkomen per capita van tussen de 26% en 40% afhankelijk van het land.

evidence coupled with a wider perspective suggest sizable economic returns to better health' (Bloom et al., 2004b). Of kortweg: health is wealth.

Ook in westerse landen valt nog winst te behalen

Nu roept zo'n overzicht natuurlijk ook de vraag op of deze effecten ook in de toekomst zullen optreden. Kan verdere verbeteringen in gezondheid soortgelijke groeicijfers geven? Uit *figuur 3.2* kan immers afgeleid worden dat ons onderwerp ook alles te maken heeft met de ontwikkelingsgang van een traditionele economie naar een hoogontwikkelde samenleving. De meeste groeipotentie lijkt zo te zitten in landen zoals Afrika of Zuid-Amerika die deze ontwikkelingsgang (nog) niet hebben doorgemaakt. Bovendien is er sprake van het principe van diminishing returns, ook wel afnemende meeropbrengsten genoemd (Bhargava et al., 2001). In westerse landen is de volksgezondheid over het algemeen hoog waardoor het verhoudingsgewijs steeds moeilijker en kostbaarder wordt om een verdere verhoging te realiseren.

Desondanks is ook in westerse landen nog winst te behalen. Gezondheid is binnen westerse landen namelijk niet gelijk over bevolkingsgroepen verdeeld. Mackenbach et al. (2007) hebben onderzoek gedaan naar de economische betekenis van deze gezondheidsverschillen voor de EU-25. Zij schatten dat 1,4% van het bruto binnenlands product (bbp) van de EU-25, oftewel 141 miljard euro is toe te schrijven aan arbeidsproductiviteitsverlies als gevolg van deze verschillen. Het terugdringen van de gezondheidsachterstanden, hoewel niet eenvoudig, kan dus zowel een bijdrage leveren aan de volksgezondheid als aan de economie. Het belang daarvan is groot, niet alleen door de eisen die de kenniseconomie stelt, maar ook omdat de beroepsbevolking gaat krimpen. Arbeidsparticipatie en onderwijs spelen een belangrijke rol in de versterking van de economie. Een

versterking die ook weer nodig is om de gezondheidszorg in tijden van vergrijzing duurzaam te financieren.

3.2.2 Van welvaart naar gezondheid

In voorgaande is besproken dat gezondheid van invloed is op de welvaart. Maar welvaart en inkomen zijn ook van invloed op gezondheid. Er is sprake van een wederkerige relatie. Als de welvaart drastisch afneemt zou de levensverwachting zelfs kunnen gaan dalen. Dat heeft bijvoorbeeld plaatsgevonden in Oost-Europa na het vallen van de muur, nu 20 jaar geleden. Overigens is het goed om daarbij te beseffen dat het om heel andere doodsoorzaken gaat waardoor de levensverwachting bij stijgende welvaart toeneemt en bij dalende welvaart afneemt.

Welvaartsontwikkeling draagt bij aan volksgezondheid

Er is dus ook een verband tussen welvaart en gezondheid. In veel westerse landen is sinds de twintigste eeuw zowel de welvaart als de levensverwachting toegenomen. McKeown (1976) wees op de causaliteit tussen welvaart en levensverwachting. Volgens zijn theorie heeft de welvaarts­groei via verbeteringen in voeding en leefomstandigheden bijgedragen aan afname van sterfte. Gezondheidszorg speelde daarin geen substantiële rol. Latere onderzoekers vonden dat verbeteringen in de gezondheidszorg wel een factor van betekenis waren, maar dan vooral ook in de tweede helft van de twintigste eeuw. Door toename van de welvaart was het mogelijk om betere zorg te financieren en medische technologieën te ontwikkelen die bijdroegen aan de levensverwachting. In hoofdstuk 2 komt dit uitgebreid aan bod. De groeiende welvaart kende echter ook minder positieve ontwikkelingen voor de gezondheid zoals de opkomst van welvaartsziekten door een ongezonde leefstijl.

Economische recessies treffen vooral de gezondheid van kwetsbare groepen

Een teruggang in welvaart, bijvoorbeeld door een economische crisis, kan volgens de redenering dat een toename van de welvaart leidt tot een betere gezondheid dan ook negatief van invloed zijn op de gezondheid. Een economische crisis houdt vaak een toename van de werkloosheid in en daarmee een afname van het inkomensniveau. Terugval in inkomen kan consequenties hebben voor de leefomstandigheden waarin men verkeert. Aangezien woonomstandigheden en leefstijl determinanten van gezondheid kunnen zijn, kan een verslechtering van de leefomstandigheden de gezondheid negatief beïnvloeden. Recent onderzoek van Stuckler et al. (2009) over 26 Europese landen toont aan dat veranderingen in werkgelegenheid op de korte termijn leiden tot meer voortijdige sterfte als gevolg van suicide of moord. Een toename van de werkloosheid van 1% zorgt voor een toename van suicides bij mensen jonger dan 65 jaar en een toename van 0,8% in moorden. Opmerkelijk is dat een toename van 1% ook leidt tot een afname van het aantal verkeersdoden met 1,4%, waarschijnlijk door vermindering van het wegverkeer. Dit mechanisme heeft een remmende werking op de totale stijging van de mortaliteit (all cause mortality) voor mannen. Een stijging van de werkloosheid met meer dan 3% zorgt voor een verdere toename van het aantal suicides bij mensen onder de 65 jaar. Tevens zorgt het voor meer doden als gevolg van alcoholmisbruik. Dit laatste kan er volgens de auteurs op wijzen dat gezondheidseffecten van economische crises op korte termijn vooral samenhangen met psychische problemen. Lage inkomenslanden zien daarentegen vooral een toename in kindersterfte en bloedarmoede onder vrouwen (Evans, 2009). Maar in alle landen geldt dat economische crises vooral de kwetsbare mensen treffen. In veel ontwikkelde landen worden de mogelijke negatieve effecten van een economische crisis enigszins getemperd door de aanwezigheid van sociale zekerheid (Evans, 2009) die een basisinkomensniveau en daarmee een bepaalde levensstandaard garandeert. In landen zonder sociaal vangnet en een andere stand van de gezondheidszorg zullen de effecten sterker merkbaar zijn. Dit wil overigens niet zeggen dat er geen verschillen zijn tussen inkomensgroepen in westerse landen. Doordat mensen met een lage opleiding vaker werken in beroepen die als eerste worden getroffen door een economische crisis, zullen zij de effecten van een teruggang in welvaart als eerste merken. De al reeds bestaande gezondheidsverschillen zouden hierdoor kunnen worden vergroot.

Arbeid als bron van ongezondheid

Arbeid speelt dus een belangrijke rol in de relatie tussen welvaart en gezondheid. Naast het feit dat arbeid voor inkomen zorgt waarmee bijvoorbeeld zorg gekocht kan worden, heeft arbeid ook een directe relatie met gezondheid. Werkenden rapporteren een betere gezondheid dan degenen zonder werk (Stronks et al., 1997). Werkloosheid

kan psychische klachten veroorzaken en versterken waardoor de kans op een baan weer verder afneemt (Weehuizen, 2006). Werkloosheid is daarmee een risicofactor voor ongezondheid.

Maar niet alleen het hebben van een baan, ook de zekerheid over die baan is van invloed op gezondheid. Baanonzekerheid speelt bij de relatie tussen arbeid en gezondheid ook een rol. FNV Bondgenoten heeft onder haar leden onderzoek gedaan naar de gezondheidsgevolgen van reorganisaties. Daaruit blijkt dat van degenen die de afgelopen 2 jaar een reorganisatie hebben meegemaakt 40% gezondheidsklachten heeft. Stress wordt het vaakst gemeld, gevolgd door vermoeidheid en slapeloosheid (FNV Bondgenoten, 2009).

3.3 Arbeidsproductiviteit

Arbeid speelt een centrale rol in de relatie tussen gezondheid en welvaart. Deze paragraaf richt zich op de invloed van gezondheid op de arbeidsproductiviteit. Eerst wordt ingegaan op de opbouw van kennis en vaardigheden via scholing, vervolgens op de kunde om deze opgedane vaardigheden effectief in te zetten en tot slot op productiviteitsverliezen op het werk.

3.3.1 Menselijk kapitaal

Een belangrijke voorwaarde voor productiviteit is kennis. De opbouw van kennis gebeurt primair in het onderwijs. Er zijn talloze factoren die van invloed kunnen zijn op de opbouw van kennis en vaardigheden, ook wel menselijk kapitaal genoemd. Te denken valt bijvoorbeeld aan persoonskenmerken als intelligentie maar ook aan de sociale context. Het type schoolloopbaan dat men heeft, hangt ook sterk samen met de sociaaleconomische status (ses) van het gezin waaruit men afkomstig is. Jongeren met laagopgeleide ouders lopen een verhoogd risico om vroegtijdig de school te verlaten (Herweijer, 2008).

De gezondheidstoestand lijkt ook een rol te spelen. Er is een wisselwerking tussen gezondheid en onderwijs. Er zijn aanwijzingen voor een causaal verband van educatie naar gezondheid. Maar er zijn ook studies die een effect vinden voor gezondheid op educatie. Een slechte gezondheidstoestand vergroot de kans op schoolverzuim, verminderd cognitief functioneren, verminderde schoolprestaties en schooluitval. Hierdoor neemt de kans toe dat men op latere leeftijd relatief laag op de maatschappelijke ladder terecht komt.

In de literatuur over de relatie tussen gezondheid en schooluitkomsten wordt vaak onderscheid gemaakt naar drie variabelen: schoolverzuim, schoolprestaties en schooluitval.

Door ziekte neemt schoolverzuim toe

Het verzuim op scholen schommelt nogal en is mede afhankelijk van schooltype en leeftijd. Vwo'ers verzuimen minder dan vmbo'ers al is het verschil gering (Schrijvers & Storm, 2009). Vaak wordt ziekte als reden opgegeven voor verzuim. Voor uiteenlopende aandoeningen is onderzocht of deze negatieve gevolgen hebben voor de opbouw van kennis en vaardigheden op school. Uit meerdere onderzoeken komt naar voren dat er een samenhang is tussen de aanwezigheid van een aandoening en verzuim. Zo lijkt astma van invloed op de duur en frequentie van schoolverzuim (Spee-van der Wekke et al., 1998; Van Gent et al., 2007).

Voor de meeste leerlingen is verzuim van korte duur maar voor sommige gaat het om langere periodes. Fysieke, psychische en logistieke redenen kunnen voor langdurig

zieke kinderen obstakels zijn voor schoolbezoek (Van den Bekerom & Hulsmans, 2006).

Gezondheid beïnvloedt schoolprestaties maar bewijs is beperkt

Uit meerdere onderzoeken komt naar voren dat gezonde leerlingen beter presteren op school (Loket Gezond Leven, 2008). Een ongezonde leefstijl en aandoeningen lijken negatief van invloed op schoolprestaties. Zo wordt cannabisgebruik geassocieerd met slechtere schoolprestaties. Het is echter niet duidelijk of het gebruik van cannabis de voornaamste oorzaak is voor de verminderde prestaties of bijvoorbeeld gedragsproblematiek die vaak samen gaat met gebruik. Of dat het cannabisgebruik of een andere vorm van ongezond gedrag het gevolg is van de slechte schoolresultaten (Paulussen, 2010). Gedrag, schoolprestaties en gezondheid hangen met elkaar samen maar het is lastig de causaliteit van het verband vast te stellen.

Er is daarom weinig bekend over de invloed van gezondheid op schoolprestaties. Voor Nederland zijn nagenoeg geen gegevens voorhanden. Uit nog ongepubliceerde gegevens van het Preventie en Incidentie van Astma en Mijt Allergie (PIAMA)-onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat een kleine groep leerlingen (5%) uit groep 8 van de basisschool grote gezondheidsproblemen ervaart die doorwerken in schoolprestaties (Wijga et al., 2009).¹ Vooral een matige tot slechte ervaren gezondheid en de aanwezigheid van drie of meer aandoeningen² tegelijkertijd zijn belangrijke voorspellers. Uit onderzoeken naar leerlingen met lichamelijke beperkingen in het middelbaar beroepsonderwijs en hoger onderwijs komt naar voren dat ze belemmeringen van de beperkingen ondervinden en dat deze negatief van invloed zijn op de voortgang van de studie (De Klerk, 2007). Over het speciaal onderwijs lijkt minder bekend. Er is een gebrek aan kennis over het speciaal basisonderwijs en het voortgezet speciaal onderwijs. In een overzichtsstudie van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) wordt gewezen op informatie van de Operatie Jong (Herweijer, 2008). Van de 1.700 leerlingen die het voortgezet speciaal onderwijs verlieten, hadden er 90 een diploma (Operatie Jong, 2007). Als mogelijke oorzaak hiervoor wordt genoemd dat het speciaal onderwijs minder gericht is op het behalen van diploma's dan het reguliere onderwijs. Voor kinderen met een verstandelijke beperking bijvoorbeeld ligt de nadruk op het zelfstandig kunnen leven en minder op diploma's. Voor deze groep liggen de maatschappelijke baten ook niet op het terrein van onderwijs

¹ In deze studie zijn laagopgeleide en allochtone ouders ondervertegenwoordigd in vergelijking met de bevolking van Nederland.

² Onderzochte aandoeningen zijn: astma, hooikoorts, eczeem, ADHD of hyperactiviteit, langdurende buik- of darmklachten of diarree, langdurende misselijkheid, langdurende klachten van nek, schouder, elleboog, pols of hand, langdurende klachten van heup, knie, enkel of voet, migraine of regelmatig erge hoofdpijn, langdurende vermoedelijkheid of zwakte, of een ongeval of blessure.

en menselijk kapitaal, maar veel meer op het menswaardig functioneren in de samenleving.

Ongezondheid is een belangrijke reden voor schooluitval

Naast verzuim en schoolprestaties wordt ook schooluitval gezien als een belangrijke indicator voor de opbouw van kennis en vaardigheden en daarmee de toekomstige productiviteit. De laatste tijd is er steeds meer aandacht voor dit maatschappelijke probleem, onder andere van de zijde van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR, 2009). Schooluitval heeft tal van oorzaken. Daarbij wordt er in de literatuur ook wel gekeken naar het verband tussen gezondheid en schooluitval. In 2009 heeft het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA) de resultaten gepubliceerd van een onderzoek naar schooluitval (Meng et al., 2009). Van 632 leerlingen van het middelbaar onderwijs – vmbo, mbo, havo en vwo – wisten de onderzoekers de reden te achterhalen waarom deze zonder diploma de schooldeur voorgoed achter zich dicht deden. Vaak was de opleiding zelf de oorzaak, bijvoorbeeld omdat deze niet voldeed aan de verwachtingen van de schoolverlaters. Ook pri-

véproblemen speelden een belangrijke rol. Maar zoals *figuur 3.3* laat zien, was in zo'n 7% van de gevallen de gezondheid de oorzaak. Het blijkt daarbij vooral om meisjes te gaan.

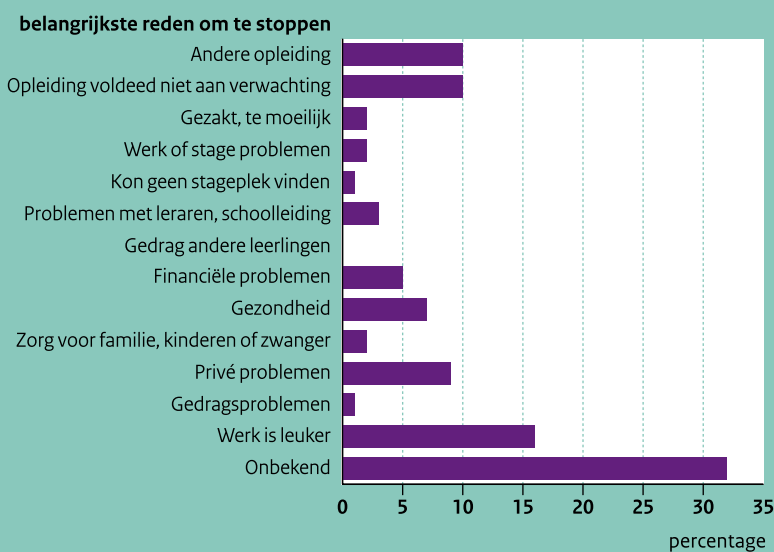
Uit eerder onderzoek van het SCP naar de achtergronden van voortijdig schooluitval blijkt dat leerlingen met een beperking³ vaak onvoldoende mee kunnen komen op het reguliere onderwijs en daardoor uitvallen (Herweijer, 2008). Het studietempo en de begeleiding vormen de voornaamste obstakels. De houding van medeleerlingen is ook van invloed maar minder bepalend. Veel leerlingen met een beperking zitten op het mbo en halen daar hun startkwalificatie. De uitval onder deze groep leerlingen is groter dan onder andere groepen leerlingen.

Een belangrijke vraag is vervolgens wat de impact van schooluitval op de economie is. Daarbij kan gedacht worden aan arbeidsmarktkansen, arbeidsproductiviteit en uit-

³ Het gaat hierbij om zeer moeilijk lerende of opvoedbare jongeren en jongeren met een (meervoudige) lichamelijke beperking.

Figuur 3.3

De belangrijkste oorzaken van schooluitval in het voortgezet onderwijs in percentages, schooljaar 2005-2006 (Bron: Meng et al., 2009)



eindelijk ook welvaart. Het economisch onderzoeksbureau Ecorys heeft een maatschappelijke kosten-batenanalyse gemaakt van maatregelen om schooluitval tegen te gaan (Wilkins & Cuelenaere, 2009). Uit die analyse volgt dat de baten van minder schooluitval ieder jaar rond de 700 miljoen euro bedragen. Wanneer zo'n 7% door gezondheidsproblemen wordt veroorzaakt zouden de maatschappelijke baten van een betere gezondheid rond de 40 miljoen euro bedragen. Uiteraard zijn dat geen netto baten, want de investeringen die nodig zijn om de gezondheid te verbeteren zijn hierin niet meegenomen. Uitgaande van een brede aanpak van voortijdig schooluitval, concluderen de auteurs van Ecorys wel dat de baten opwegen tegen de kosten.

Initiatieven

Initiatieven om schoolprestaties te verbeteren en schoolverzuim en schooluitval te voorkomen richten zich vaak op andere factoren dan gezondheid. Er zijn echter ook interventies die zich richten op het verbeteren van schooluitkomsten door het verminderen van de negatieve effecten van gezondheidsproblemen (Schrijvers & Storm, 2009). Zo zijn er op lokaal niveau maatregelen om schooluitval te voorkomen door ziekteverzuimbegeleiding. Over de effectiviteit van deze maatregelen is maar mondjesmaat iets bekend.

3.3.2 Mentaal kapitaal

In paragraaf 3.3.1 ging het om het verwerven van kennis als belangrijke motor achter de ontwikkeling van het menselijk kapitaal. De laatste jaren komt in aanvulling hierop steeds meer aandacht voor de inzet van verworven kennis en de (sociale) vaardigheden die daarbij een rol spelen. Want het verwerven van kennis is in een kenniseconomie wel essentieel, maar niet voldoende. Het gaat er om dat de verworven kennis ook op een productieve manier wordt ingezet. Iemand kan de juiste diploma's op zak hebben en veel werkervaring hebben maar doordat deze zelfmanagementvaardigheden ontbeert toch niet productief zijn. De aanwezigheid van competenties om kennis en vaardigheden efficiënt in te zetten wordt mentaal vermogen genoemd en in de context van arbeid mentaal kapitaal (Walburg, 2009; Weehuizen, 2006). Geestelijke gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor mentaal kapitaal omdat het deze competenties kan beïnvloeden. Het effect van geestelijke gezondheid op productiviteit is volgens Weehuizen (2006) aanzienlijk hoger dan het effect van lichamelijke gezondheid. Zij kwantificeert de meerwaarde van de competenties echter niet, wel benoemt zij de economische kosten die samenhangen met geestelijke gezondheidsproblemen. Geschat wordt dat het gaat om enkele honderden miljoenen euro's per jaar. Niet zozeer door de zorgkosten maar juist door productiviteitsverliezen lopen de kosten op (Smit, 2006). Daarbij zijn productiviteitsverliezen op het werk

nog buiten beschouwing gelaten. Er zijn aanwijzingen dat het hierbij om substantiële bedragen gaat. In de volgende paragraaf zal worden ingegaan op productiviteitsverliezen op het werk, ook wel presenteïsme genoemd.

3.3.3 Presenteïsme

Arbeidsproductiviteit is een belangrijke bouwsteen voor welvaart. De mate van improductiviteit is in dit kader dus een bedreiging van de potentiële welvaart. Voor het niet-productief zijn op het werk wordt in de literatuur de term presenteïsme gehanteerd. Een werknemer is aanwezig op zijn werk maar is niet-productief of zelfs contraproductief (Weehuizen, 2006). Belangrijke oorzaken voor productiviteitsverlies op het werk zijn gezondheidsproblemen. Daarbij kan het gaan om chronische aandoeningen maar ook om griep (Schultz et al., 2009). Aangezien over dit onderwerp nog weinig bekend is, is onderstaande hoofdzakelijk op een overzichtartikel van Schultz et al. (2009) gebaseerd.

Meerdere studies hebben geprobeerd de kosten van het presenteïsme in kaart te brengen. Zo becijferde Greenberg et al. (2003) dat voor depressie in de VS in 2000 ruim 15 miljard dollar is toe te rekenen aan productiviteitsverlies op het werk. Schultz et al. (2009) waarschuwen dat er geen consensus bestaat over de beste manier waarop een monetaire waarde kan worden toegekend aan productiviteitsverliezen op het werk. De verschillende invulling van het begrip presenteïsme is hier voornamelijk debet aan. Zij beperken zich in hun literatuurreview dan ook bewust tot een overzicht van 18 aandoeningen met schattingen van het aandeel van presenteïsme in de totale kosten per aandoening (tabel 3.2). Onder totale kosten wordt verstaan de medische zorgkosten medicijnkosten, verzuim en presenteïsme voor elke aandoening.

In tabel 3.2 zijn resultaten van drie studies naast elkaar gezet. De schattingen van het aandeel van presenteïsme in de totale kosten lopen uiteen, vandaar dat er in de rechterkolom van tabel 3.2 ook gekeken is naar het gemiddelde van de beschikbare schattingen. Daaruit blijkt dat gemiddeld 70% van alle voor allergie gemaakte kosten is toe te schrijven aan presenteïsme. Dat komt omdat een groot aantal mensen met allergie ondanks hun aandoening toch naar hun werk gaat. Presenteïsme kent dus een ziektespecifieke component. Andere hoge percentages zijn te vinden voor vermoeidheid, migraine en maag- en darmklachten. Bij luchtweginfecties is het percentage laag; mensen melden zich ziek en kruipen onder de wol.

Voor Nederland is over de kosten van presenteïsme nog niet veel bekend. Omdat zowel de werkcultuur als de beschikbare verzuimvoorzieningen waarschijnlijk van invloed zijn op het gemak waarmee mensen wegblijven of toch blijven

Tabel 3.2

Het aandeel van presentisme in de totale uitgaven¹ per aandoening in percentages (Bron: Schultz et al., 2009)

	Goetzel et al. (%)	Goetzel et al. 'lage' schatting (%)	Collins et al. (%)	Gemiddelde groei per jaar op basis van demografie	Gemiddelde van beschikbare schattingen (%)
Allergieën	82	55	74		70
Osteoarthritis	77	35	67	44	56
Astma	73	35	72		60
Aandoeningen aan rug/nek			69	50	60
Ademhalingsstoornis			56		56
Kanker	53	6			30
Depressie/angst	71	27	81	70	62
Diabetes mellitus	62	16	56		45
Vermoeidheid				73	73
Hart- en vaatziekten	19	0	66		28
Hoog cholesterol				43	43
Hoge bloeddruk	63	9		33	35
Migraine	89	49	72		70
Obesitas				56	56
Andere chronische aandoeningen				33	33
Luchtweginfectie	25	3			14
Slaapproblemen				66	66
Maag/darm			67		67

¹ Totale uitgaven omvatten zorgkosten (curatieve en farmaceutische kosten), verzuimkosten en de kosten van presentisme.

doorwerken, zullen de kosten van presentisme waarschijnlijk per land fors verschillen. En dan wordt nog niet eens rekening gehouden de invloed van de arbeidsproductiviteit per gewerkt uur. Naarmate die hoger is, zullen in landen of beroepen de kosten van presentisme ook hoger zijn. Het een en ander pleit ervoor om voor Nederland deze kosten goed in kaart te brengen. Bij zo'n inventarisatie zal dan niet alleen gekeken moeten worden naar de niveaus van productieverliezen, maar ook naar de effecten van gezondheidsverbeteringen.

Hoe die getallen ook precies uitvallen, voor de werkgevers kan de kennis dat presentisme een belangrijke kostencomponent is een stimulans zijn om dit productiviteitsverlies terug te dringen.

Initiatieven om presentisme te verminderen

In het SER-rapport 'Een kwestie van gezond verstand' (2009) wordt in dit kader gewezen op de uitkomsten van het Britse 'Foresight Project on Mental Capital and Well-being' (2008). Daarin staat onder meer dat een afname van presentisme kan worden gerealiseerd door het verbeteren van de werkomstandigheden. De onderzoekers geven aan dat het trainen van leidinggevendenden in sociale vaardigheden en het jaarlijks meten van het stressniveau onder de medewerkers hiertoe kan bijdragen. Het idee hierachter is dat het beleid

er primair op gericht zou moeten zijn om de arbeidsrisico's die voortvloeien uit de cultuur op de werkplek te voorkomen. Soortgelijke oplossingen worden ook aangedragen door Schultz et al. (2009). Een holistische aanpak is gewenst waarbij naast werkomstandigheden ook rekening wordt gehouden met de gezondheid van de werknemer en de werk-privébalans. Bijvoorbeeld door het aanbieden van sportfaciliteiten op het werk om gezond te blijven. Ook wijzen zij op de mogelijke productiviteitswinst van het beter toegankelijk maken van medicatie voor werknemers middels een benefit plan. Volgens de auteurs van het Britse Foresight project is er daarnaast nog gezondheidswinst te behalen door het verbeteren van de samenwerking tussen arbodienst en eerstelijnszorgaanbieders zoals de huisarts (Beddington et al., 2008). Dit idee is overigens niet nieuw. Al sinds het eind van de vorige eeuw wordt er in Nederland gesproken over een verbetering van de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts (Anema et al., 2006). Er zijn ook richtlijnen ontwikkeld om samenwerking te bevorderen. Uit een overzichtstudie van BS Health Consultancy blijkt dat er in zijn algemeenheid nog geen sprake is van een structurele samenwerking tussen bedrijfsartsen en huisartsen (BS Health Consultancy, 2008).

3.4 Arbeidsparticipatie en ziekteverzuim

Naast de arbeidsproductiviteit, die onder meer benaderd is als menselijk en mentaal kapitaal, is ook de hoeveelheid mensen die deelneemt aan het arbeidsproces van belang. En dat brengt ons hier op het terrein van de arbeidsparticipatie en ziekteverzuim. Bekend is dat mensen met gezondheidsproblemen minder goede arbeidsmarktkansen hebben en ook eerder uitstromen uit de arbeidsmarkt dan mensen zonder gezondheidsproblemen (Van de Mheen et al., 1999). Deze gezondheidsselectie heeft gevolgen voor zowel de productie- als de consumptiezijde van de economie. Deze groep mensen participeert immers minder vanwege ziekten en beperkingen en heeft als gevolg daarvan ook minder te besteden. Deze paragraaf beschrijft de invloed van gezondheid op de arbeidsparticipatie door te kijken naar het effect van gezondheid op de instroom en uitstroom van arbeid, ziekteverzuim en zorgverlof.

3.4.1 De invloed van gezondheid op de instroom van arbeid

Gezonde mensen hebben grotere kans op een baan

Om iets te kunnen zeggen over arbeidsparticipatie en het effect van gezondheid daarop dient gekeken te worden naar het aandeel van de bevolking dat arbeid zou moeten kunnen verrichten; de potentiële beroepsbevolking. Er zijn meerdere redenen waarom niet alle mensen werken, variërend van een bewuste keus om voor kinderen te zorgen tot een gebrekkige aansluiting tussen beroepsbevolking en type werk dat aangeboden wordt. Maar het kan ook zo zijn dat mensen als gevolg van gezondheidsproblemen niet aan de slag kunnen. Gezondheid lijkt inderdaad van invloed op de arbeidsparticipatie. Zo laten Laplagne et al. (2007) de invloed zien van bepaalde aandoeningen op de participatiegraad. In hun berekeningen komt naar voren dat psychische problemen en ziekten aan het zenuwstelsel belangrijke redenen zijn voor verlaagde arbeidsparticipatie bij Australische mannen en vrouwen. Wanneer iemand kampt met gezondheidsproblemen is de kans groot dat hij niet aangenomen wordt of sneller uitvalt dan iemand zonder klachten (Klein-Hesselink, 2008). Mensen die werken zijn dus gemiddeld genomen gezonder dan mensen die niet werken.

Niet ziekte maar beperkingen grootste effect op arbeidsparticipatie

Van de mensen met een lichamelijke chronische ziekte of lichamelijke beperking⁴ heeft in 2007 37% een betaalde baan⁵ ten opzichte van 66% in de algemene bevolking (Van den Brink-Muinen et al., 2009). Ziekte maar vooral lichamelijke beperkingen hebben een negatief effect op de arbeidsparticipatie (Hoeymans et al., 2005; De Klerk, 2000).

Het percentage mensen met een betaalde baan ligt over het algemeen lager voor mensen met een beperking dan voor mensen met een chronische aandoening.

Een kwart van de mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking uit het onderzoek van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) die in 2007 hebben gesolliciteerd en geen baan hebben gekregen, denkt dat ze door hun aandoening of beperking zijn afgewezen (Van den Brink-Muinen et al., 2009). Daarnaast spelen persoonskenmerken als opleidingsniveau, sekse en leeftijd een belangrijke rol. Hoogopgeleiden, jongeren en mannen participeren vaker. Het belang van opleiding wordt ook onderschreven in een recente vergelijkende studie van vijf⁶ landen. Maar ook sociale zekerheidsvoorzieningen als een actief arbeidsmarktbeleid lijken van invloed (Whitehead et al., 2009).

Wajong

Een deel van de potentiële beroepsbevolking valt vanwege ziekte of gezondheidsproblemen uit voordat er überhaupt sprake is van arbeidsmarkttoetreding. Het gaat hier om jongeren die vanwege ziekte een uitkering conform de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong) ontvangen. De laatste jaren is er een toename te zien van deze uitkeringen. Het aantal Wajong-uitkeringen is gestegen van 119.380 in 1998 naar 178.170 in 2008 (CBS, 2009a). De instroom is door de jaren heen opgelopen van 7.654 in 2002 tot 15.323 in 2007. De grootste groei zit in jongeren met de diagnose verstandelijk gehandicapt en autismespectrumstoornis (ASS).

Uit *figuur 3.4* blijkt dat het nagenoeg alleen om mensen gaat die volledig arbeidsongeschikt zijn verklaard. De sterke stijging heeft ook grote gevolgen gehad voor de uitgaven, die tussen 1998 en 2008 verdubbelden van één naar twee miljard euro. De maatschappelijke kosten zijn overigens nog beduidend hoger vanwege de productieverliezen die optreden omdat nogal wat Wajongers niet werken. Aan wat voor bedragen daarbij gedacht moet worden is echter allerm minst duidelijk. Dat vergt om een nadere interpretatie van het geschiktheids criterium en de betekenis daarvan voor de productiviteit. Dat is een moeilijke opgave die nader onderzoek vergt. Immers, de Wajong verenigt zowel mensen die echt niet kunnen werken, als in toenemende mate ook jongeren met lichte stoornissen die eigenlijk best zouden kunnen werken maar die via ingewikkelde sociale processen buiten de boot zijn gevallen.

⁴ Matige tot ernstige zintuiglijke of motorische beperkingen.

⁵ Het gaat hierbij om een betaalde baan van minimaal 12 uur per week. Dit is conform de definitie van het CBS.

⁶ Groot-Brittannië, Noorwegen, Zweden, Denemarken en Canada.

Het hoge aantal volledig arbeidsongeschikten betekent echter niet dat er binnen de groep Wajongers geen jongeren werkzaam zijn. Van de Wajongers werkt 20%⁷ bij een reguliere werkgever (Gezondheidsraad, 2009).

Gezondheidsproblemen beperkt van invloed op beroepsklasse

Gezonde mensen hebben vaker een baan dan ongezonde mensen, maar komen ze ook vaker in een hogere beroepsklasse terecht? De onderliggende hypothese van deze vraag is dat mensen met een slechte gezondheid beperkingen hiervan ondervinden en dat dit zich uit in slecht betaalde banen en een lagere beroepsgroep. Oftewel gezondheids-toestand is van invloed op het type werk dat men verricht.

Er zijn meerdere studies naar deze vorm van gezondheid selectie gedaan. Een deel van deze studies laat zien dat mensen met een goede gezondheid meer kans hebben om in hogere beroepsklasse te komen dan mensen met een slechte gezondheid. Zo hebben Manor et al. (2003) aangetoond dat een slechte gezondheid gedurende de adolescentie de kans vergroot dat men bij arbeidsmarkttoetreding in een

lagere beroepsklasse terecht komt dan die van hun ouders. Bovendien zijn er aanwijzingen dat een slechte gezondheid ook negatief van invloed is op de loopbaanontwikkeling gedurende het werkzame leven. Het merendeel van de studies vindt echter geen of een beperkt effect. Er is relatief weinig Nederlands onderzoek naar gedaan. Een studie van Van de Mheen et al. (1999) vond geen bewijs voor een verhoogde kans om in een lagere beroepsgroep terecht te komen.

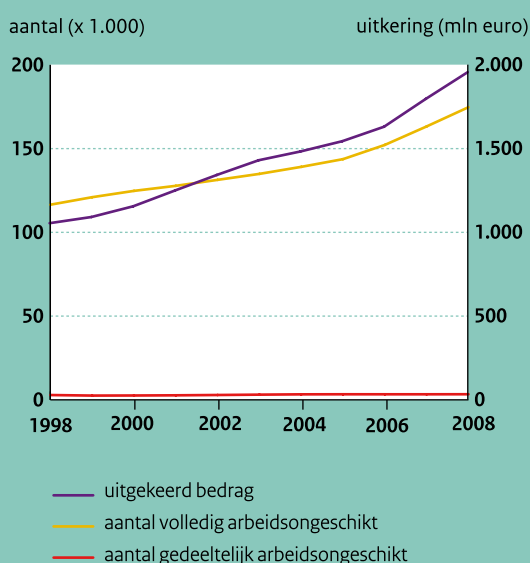
3.4.2 De invloed van gezondheid op de uitstroom uit arbeid

Gezondheid is niet alleen een factor voor de instroom maar ook voor de uitstroom uit de arbeidsmarkt. Meest extreem gaat het daarbij om sterfte. In 2008 overleden in Nederland in totaal 24.672 personen in de leeftijd van 15-64 jaar. Dan gaat het om zowel werkenden als niet-werkenden. Daarnaast hebben gezondheidsproblemen invloed op de mo-

⁷ Gebaseerd op instroom in de Wajong tussen 2002 en 2006.

Figuur 3.4

Aantal Wajong-uitkeringen en totaal bedrag 1998-2008 (Bron: CBS StatLine, 2009a)



gelijkheid om arbeid te verrichten doordat ze bijvoorbeeld beperkingen in het functioneren mee kunnen brengen. Mensen met lichamelijke beperkingen noemen gezondheidsproblemen dan wel beperkingen als belangrijke reden om te stoppen met werken (De Klerk, 2007). Vooral mensen met ernstige beperkingen geven dit vaak als verklaring. Andere redenen die genoemd worden, hebben te maken met kenmerken van het werk zoals de ongeschikte aard van het werk. Gezondheidsproblemen kunnen zich op jonge leeftijd manifesteren, maar kunnen zich ook pas op latere leeftijd voordoen. Zo vinden Cai & Kalb (2006) de grootste effecten op latere leeftijd (50-64 jaar). Het werk dat men verricht kan bij het ontstaan van gezondheidsproblemen een rol spelen. In deze paragraaf wordt arbeidsongeschiktheid besproken.

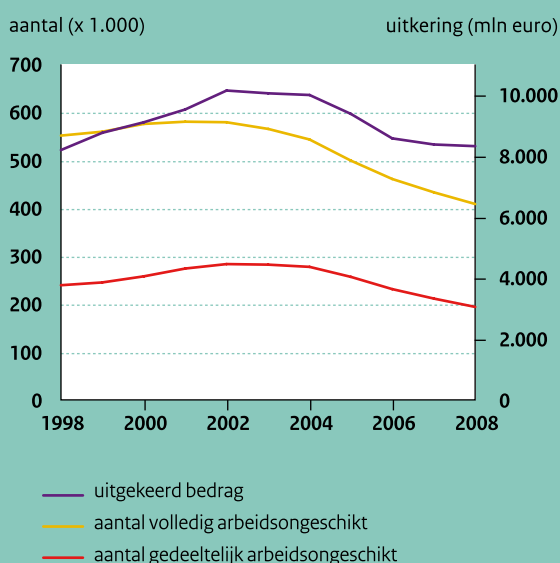
Arbeidsongeschiktheid

De arbeidsongeschiktheid in Nederland lijkt af te nemen. In 2001 bedroeg de instroom in arbeidsongeschiktheid 13,2 promille oftewel 13 van de 1.000 werknemers werd arbeidsongeschikt. Dit was het hoogste punt want de instroom

daalde tot 8,4 promille in 2004 en 4,5 promille in 2006 (Jehoel-Gijsbers, 2007). De vraag is echter of dit komt door een terugval in gezondheidsproblemen. Volgens Jehoel-Gijsbers (2007) heeft de terugloop te maken met veranderingen in het herkeuringsbeleid. Daarnaast spelen ook veranderingen in de wetgeving een grote rol. Sinds 2004 kunnen nieuwe arbeidsongeschikten geen aanspraak meer maken op de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) of de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ). Na een periode van 2 jaar waarin de werkgever het loon doorbetaalt, kan gebruik worden gemaakt van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). *Figuur 3.5* toont het verloop van het totaal aantal mensen dat in de achterliggende 10 jaar een uitkering ontving in het kader van de WAO en WAZ. Het aantal is geleidelijk gedaald, waarbij de daling het grootst was voor de mensen die volledig ongeschikt waren verklaard. Desondanks ging het in 2008 nog altijd om zo'n 400.000 mensen die volledig arbeidsongeschikt waren en nog eens 200.000 gedeeltelijk arbeidsongeschikten. De mensen die sinds 2006 gebruik hebben gemaakt van de WIA komen er nog bij. In 2008 ging het volgens het Centraal

Figuur 3.5

Aantal WAO- en WAZ-uitkeringen en uitgekeerd bedrag, 1998-2008 (Bron: CBS StatLine, 2009a)



Tabel 3.3

Aantal WAO- en WAZ-uitkeringen naar diagnose, 2005 (Bron: CBS StatLine, 2009a)

Diagnose	Absolute aantallen	%
Algemene en endocriene ziekten	103.331	13,7
Psychische aandoeningen, gedragsstoornissen	249.680	33,2
Ziekten bewegingsstelsel	242.550	32,3
Ziekten zenuwstelsel, oog en oor	52.320	7,0
Ziekten hart-, vaatstelsel en bloed	47.250	6,3
Ziekten ademhalingsstelsel	15.240	2,0
Ziekten spijsverteringsstelsel	17.220	2,3
Ziekten huid en subcutis	4.870	0,6
Ziekten urogenitaal stelsel	15.980	2,1
Zwangerschap, bevalling en kraambed	3.340	0,4
Totaal	751.760	100,0

Bureau voor de Statistiek (CBS) om circa 60.000 personen. De jaarlijkse uitstroom is met circa 5.000 beperkt.

Eenmaal arbeidsongeschikt verklaard, wil overigens niet zeggen dat men nooit meer toetreedt tot de arbeidsmarkt. Van de WAO-instroom in de periode 1998-2003 stroomde circa 15% weer uit naar werk, zo laat Jehoel-Gijsbers (2007) zien. De kans om de WAO te verlaten is echter niet voor iedereen gelijk. De mate van arbeidsongeschiktheid en leeftijd zijn belangrijke factoren, maar ook etniciteit en de sector waarin men werkt spelen een rol. Opvallend is verder dat werkhervatting niet per se tot een beter inkomen leidt. Dit geldt ook voor de inkomensontwikkeling op de lange termijn (Jehoel-Gijsbers, 2007).

Psychische stoornissen en aandoeningen van het bewegingsstelsel belangrijkste oorzaken arbeidsongeschiktheid

De voornaamste oorzaken voor arbeidsongeschiktheid⁸ in 2005 in Nederland waren psychische aandoeningen en aandoeningen van het bewegingsstelsel (tabel 3.3). Het aandeel van hart- en vaatziekten was met 6,3% verhoudingsgewijs relatief laag gezien de prevalentie van deze ziekten. Opvallend is de verhoudingsgewijs grote categorie met algemene en endocriene ziekten. Of het hier om diabetespatiënten met bijvoorbeeld overgewicht gaat, wordt uit deze gegevens niet duidelijk. De cijfers zijn ook al een aantal jaren oud, maar recentere gegevens lijkt het CBS niet te hebben. Door anderen zijn wel wat actuelere gegevens genoemd. De hoofdboodschap daarvan is eenduidig. Arbeidsongeschiktheid in Nederland kent drie ongeveer even grote groepen: psychische klachten en stoornissen, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en andere klachten en ziekten.

Het aandeel psychische stoornissen als reden voor arbeidsongeschiktheid (WAO, WAZ en Wajong) is sinds begin jaren

'90 toegenomen, terwijl het aandeel klachten aan het bewegingsapparaat als reden lijkt te zijn afgenomen (Van Gool & Groothoff, 2007). Voor de stijging kunnen uiteenlopende oorzaken zijn. Een belangrijke determinant voor het ontstaan van psychische problemen is werkstress. Werkstress kan op haar beurt ook weer meerdere oorzaken kennen. Een daarvan is arbeidsconflicten. Deze komen veelvuldig voor. Circa 27% van de 22.000 deelnemers aan de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2008 heeft in het laatste jaar een conflict met een collega gehad. Van de deelnemers aan het onderzoek had 19% in het afgelopen jaar een conflict met een leidinggevende (TNO NEA, 2008).

Overgewicht verhoogt kans op arbeidsongeschiktheid

Uit een quick scan van de literatuur komt naar voren dat er (vooral) veel onderzoek is gedaan naar de relatie tussen arbeidsongeschiktheid en overgewicht en obesitas. Mensen met overgewicht of obesitas hebben een verhoogde kans op arbeidsongeschiktheid (Neovius et al., 2009; Schmier et al., 2006; Eysink et al., 2008). Eysink et al. (2008) hebben in hun literatuuronderzoek ook gekeken naar de invloed van andere leefstijlfactoren⁹ op arbeidsongeschiktheid, verzuim en productiviteit. Vaak wordt wel bewijs gevonden voor verzuim of verminderde productiviteit, maar niet of nauwelijks voor arbeidsongeschiktheid.

Kosten van arbeidsongeschiktheid

In 2008 werd een slordige acht miljard euro uitgegeven aan de WAO en de WAZ (CBS StatLine, 2009a). Dat is wat minder dan in het piekjaar 2003 (zie figuur 3.5). In de periode

⁸ Volledige en gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid samen.

⁹ Roken, alcoholconsumptie, drugsgebruik, voeding, beweging en verslaving (anders dan roken, drugs en alcohol).

2003-2006 namen de uitgaven af door strengere eisen voor herkeuring en maatregelen gericht op het terugdringen van langdurig ziekteverzuim. Ook de komst van de WIA heeft een rol gespeeld. De WIA vervangt sinds 2004 de WAO waardoor er geen nieuwe WAO-gevallen meer instromen. Het aantal uitkeringen neemt sinds 2007 licht af, terwijl de uitgaven stabiliseren als gevolg van het verhogen van de uitkeringen voor arbeidsongeschikten.

De potentiële economische baten van het terugdringen van ziekten en aandoeningen kan dus oplopen in de miljarden euro's. Een precieze schatting daarvan is niet beschikbaar. Het zou nog hoger kunnen zijn dan de totale uitgaven aan de WAO en de Wajong, omdat het uitkeringsniveau waarschijnlijk onder de arbeidsproductiviteit ligt. Maar evenzeer kan het tegenoverstelde worden betoogd, op grond van het feit dat de WAO en de Werkloosheidswet (WW) in zekere mate opereren als communicerende vaten. (Jehoel-Gijsbers, 2007). Minder WAO zou dan niet meer productiviteit inhouden, maar meer werkloosheid. Cruciaal is derhalve het verband tussen gezondheid, het aantal arbeidsongeschikten en de productiviteit. Daarbij is het van belang om te realiseren dat gezondheidstoestand slechts één van de verklarende factoren is voor arbeidsparticipatie. Ook andere factoren spelen een belangrijke, zo niet belangrijkere rol zoals maatregelen van de overheid aangaande de sociale zekerheid en de invloed van werk op arbeidsongeschiktheid. Maar ook persoonsgebonden factoren als copingvaardigheden en opleidingsniveau. Kortom, gezondheidsverbeteringen leiden niet automatisch tot lagere uitgaven aan arbeidsongeschiktheid.

Initiatieven om arbeidsongeschiktheid te verminderen

Om de arbeidsparticipatie hoog te houden, wordt er de laatste jaren steeds meer aandacht besteed aan duurzame inzetbaarheid van arbeidskrachten. Naast het terugdringen van arbeidsrisico's en het aanpassen van werk rapporteert de SER dat er binnen arbeidsorganisaties steeds meer aandacht is voor scholing en opleidingsbeleid als middel om de inzetbaarheid van werknemers te vergroten (SER, 2009). Door werknemers de kans te geven zich te ontwikkelen en meer kennis en vaardigheden op te doen, zijn ze op meerdere terreinen inzetbaar. Voor werknemers is dit van belang omdat zij hun arbeidswaarde vergroten, waardoor zij langer in staat zullen zijn om 'belonend en productief werk te kunnen vinden en behouden' (Van Klaveren & Van Heyma., 2008). Dit zogenaamde employability-beleid wordt gezien als een oplossing voor het voorkomen van bepaalde arbeidsgelateerde aandoeningen die veel voorkomen in mentaal en fysiek zware beroepen. Door tijdige doorstroom uit de zware beroepen naar een andere functie kan een preventieve werking uitgaan waardoor de problemen niet ontstaan. Bovendien kan het ervoor zorgen dat de verwachte arbeidstekorten als gevolg van de vergrijzing niet te groot worden. Volgens de Stichting van de Arbeid kan employability

zorgen voor 'een versterking van de kenniseconomie en via verhoging van het productiviteitsvermogen een bijdrage leveren aan de economische groei' (Stichting van de Arbeid, 2006). Naast dit inzetbaarheidbeleid richt men zich in Nederland ook op het stimuleren van het in dienst nemen van mensen met een beperking middels een financiële prikkel aan de werkgever.

Daarnaast wijst de SER op levensfasebewust beleid waarbij het werk zoveel mogelijk wordt afgestemd op de behoefte en draagkracht van de werknemer gedurende een bepaalde levensfase. Op die manier kunnen werkende ouders en oudere werknemers aan de slag blijven (SER, 2009). Dit tweesporenbeleid, aanpassen van de werkomgeving en het vergroten van employability wordt ook in andere landen gehanteerd (Whitehead et al., 2009).

3.4.3 Ziekteverzuim

Sinds de jaren '80 van de vorige eeuw laat het verzuim een dalende lijn zien. Van 10% in 1980 tot om en nabij de 4,5% in 2008 (Klein-Hesselink, 2008; CBS, 2009b). Het verzuim is het laagst in de landbouw en het hoogst in het openbaar bestuur en de gezondheidszorg (figuur 3.6). Oorzaken van ziekteverzuim hangen in zekere mate samen met kenmerken van de werknemer (waaronder gezondheid) en de werksituatie. De gezondheidstoestand van de werknemer is de belangrijkste voorspeller voor verzuim (Jehoel-Gijsbers, 2007).

Griep en verkoudheid belangrijkste oorzaak ziekteverzuim

Griep of verkoudheid zorgt voor 34% van alle verzuimmeldingen in 2007/2008. Rugklachten (10%), klachten van buik, maag of darmen (8%) en klachten aan nek, schouders, armen, polsen en handen (6%) zijn andere veel voorkomende verzuimredenen. Griep is ook de belangrijkste oorzaak voor kortdurend, frequent verzuim. De verzuimduur bedraagt vaak 3 dagen. Van een lange gemiddelde verzuimduur is vaak sprake bij psychische klachten (60 werkdagen), klachten aan hart- en vaatstelsel (60 werkdagen) en klachten aan nek, schouders, armen, polsen en handen (29 werkdagen). Om het aandeel van de klachten in het totale verzuim in kaart te kunnen brengen, is er gekeken naar de relatieve omvang van het verzuim. Daaruit blijkt dat psychische klachten, overspannenheid en burn-out ten grondslag liggen aan 19% van het totaal aantal verzuimde dagen in Nederland in 2007 (Klein-Hesselink, 2008).

Het aandeel van psychische klachten als reden voor verzuim groeit. Depressie is een belangrijke reden voor verzuim. Werknemers met een depressie melden zich drie keer vaker ziek dan hun collega's zonder depressie (Weehuizen, 2006). Depressie komt veel voor in Nederland. Circa 740.000 mensen hebben er jaarlijks mee te maken (Meijer et al., 2006).

Ongezonde leefstijl leidt tot hoger verzuim

In tabel 3.4 is een overzicht gegeven van determinanten van gezondheid die van invloed kunnen zijn op verzuim. Er zijn aanwijzingen dat die invloed niet alleen verloopt via ziekten en aandoeningen, maar ook via discriminatie. Mensen met overgewicht bijvoorbeeld hebben een grotere kans op negatieve uitingen die ertoe bij kunnen dragen dat men vaker afwezig is (Neovius et al., 2009). Voor een aantal determinanten is de kans op verzuim voor de Nederlandse situatie gekwantificeerd. Het merendeel van de bronnen geeft alleen aan dat er een verband is.

De kosten van verzuim

Over de maatschappelijke kosten van ziekteverzuim is niet zo veel bekend. Een simpele benadering zou kunnen zijn om het verzuimpercentage op te vatten als het aandeel van het binnenlands product dat door verzuim gemist wordt. Maar zo simpel is dit natuurlijk niet. Bij kortdurend verzuim kunnen mensen hun werk weer inhalen als ze weer beter zijn en met nieuwe energie aan de slag gaan. Ook kan het zijn dat collega's even wat werk overnemen. En bij langdu-

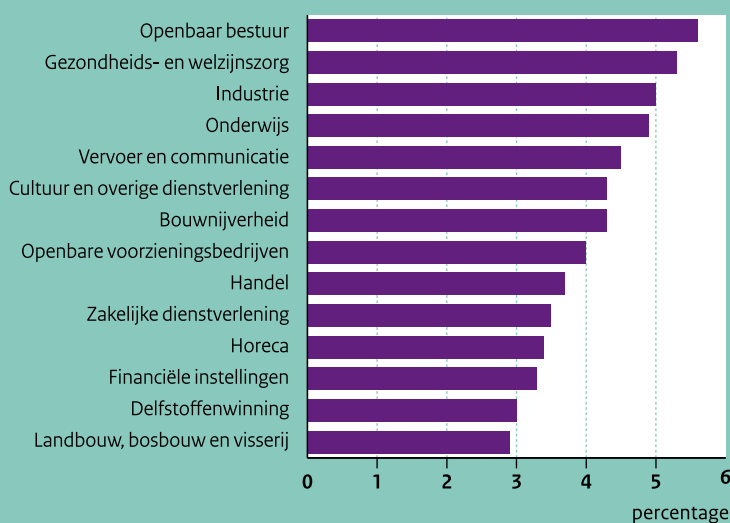
rend verzuim zal er na verloop van tijd wel een vervanger worden aangesteld, zodat de productieverliezen beperkt blijven. Kortom, een betrouwbare schatting is er tot op heden niet.

Het Centraal Planbureau (CPB) berekende voor 2005 wel een totale kostenpost van zes miljard euro, uitgaande van doorbetaalde lonen (Stegeman, 2005). Deze zouden dan een proxy moeten zijn voor productieverliezen. Maar dat betreft natuurlijk een forse aanname, waarbij bovengenoemde problemen evenzeer gelden. Dit geldt ook voor een studie van TNO waarin becijferd werd dat fietsen naar het werk Nederland een besparing op de verzuimkosten van 27 miljoen euro oplevert (Hendriksen, 2009). Daarbij werd uitgegaan van een vast kostenbedrag van 280 euro per verzuimdag.

Hoe het ook precies zij, duidelijk is dat ook ziekteverzuim, naast arbeidsongeschiktheid, tot aanzienlijke maatschappelijke kosten kan leiden. Dit betekent ook dat de reductie van ziekteverzuim maatschappelijke baten kan genereren. De hoogte daarvan hangt – naast genoemde productie-

Figuur 3.6

Ziekteverzuimpercentages naar branche, 2008 (Bron: CBS StatLine, 2009b)



Tabel 3.4

Determinanten van gezondheid, gevolgen voor verzuim

Determinanten	Gevolgen voor verzuim
Overgewicht en obesitas ¹	Mensen met een hoge Body Mass Index (BMI) verzuimen meer dan mensen met een 'normaal' gewicht (Eysink et al., 2008).
	Mensen met overgewicht en obesitas verzuimen langer dan mensen met een 'normaal gewicht' (Neovius et al., 2009; Klink et al., 2008).
	Obese werknemers verzuimen niet alleen vaker, maar ook langer (CBS, 2007).
Verhoogde bloeddruk en cholesterol	Mensen met een verhoogde bloeddruk dan wel verhoogd cholesterolgehalte lopen meer kans op hart- en vaatziekten en daarmee op verzuim (SER, 2009).
Alcohol	Overmatige drinkers lijken meer te verzuimen (Eysink et al., 2008; SER, 2009).
	Er zijn geen significante verschillen in verzuimpercentage en verzuimduur tussen drinkers en niet-drinkers (CBS, 2007).
Bewegen	Werknemers die sporten verzuimen minder dan niet-sportende werknemers, vijf dagen minder per jaar. Als het gaat om zittend werk 12 dagen (SER, 2009).
	Er zijn aanwijzingen dat intensief bewegen leidt tot minder verzuim (Eysink et al., 2008).
Roken	Roken leidt tot meer ziekteverzuim (SER, 2009).
	Rokers verzuimen gemiddeld 1,5 keer meer dagen dan niet-rokers (CBS, 2007).
Voeding	In een recente literatuurreview zijn geen studies over voeding en ziekteverzuim gevonden (Eysink et al., 2008).

¹ Verband is het sterkste voor obesitas.

verliezen – af van de effectiviteit van de terugdringing van ziekteverzuim. Specifiek naar het terrein van de gezondheidsbevordering en ziektepreventie betekent dit ook dat niet zomaar alle potentiële baten als feitelijke baten worden aangemerkt, maar dat rekening wordt gehouden met de relatie tussen de verbetering van de gezondheid en het niveau van het ziekteverzuim, los van andere invloeden, zoals de conjunctuur en arbeidsspecifieke omstandigheden.

Initiatieven om verzuim tegen te gaan

In een recent rapport van de Sociaal-Economische Raad (2009) staat dat verzuim binnen arbeidsorganisaties het meest effectief kan worden tegengegaan door een preventiebeleid dat meerdere aspecten integreert. Zo halen de auteurs van dit rapport de Nederlandse Spoorwegen aan die door een combinatie van verzuimreductie, leefstijlinterventie en motivatiebevordering het verzuim met een derde heeft weten te reduceren. Verregaande samenwerking met andere actoren als zorgverzekeraars, arbodiensten, aanbieders van sportprogramma's en werknemers is ook een belangrijk onderdeel van de succesformule. Volgens ATOS Consulting (Van den Broek et al., 2008) kan een betere samenwerking tussen sociale zekerheid en zorg een productiviteitswinst opleveren van 125.000 arbeidsjaren.

3.4.4 Zorgverlof

Mensen verzuimen niet alleen van hun werk wanneer ze zelf ziek zijn, maar ook wanneer hun kinderen en andere naasten ziek zijn of zorg nodig hebben. Zij nemen dan vaak zorgtaken op zich of nemen taken over die eerst door de zieke werden gedaan. Om dit te kunnen doen, vragen ze zorgverlof aan. Inzicht in de kosten van zorgverlof maken het beeld van de materiële kosten van ongezondheid vollediger.

In 2009 heeft het SCP onderzoek gedaan naar mensen die in 2007 de zorg voor zieke of gehandicapte familieleden, vrienden of huisgenoten op zich namen; de zogenaamde mantelzorgers (De Boer et al., 2009). Daaruit blijkt dat de meeste werkende mantelzorgers (35%) vrij nemen door het opnemen van vakantiedagen om een zieke naaste te verzorgen; oftewel de zorg gaat ten koste van de vrije tijd. Een vijfde (19%) van de mantelzorgers die deelnamen aan het onderzoek maakte aanspraak op ten minste een wettelijke vorm van zorgverlof!¹⁰ Kortdurend zorgverlof werd het meest opgenomen (7%). Buitengewoon verlof werd opgenomen door 5% en hetzelfde percentage geldt voor calamiteitenverlof en onbetaald verlof. Langdurig verlof werd door 1% van de mantelzorgers gebruikt.

¹⁰ Calamiteitenverlof, kortdurend verlof of langdurig verlof.

Tabel 3.5

Berekende jaarlijkse baten in miljoenen euro's uitgesplitst naar arbeidsgerelateerde kenmerken (Bron: De Koning et al., 2009)

Verbetering van de gezondheid met 0,25%		DHS¹	POLS²
Verhoging arbeidsparticipatie		102	325
Verhoging uren per week		13	191
Vermindering ziekteverzuim		39	40
Verhoging arbeidsproductiviteit		-	132
Totaal zonder looneffecten		154	556
Totaal		154	688
Verbetering van de gezondheid met 0,50%		DHS	POLS
Verhoging arbeidsparticipatie		163	649
Verhoging uren per week		26	373
Vermindering ziekteverzuim		77	79
Verhoging arbeidsproductiviteit		-	265
Totaal zonder looneffecten		266	1.101
Totaal		266	1.366

¹ DNB Household Survey.² Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) van het CBS.

Sommige mantelzorgers kiezen ervoor om minder te gaan werken (7%) of zelfs helemaal te stoppen met werken (3%). Hoewel het gaat om een klein percentage zijn de implicaties hiervan zowel individueel als maatschappelijk groot. Het inkomen neemt af en de kans is klein dat eenzelfde inkomenspositie behaald kan worden op het moment dat men weer (volledig) wil beginnen met werken. Tevens betekent het vaak minder goede arbeidsmarktkansen op de lange termijn. Daar staat natuurlijk wel tegenover dat mantelzorg belangrijke immateriële waarden vertegenwoordigt (zie hoofdstuk 4).

De economische kosten van het opnemen van zorgverlof, het structureel verkorten van de arbeidsduur of (tijdelijk) stoppen met werken zijn in het onderzoek van het SCP niet in kaart gebracht. Verdere uitbouw van flexibele werktijden binnen arbeidsorganisaties wordt gezien als een belangrijke oplossingsrichting om welvaartsverlies en uitval uit de arbeidsmarkt tegen te gaan. Ook de SER (2009) wijst op de mogelijkheden van arbeid- en zorgbeleid.

3.5 Omvang arbeidsgerelateerde baten van gezondheid

Uit voorgaande blijkt dat gezondheid meerdere arbeidsgerelateerde baten kent. Zo is het positief van invloed op deelname aan het arbeidsproces. Er zijn ook aanwijzingen dat een goede gezondheid de kans op productiviteit in het werkzame leven vergroot.

In voorgaande paragrafen is waar mogelijk op basis van de literatuur een schatting gegeven van de kosten van ongezondheid om daarmee een indicatie te geven van de mogelijke baten van een verbetering in de gezondheid. Over de omvang van het effect van gezondheid op arbeidsgerelateerde aspecten is voor Nederland weinig bekend. Om in deze leemte te voorzien heeft SEOR de effecten geschat van een toename van de subjectieve gezondheid voor een viertal arbeidsgerelateerde kenmerken (De Koning et al., 2009). Daarbij is niet alleen gekeken naar arbeidsparticipatie en verzuim, maar ook naar gewerkte uren en het uurloon als maat voor arbeidsproductiviteit. Twee scenario's zijn in kaart gebracht; een laag scenario waarin de subjectieve gezondheid wordt verbeterd met 0,25% en een hoog scenario waarin uitgegaan wordt van een verbetering van de gezondheid met 0,50%. Een verbetering van de subjectieve gezondheid van 0,25% betekent volgens de onderzoekers een winst van tussen de 150 en 700 miljoen euro. Bij een stijging van de gezondheid met 0,50% nemen deze baten verder toe.

Deze variëren dan tussen de 250 en 1.400 miljoen euro. De variatie is te wijten aan de verschillen tussen de gegevensbronnen en het al dan niet meenemen van looneffecten.

Uit *tabel 3.5* komt naar voren dat de invloed van een verbeterde subjectieve gezondheid qua omvang van de baten vooral komt door een verhoogde arbeidsparticipatie. Een verhoging van de arbeidsparticipatie levert jaarlijks tussen de 214 en 406 miljoen euro op. Daarbij merken de onderzoekers op dat een verhoging van de arbeidsparticipatie en -productiviteit tijd kosten en dat daarom maatregelen niet onmiddellijk zullen leiden tot bovengenoemde baten. Er zullen meerdere jaren overheen gaan voordat de effecten merkbaar zijn.

Bij de bevindingen van SEOR dienen enige slagen om de arm gehouden te worden. Bij de bedragen is bijvoorbeeld geen rekening gehouden met de kosten van maatregelen om de gezondheidsverbetering te realiseren.

3.6 Slotsom

Duidelijk verband tussen gezondheid en arbeidsdeelname

In dit hoofdstuk is gekeken naar gezondheid vanuit een opbrengstenperspectief. Wat levert gezondheid aan maatschappelijke baten op? Op basis van de gevonden literatuur komt duidelijk naar voren dat gezondheidsproblemen een negatief effect hebben op de arbeidsparticipatie. Over de invloed van gezondheid op arbeidsproductiviteit uitgedrukt in schooluitkomsten, mentaal kapitaal en productiviteitsverlies op het werk is minder bekend. Er lijken aanwijzingen te zijn dat gezondheid ook hier van invloed is, maar over de mate waarin valt tot op heden weinig te zeggen.

Kennis over relatieve bijdrage gezondheid beperkt

Gezondheidsproblemen verminderen arbeidsparticipatie en er zijn aanwijzingen dat dit ook voor arbeidsproductiviteit geldt. Het uitgevoerde literatuuronderzoek heeft echter geen helder beeld gegeven van de relatieve bijdrage van gezondheid ten opzichte van andere factoren zoals maatregelen op het terrein van de sociale zekerheid. Kennis over de relatieve bijdrage van gezondheid kan inzichtelijk maken waar interventies het beste kunnen worden ingezet. Het verdient daarom aanbeveling hier verder onderzoek naar te doen.

Omvang arbeidsgelateerde baten van gezondheid onbekend

Hoewel er allerlei schattingen zijn over de invloed van gezondheid op arbeidsgelateerde aspecten variëren deze nogal qua opzet wat het moeilijk maakt om te komen tot een totaalbeeld. Zo is er niet altijd gecorrigeerd voor andere verklarende factoren, zoals de invloed van werk op gezondheid, waardoor het niet mogelijk is het gevonden effect aan gezondheid toe te schrijven.

Bouwstenen voor productiviteit beginnen ook voor werkzame leven

In de literatuur wordt bij arbeidsproductiviteit sterk de nadruk gelegd op aspecten van het werkzame leven zoals lonen, aantal gewerkte uren, productiviteitsverlies. Dit is niet vreemd, het gaat immers vanuit economisch perspectief om productiviteit gedurende het werkzame leven. Minder aandacht is er voor het voortraject van het werkzame leven waarin een groot deel van het menselijk en mentaal kapitaal wordt opgebouwd. Opleidingsniveau is bijvoorbeeld een belangrijke indicator voor productiviteit. Het verdient aanbeveling om de omvang van gezondheid op productiviteit vanuit een levensloopperspectief te benaderen. Longitudinaal onderzoek kan daarin inzicht verschaffen.

4

Volksgesondheid en maatschappelijk welbevinden

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is aangetoond dat gezondheid van invloed is op de economische groei, de arbeidsparticipatie en de arbeidsproductiviteit en daarmee op de welvaart. Maar dit zijn slechts enkele aspecten van de opbrengsten van gezondheid. Aan de hand van de relaties uit het conceptuele raamwerk zoals beschreven in *hoofdstuk 1*, brengt dit hoofdstuk ook de meer immateriële baten van gezondheid in kaart. Het effect van gezondheid op maatschappelijk welbevinden wordt beschreven, zie *figuur 4.1*. Zoals in *hoofdstuk 1* is aangegeven, kan maatschappelijk welbevinden heel breed worden geïnterpreteerd zodat de algehele kwaliteit van de samenleving eronder valt. Dit hoofdstuk richt zich alleen op participatie.

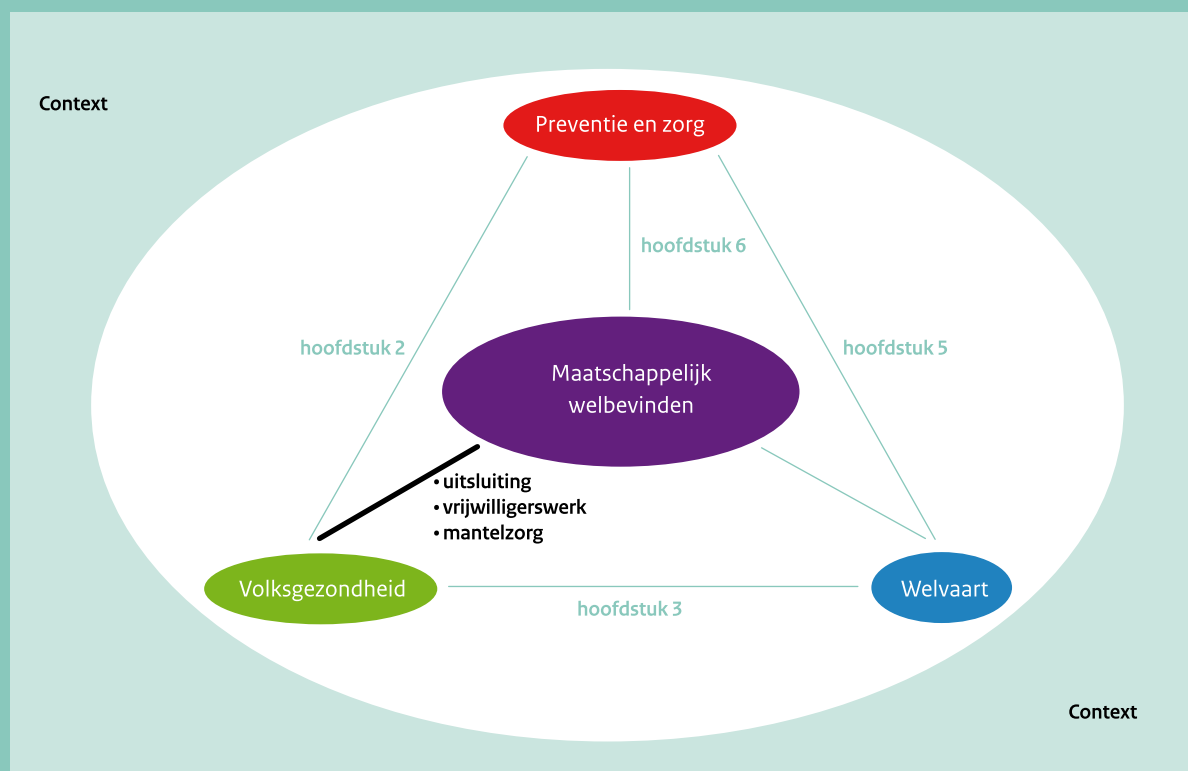
Het deelnemen aan de samenleving wordt gezien als een groot goed. Voor het individu kan het bijdragen aan de kwaliteit van leven en voor de maatschappij aan de sociale cohesie. Deelnemen kan op verschillende manieren. Naast

het verrichten van betaald werk waarover in het vorige hoofdstuk is gesproken, kan ook gedacht worden aan bijvoorbeeld het onderhouden van sociale contacten. MOVISIE onderscheidt meerdere vormen van participatie waaronder het zelfstandig kunnen functioneren, recreatie, het opdoen van vaardigheden middels stage en scholing en het zich vrijwillig inzetten voor anderen (MOVISIE, 2009a). Vaak zijn mensen op meerdere manieren actief. Zo verricht het merendeel van de mantelzorgers ook betaald werk. Participatie in de ene vorm hangt dus vaak samen met participatie in andere vormen.

Maar niet iedereen is in staat om deel te nemen. Er zijn kwetsbare groepen die een grote kans lopen om uitgesloten te raken. Een slechte gezondheid is daarvoor een belangrijke risicofactor. Daarom zoomt dit hoofdstuk eerst in op uitsluiting (*paragraaf 4.2*). Vervolgens behandelt het twee vormen van participatie te weten: vrijwilligerswerk (*paragraaf 4.3*) en mantelzorg (*paragraaf 4.4*). Aan het eind van dit hoofdstuk volgt een korte beschouwing (*paragraaf 4.5*).

Figuur 4.1

Conceptueel raamwerk met bijbehorende hoofdstuknummers (Bron: Gebaseerd op Figueras et al., 2008)



4.2 Uitsluiting

Veel overheidsbeleid is de afgelopen jaren gericht op het stimuleren van participatie aan de samenleving. De term wordt daarbij vrij breed geïnterpreteerd. Te denken valt aan deelname aan sport, maar ook aan het gaan stemmen of naar de dokter gaan. Het gaat om deelname aan het maatschappelijk verkeer in zijn algemeenheid. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is een bekend voorbeeld van beleid op dit terrein. Het doel van de wet is 'dat iedereen – oud en jong, gehandicapt en niet gehandicapt, autochtoon en allochtoon, met en zonder problemen – volwaardig aan de samenleving kan deelnemen' (VWS, 2004). Maar ook in eerdere beleidsdocumenten, zoals de welzijnsnota van VWS uit 1999, was er aandacht voor het versterken van participatie middels het verrichten van vrijwilligerswerk en mantelzorg.

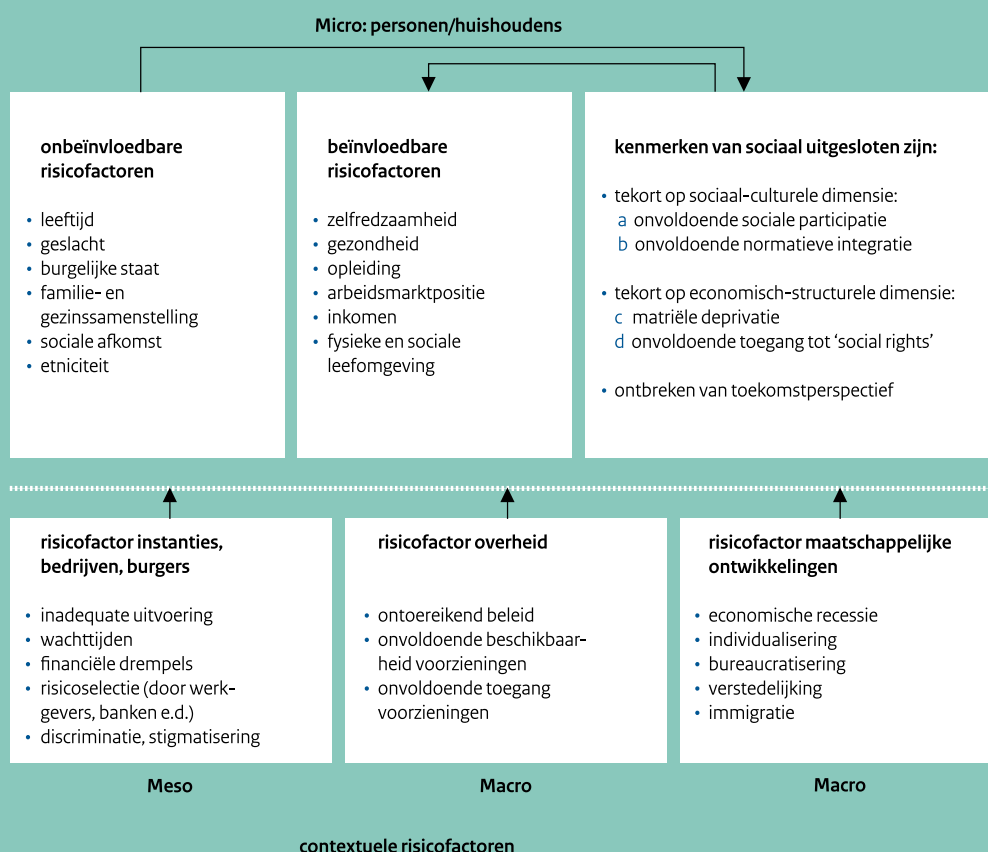
Als er veel mensen meedoen wordt dat gezien als een teken dat het goed gaat met een samenleving. Het vierde kabinet

Balkenende verhief het zelfs tot zijn motto. In de regeringsverklaring zegt dit kabinet: 'Het is sociaal niet aanvaardbaar dat mensen buiten de samenleving staan. (...) Juist omdat elk mens telt en tot zijn recht wil komen, is het van belang dat mensen oog hebben voor elkaar en zich over en weer betrokken voelen. Betrokkenheid begint met meedoen in de samenleving. In een betaalde baan, in het zorgen voor anderen, in vrijwilligerswerk, sportclub of bewonersvereniging' (AZ, 2007).

Maar wat bepaalt of mensen meedoen? Vaak wordt er in de literatuur dan gekeken naar de omgekeerde relatie. De vraag wordt dan wat de risicofactoren voor niet-participatie zijn. Men spreekt van een gebrek aan participatie als mensen tekorten ervaren als het gaat om onder meer sociale contacten, inkomen en toegang tot voorzieningen als zorg en onderwijs. Oftewel als er sprake is van uitsluiting. Uit een studie naar uitsluiting in Nederland van het SCP komt naar voren dat er verschillende factoren zijn die hierbij een rol kunnen spelen (figuur 4.2).

Figuur 4.2

Conceptueel raamwerk: risicofactoren en kenmerken van sociale uitsluiting (Bron: Jehoel-Gijsbers, 2004)



Tabel 4.1

Belangrijkste risicogroepen voor sociale uitsluiting: gemiddelde score op index en percentage met een index > 1 (= met sociale uitsluiting) (Bron: Jehoel-Gijsbers, 2004)

	Gemiddelde score op index	% met index > 1
Mensen met een (zeer) slechte gezondheid	1,26	45
Mensen met een geringe mate van psychisch welbevinden	1,17	42
Huishoudens met inkomen onder 105% van het sociaal minimum	1,07	39
Eenoudergezinnen	0,97	41
Huishoudens met meerdere werkloosheidsperiodes in de afgelopen 5 jaar (alleen huishoudens < 65 jaar)	0,90	30
Huishoudens met een WW-, ABW- of WAO-uitkering (alleen huishoudens < 65 jaar)	0,75	28
Huishoudens met een inkomen in het laagste inkomenskwintiel	0,70	30
Niet-westerse allochtonen	0,62	27
Mensen met een slechte beheersing van het Nederlands	0,59	21
Geen werkenden in huishoudens (alleen huishoudens < 65 jaar)	0,55	24

De risicofactoren vallen uiteen in individuele en maatschappelijke factoren zoals tekortschietend overheidsbeleid en maatschappelijke ontwikkelingen. Slechts een deel van de factoren is te beïnvloeden. Zo kan een overheid bijvoorbeeld maatregelen nemen gericht op het verbeteren van de arbeidsmarktpositie van kwetsbare groepen, het tegengaan van discriminatie bij sollicitaties of het bevorderen van de gezondheid.

Het effect van ongezondheid

Het SCP heeft aan de hand van een index ook in kaart gebracht welke factoren de belangrijkste voorspellers zijn voor uitsluiting (Jehoel-Gijsbers, 2004). Gezondheid blijkt een belangrijke beïnvloedbare risicofactor voor uitsluiting, meer nog dan inkomen waar veel beleid zich de afgelopen jaren op gericht heeft. In *tabel 4.1* is te zien dat mensen met een zeer slechte gezondheid en een geringe mate van psychisch welbevinden een hoge gemiddelde score op de index voor uitsluiting hebben. Deze risicogroepen bezetten plaats een en twee in het overzicht. Mensen met een laag inkomen komen op de derde plaats. Werklozen en arbeidsongeschikten lopen een nog minder groot risico, evenals eenoudergezinnen en mensen met een niet-westerse afkomst.

Hier moet echter gewaakt worden voor een te simpele redenering. Risicofactoren hebben de neiging zich op te stapelen. Zelden is er slechts sprake van een enkele risicofactor. Zo ligt het in de lijn der verwachting dat mensen die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen minder goede kansen hebben op bepaalde typen banen die een hoog opleidingsniveau vereisen en waar weer een bepaald

inkomensniveau bij hoort. Bovendien is bekend dat laagopgeleiden en mensen met een niet-westerse afkomst vaker een slechtere gezondheid rapporteren dan andere groepen. Nadat voor deze wisselwerking is gecorrigeerd, blijkt dat de hoogte van het inkomen de voornaamste voorspeller is voor de mate van uitsluiting, gevolgd door een slechte gezondheid en laag opleidingsniveau.

Uitsluiting veelal een gevolg van meerdere factoren tegelijk

In een review van de literatuur van de Europese non-profit organisatie HealthNet naar de wederkerige relatie tussen armoede, gezondheid en uitsluiting wordt het belang van ongezondheid voor sociale uitsluiting onderschreven (Stegeman & Costongs, 2003). Ook deze auteurs wijzen er op dat het bij de relatie tussen beide vaak om een groot aantal met elkaar verweven factoren gaat. Een verslechtering van de gezondheid kan ervoor zorgen dat mensen bepaalde taken niet meer kunnen verrichten maar bijvoorbeeld stigmatisering en een terugval in inkomen spelen vaak ook een rol bij het al dan niet uitgesloten raken. Zij noemen ouderen, chronisch zieken, mensen met een beperking en mensen met psychische problemen als voorbeelden van groepen waarbij het verband tussen een slechte gezondheid en sociale uitsluiting zich duidelijk voordoet.

Zowel gezondheidsbevordering als inkomensverbetering lijken dus goede maatregelen om uitsluiting tegen te gaan en dus participatie te bevorderen. Vanwege de wisselwerking tussen gezondheid en inkomen lijkt het voor een optimaal resultaat zinvol om een tweesporenbeleid te hanteren waarbij maatregelen tegelijkertijd worden genomen.

4.3 Participatie in vrijwilligerswerk

In het voorgaande kwam naar voren dat participatie betrekking kan hebben op heel veel terreinen van de samenleving. In het vorige hoofdstuk is al aandacht besteed aan arbeidsparticipatie. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de meer immateriële vormen van participatie in de vorm van vrijwilligerswerk en de rol van gezondheid daarbij. In de volgende paragraaf gaat het over mantelzorg.

Nederland in Europese top vrijwilligerswerk

In Europees verband gezien behoort Nederland tot de top als het gaat om vrijwilligerswerk. In *figuur 4.3* uit de Eurobarometer is te zien hoe Nederland in 2004 scoort op het doen van vrijwilligerswerk voor minstens een organisatie. Zweden scoort met een percentage van 50% net iets beter als het gaat om het doen van vrijwilligerswerk uitgedrukt in een percentage van de bevolking.

Het percentage van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder dat vrijwilligerswerk verricht schommelt sinds de tweede helft van de vorige eeuw tussen de 42% en 45%.

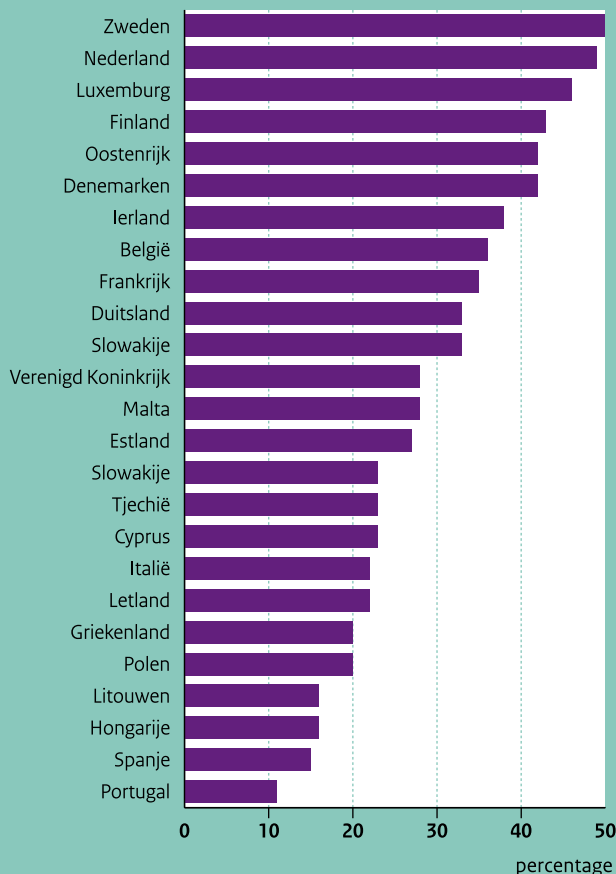
Sportverenigingen, kerken en scholen kennen de hoogste aantallen vrijwilligers (Dekker & De Hart, 2009).

Jongeren minder vaak vrijwilliger

Cijfers uit de POLS-enquête van het CBS over het jaar 2007 laten zien dat mensen in de leeftijd van 35 tot 75 jaar vaker vrijwilligerswerk verrichten dan jongeren en ouderen (CBS StatLine, 2009c). Hoogopgeleiden, mensen met kinderen en mensen die niet-stedelijk wonen doen over het algemeen meer aan vrijwilligerswerk dan andere onderzochte groepen. Religie wordt ook vaak als belangrijk achtergrondkenmerk van vrijwilligers gezien (Dekker & De Hart, 2009; Werkgroep Filantropische Studies, 2009). Gemiddeld verrichten vrijwilligers in de periode 1993-2006 tussen de 5 á 7 uur vrijwilligerswerk per week.

De rol van gezondheidsproblemen bij vrijwilligerswerk

Mensen met een chronische aandoening of lichamelijke beperking participeren aanzienlijk minder in vrijwilligerswerk dan de Nederlandse bevolking als geheel. Uit cijfers van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG)



Figuur 4.3

Het vrijwillig geven van tijd aan maatschappelijke organisaties in de Europese Unie eind 2004 (in procenten van de bevolking van 15 jaar en ouder) (Bron: Eurobarometer, 2004; Dekker & De Hart, 2009)

van het NIVEL blijkt dat 22% van de mensen met een chronische ziekte of aandoening vrijwilligerswerk verricht (Van den Brink-Muinen et al., 2009). Het CBS heeft berekend dat circa 44% in de gehele bevolking aan vrijwilligerswerk doet. Hoewel deze percentages niet één op één vergelijkbaar zijn vanwege verschillen in leeftijdsklassen en vraagstelling, kan het wel een indicatie geven van het verschil tussen beide groepen.

Chronisch zieken en mensen met een lichamelijke beperking die vrijwilligerswerk doen, besteden hieraan gemiddeld circa 5 uur in de week (Van den Brink-Muinen et al., 2009). Hiermee wijken ze nauwelijks af van de tijdsbesteding van de gehele bevolking. Chronisch zieken en mensen met een beperking die vrijwilligerswerk verrichten verschillen ook op andere kenmerken zoals leeftijd en opleidingsniveau niet van de algehele bevolking.

Concluderend kan gezegd worden dat ziekten en beperkingen een belemmering zijn. Maar als chronisch zieken deelnemen in vrijwilligerswerk dan brengen ze hun ervaringsdeskundigheid mee. Dit kan zeer nuttige informatie zijn. Zeker wanneer men actief wordt binnen bijvoorbeeld een patiëntenvereniging.

Determinanten van participatie van chronisch zieken en mensen met een lichamelijke beperking

Het al dan niet participeren in vrijwilligerswerk van chronisch zieken en mensen met een lichamelijke beperking blijkt mede afhankelijk van een drietal gezondheidsgerelateerde determinanten. De eerste soort heeft betrekking op de objectieve gezondheidstoestand. Er zijn aanwijzingen dat de aard en de ernst van beperkingen een rol spelen bij participatie in vrijwilligerswerk (Cardol et al., 2008; De Klerk, 2007). De afwezigheid van een motorische beperking zou een belangrijke voorspeller zijn voor deelname aan vrijwilligerswerk. Daarnaast kunnen directe gevolgen van een ziekte als moeheid en pijn belemmeringen zijn voor mensen met een lichamelijke beperking.

Het tweede type gaat over de toegankelijkheid van de samenleving bij het doen van vrijwilligerswerk. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat mensen met een lichamelijke beperking belemmeringen in participatie ervaren omdat de gebouwen waarin ze werken niet voldoende voor hen toegankelijk zijn (De Klerk, 2007).

Het derde type determinant gaat over de mate waarin mensen in staat zijn met ziekten en beperkingen om te gaan. Het gaat daarbij vooral om de ziekteperceptie. De feitelijke gevolgen van een ziekte kunnen door ieder individu anders worden ervaren. Naarmate mensen minder gevolgen ervaren, participeren ze meer (Cardol et al., 2008).

Initiatieven

Sinds de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 zijn gemeenten verantwoordelijk voor het ondersteunen van vrijwilligers. Een belangrijk doel van de wet is het behouden en bevorderen van maatschappelijke participatie waaronder deelname aan vrijwilligerswerk. De gemeenten dienen daarbij aan een aantal basisfuncties te voldoen dat landelijk is vastgesteld (VWS, 2007c).

Verkenningen van MOVISIE in het kader van het VWS-programma Beter in Meedoen laten zien dat er een brede waaier aan initiatieven voor gemeenten, welzijns- en vrijwilligersorganisaties is om maatschappelijke participatie te bevorderen. Specifiek beleid gericht op het bevorderen van de participatie van mensen met gezondheidsproblemen in vrijwilligerswerk komt alleen zijdelings voor. Een aantal methoden is gericht op mensen met een lichamelijke dan wel psychische beperking. De meeste van die gevonden interventies leggen de nadruk op het verbeteren van de toegankelijkheid van de samenleving. Bijvoorbeeld door het kweken van begrip voor de mogelijkheden die iemand met een beperking heeft. Over het gebruik en de effectiviteit van de methoden in de verkenning is weinig bekend. In vervolgonderzoek zal MOVISIE de effectiviteit van een aantal interventies verder gaan onderzoeken.

Tabel 4.2

Kenmerken mantelzorgers en de algemene Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder naar achtergrondkenmerken, 2007
(in procenten) (Bron: De Boer et al., 2009)

	Mantelzorgers (n = 2.461)	Algemene bevolking (n = 55.046)	Significantie
Geslacht			
Man	39	48	*
vrouw	61	52	*
Leeftijdsklasse			
18-34 jaar	12	20	*
35-44 jaar	20	22	*
45-54 jaar	27	20	*
55-64 jaar	24	18	*
> 65 jaar	17	19	*
Oordeel eigen gezondheid ¹			
goed	81	83 ²	
slecht	19	17	
Samenstelling huishoudens			
alleenstaand	21	23	*
twee volwassenen zonder kind	39	38	
twee volwassenen met kind	35	35	
eenoudergezin	5	4	

* Significant verschil is $p < 0,01$.

¹ Een goede gezondheid omvat de antwoordcategorieën 'uitstekend', 'zeer goed' en 'goed'; een slechte gezondheid omvat 'matig' en 'slecht'. De antwoordcategorieën in het AVO2007, voor de algemene bevolking, zijn anders: goed omvat hier 'zeer goed' en 'goed'; slecht omvat 'gaat wel', 'slecht' en 'zeer slecht'.

² $n = 12.745$ (AVO'07).

4.4 Participatie in mantelzorg

Hoewel mantelzorg in sommige definities tot vrijwilligerswerk wordt gerekend, is er een wezenlijk verschil. Mantelzorg is primair gericht op zieke naasten, terwijl het bij vrijwilligerswerk gaat om activiteiten voor en met mensen uit een bredere kring. De aanwezigheid van een hulpbehoevende in de directe omgeving is een belangrijk motief om mantelzorg te gaan verlenen.

Vrouwen geven vaker mantelzorg dan mannen

In Nederland verleent in 2007 28% van de bevolking van 18 jaar en ouder mantelzorg (CBS StatLine 2009c). Het merendeel van de zorg wordt gegeven door vrouwen. Uit tabel 4.2 blijkt dat mannen ondervertegenwoordigd zijn. Verder is te zien dat mensen tussen de 45-64 jaar de meeste zorg verlenen. Mantelzorgers verkeren over het algemeen in een goede gezondheid en hebben vaak een partner.

Mantelzorg is intensief

Het merendeel van de mantelzorgers biedt zorg aan familie, partner of kind. De meeste mantelzorgers nemen meerdere

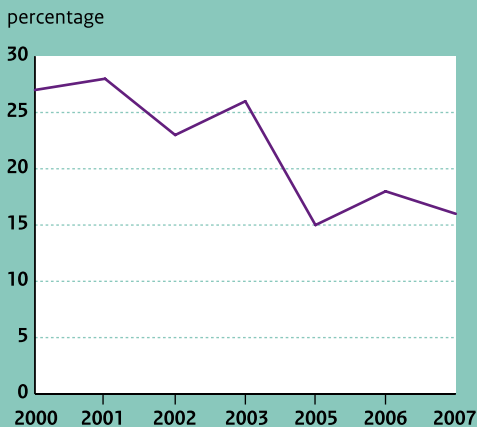
taken op zich. Het bieden van emotionele steun en toezicht houden op de hulpbehoevende komt het vaakst voor. Mantelzorgers geven vaak gedurende een periode van een aantal jaren hulp en besteden daar ook vaak veel tijd aan. Meestal gaat het om meer dan 8 uur per week (De Boer et al., 2009). De meest intensieve vormen van zorg worden gegeven door een kleine groep mensen.

De rol van gezondheidsproblemen bij het verlenen van mantelzorg

Chronisch zieken en mensen met een beperking verlenen minder vaak mantelzorg dan mensen zonder aandoening. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat in 2007 18% van de onderzochte chronisch zieken en mensen met een beperking zorg verleent aan een naaste buiten de eigen huishouding (Van den Brink-Muinen et al., 2009). Voor de gehele bevolking kwam dat neer op 28%. Ook hier geldt dat het beeld dat hieruit naar voren komt voorzichtig geïnterpreteerd dient te worden omdat de leeftijdsklassen en de vraagstelling tussen beide onderzoeken niet helemaal overeenkomen.

Figuur 4.4

Percentage mensen met een chronische ziekte dat mantelzorg verleent (2000-2007) (Bron: Van den Brink-Muinen et al., 2009)



Als er gekeken wordt naar een langere tijdsperiode dan valt op dat het aantal mensen met een chronische ziekte dat mantelzorg verleent sterk afneemt (figuur 4.4). Circa 16% van de chronisch zieken participeerde in 2007 tegenover 27% in 2000.

Bij mensen met een beperking die zorg verlenen, lijkt er sprake te zijn van stabilisatie. Het percentage in 2007 wijkt met 16% nauwelijks af van dat in de twee voorgaande jaren. De twee percentages mogen echter niet bij elkaar opgeteld worden, omdat chronisch zieken vaak ook beperkingen hebben en op die manier dubbeltellingen zouden plaatsvinden.

Het aantal uren dat chronisch zieken en mensen met een beperking aan de zorg van verwanten besteedt, ligt met 4,5 uur gemiddeld lager dan in de algehele bevolking.

Determinanten van participatie van chronisch zieken en mensen met een beperking

Chronisch zieken en mensen met een beperking geven minder vaak en minder lang mantelzorg dan mensen zonder aandoening. Maar welke gezondheidsgerelateerde determinanten liggen hieraan ten grondslag? De aanwezigheid van een ernstige beperking verlaagt de kans op het verlenen van zorg aan naasten blijkt uit onderzoek van het SCP (Sadiraj et al, 2009). Dit effect doet zich zowel voor bij mensen tussen de 30 en 65 jaar als bij mensen ouder dan 65 jaar.

Hoeymans et al. (2005) hebben onderzocht welke aandoeningen de participatie van 55-plussers met een chronische ziekte of aandoening in de weg staan. Veelvoorkomende ziekten als psychische problemen zijn de belangrijkste belemmerende factoren maar ook kanker en hart- en vaatziekten zijn obstakels voor het verlenen van zorg.

De rol van beperkingen bij mantelzorg

Uit het voorgaande blijkt dat gezondheidsproblemen van invloed lijken te zijn op het verrichten van mantelzorg. Maar wanneer gekeken wordt naar de participatie van chronisch zieken en mensen met een lichamelijke beperking dan valt op dat mensen met beperkingen minder vaak mantelzorg verlenen dan mensen zonder beperkingen (en met alleen een ziekte). Dit doet vermoeden dat het effect van beperkingen sterker is dan dat van ziekten.

Hoeymans et al. (2005) hebben becijferd dat voor 55-plussers de kans op participatie in mantelzorg door beperkingen wordt verlaagd met een factor 3 tegenover een factor 1 tot 2 voor ziekten. Na correctie voor achtergrondvariabelen is het effect van beperkingen kleiner maar met 1,8 nog steeds substantieel. Mobiliteitsproblemen als gevolg van de beperking spelen bij deelname een belangrijke rol. Ook voor het verrichten van vrijwilligerswerk geldt dat lichamelijke beperkingen een grotere belemmering zijn dan ziekte.

De risico's van mantelzorg voor de gezondheid van de mantelzorger

Mantelzorg kan veel plezier en voldoening opleveren. Het SCP heeft in 2009 uitgebreid onderzoek gedaan naar mantelzorgers. Daaruit blijkt dat ruim één op de tien mantelzorgers zegt dat zij door het verlenen van zorg gelukkiger zijn geworden (De Boer et al., 2009). Maar het verlenen van zorg kan ook een keerzijde hebben. Voor 9% van de mantelzorgers geldt dat zij minder gelukkig zijn geworden. Bij circa 15% van de mantelzorgers is de ervaren gezondheid als gevolg van de zorg achteruit gegaan. Eenzelfde percentage mantelzorgers kampt met depressieve gevoelens sinds men hulp verleent (De Boer et al., 2009). Ook ander onderzoek levert bewijs voor een negatieve invloed van het verlenen van mantelzorg op gezondheid (onder andere Riedijk, 2009). De bewijslast voor psychische gezondheid is daarbij eenduidiger dan voor fysieke gezondheid.

Welke factoren liggen aan een vermindering van de subjectieve gezondheid ten grondslag? Volgens het SCP zijn lichamelijke verzorging en gedragsproblemen bij de hulpbehoevende belangrijke voorspellers voor een achteruitgang in gezondheid. Vooral mantelzorgers die al een zwakke gezondheid hebben en alleenstaanden lopen een verhoogd risico. Achteruitgang in psychische gezondheid doet zich juist vooral voor als de mantelzorger een partner of hulpbehoevende met emotionele problemen verzorgt. De ervaren belasting van het zorgen is voor zowel de ervaren gezondheid als de psychische gezondheid een van de belangrijkste risicofactoren. Er is sprake van overbelasting als datgene wat iemand aankan niet in overeenstemming is met datgene dat van een persoon gevraagd wordt.

Overbelasting

In 2009 becijferde het SCP dat 45% van de mantelzorgers matig tot ernstig overbelast is. Circa 17% is aangeduid als zwaar belast. Deze groep mensen heeft moeite met het vervullen van hun andere maatschappelijke rollen. Doordat het verzorgen van een naaste veel tijd kan vragen kan dit negatieve gevolgen hebben voor andere activiteiten. De beschikbare tijd kan immers maar één keer besteed worden. Het verlenen van zorg kan op die manier ten koste gaan van sociale contacten wat de kans op sociaal isolement van de mantelzorger vergroot. Voor minderjarige mantelzorgers kan het daarnaast ook een negatief effect op schooldeelname hebben. Geschat wordt dat 10% van de jongeren tussen de 12 en 15 jaar mantelzorg verleent. Voor allochtone jongeren is dat percentage hoger (MOVISIE, 2009b).

Initiatieven

Sinds de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 zijn gemeenten verantwoordelijk voor het ondersteunen van mantelzorgers met als doel participatie te behouden en te bevorderen. De gemeenten dienen daarbij aan een aantal basisfuncties te voldoen dat landelijk is vastgesteld. In de beleidsbrief 'Voor elkaar. Mantelzorg en

vrijwilligerswerk 2008-2011' vraagt staatsecretaris Bussemaker speciale aandacht van gemeenten voor zwaarbelaste mantelzorgers en de combinatie tussen arbeid en zorg (VWS, 2007c). Om werken en zorgen te vergemakkelijken zijn er landelijke regelingen zoals de zorgverlofregeling en de levensloopregeling. Maar er zijn ook andere initiatieven op dit terrein. Zo zijn Mezzo, Landelijke Vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligerszorg en hrm-adviesbureau Qidos een project gestart om samen met werkgevers een mantelzorgvriendelijk personeelsbeleid te creëren (Mezzo & Qidos, 2009).

In het kader van het VWS-programma 'Beter in Meedoen' heeft MOVISIE een aantal verkenningen uitgevoerd. Daaruit komt naar voren dat er een groot aantal initiatieven voor gemeenten, welzijns- en vrijwilligersorganisaties is om maatschappelijke participatie, waaronder mantelzorg, in stand te houden en te bevorderen. Er lijkt veel aandacht te zijn voor het tegengaan van overbelasting bij mantelzorgers. Dan kan gedacht worden aan activiteiten als advies en emotionele steun maar ook aan het tijdelijk overnemen van de zorg en het verbeteren van afstemming tussen mantelzorgers, vrijwilligers en hulpverleners. Een voorbeeld hiervan is het project 'De mantel verlicht' van MOVISIE en Mezzo waarin een aantal ondersteuningsinstrumenten op dit vlak is ontwikkeld (Elferink & Scherpenzeel, 2009). Maar ook Tonkens et al. (2008) doen aanbevelingen om de draagkracht van de mantelzorgers te vergroten door onder meer het wegnemen van de bureaucratische rompslomp. Het beter trainen van zorgverleners in het herkennen van overbelasting van de mantelzorger en verwaarlozing van de hulpbehoevende is een andere oplossingsrichting.

Over de effectiviteit van maatregelen is maar mondjesmaat iets bekend. Voor het tijdelijk overnemen van de zorg, ook wel respijtzorg genoemd, hebben Van Exel et al. (2005) laten zien dat deze positief van invloed kan zijn op zowel de objectieve als subjectieve ervaring van de belasting en de gezondheid van de mantelzorger. In vervolgonderzoek zal MOVISIE de effectiviteit van een aantal interventies uit de verkenningen verder gaan onderzoeken. Specifiek beleid gericht op het bevorderen van de participatie van mensen met gezondheidsproblemen in mantelzorg komt alleen zijdelings voor. Het gaat dan vooral om interventies die zich richten op het omgaan met de ziekte en beperking door te laten zien wat er nog wel kan. Bijvoorbeeld middels empowerment van het individu of via verandering van denkbeelden in de werkomgeving. Het merendeel van interventies voor mensen met gezondheidsproblemen lijkt zich vooral te richten op het opdoen van arbeidsvaardigheden en toeleiding naar betaald werk.

4.5 Slotsom

In dit hoofdstuk is gekeken naar verschillende facetten van uitsluiting en participatie in vrijwilligerswerk en mantelzorg en werd geconstateerd dat gezondheid, of eigenlijk ongezondheid ertoe doet. Ziekte maar vooral ook ervaren beperkingen lijken een belemmerende factor voor deelname aan vrijwilligerswerk en mantelzorg. Of positief geformuleerd: gezondheid stelt mensen in staat om vrijwilligerswerk te verrichten en mantelzorg te verlenen. Dit kan gezien worden als een maatschappelijke opbrengst van gezondheid.

Nog nauwelijks specifieke interventies

Er lijken nog nauwelijks specifieke interventies te zijn om te bevorderen dat mensen met gezondheidsproblemen aan vrijwilligerswerk en mantelzorg doen. Mensen met gezondheidsproblemen vormen wel een belangrijke doelgroep voor activering maar daarbij gaat het vaak om interventies op het snijvlak van betaald en onbetaald werk. Dan kan het gaan om het vergroten van arbeidsvaardigheden maar ook om het verwerven van een inkomen. Deze focus op (begeleiding naar) werk is op zich niet vreemd. Een verbetering in inkomenspositie verkleint de kans op uitsluiting zoals in dit hoofdstuk is gezien. Bovendien is het een tweesnijdend zwaard, want een verbeterde inkomenspositie kan ook bijdragen aan een verbetering in gezondheid. Toch is de wat eenzijdige nadruk op betaalde arbeid een gemis. Mensen kunnen ook op andere manieren deelnemen aan de samenleving. Het verdient daarom aanbeveling ook meer interventies te ontwikkelen voor andere vormen van participatie en andere doelgroepen dan de potentiële beroepsbevolking.

Verandering van perceptie van individu en van de omgeving lijkt aangrijpingspunt

Naast algemene factoren als leeftijd en opleidingsniveau zijn er ook specifieke factoren die deelname van mensen met een ziekte of beperking in de weg kunnen staan. Opvallend is dat perceptie van de ziekte of beperking hierin een belangrijke rol lijkt te spelen. Maatregelen gericht op het verbeteren van de ervaren gezondheid en het wegnemen van belemmeringen door zowel in te zetten op veranderende percepties van het individu met gezondheidsproblemen, als de omgeving kunnen aanknopingspunten bieden voor het bevorderen van de participatie.

Behoeft aan participatie op deze terreinen lijkt onbekend

Onduidelijk is echter in hoeverre er binnen de groep mensen met gezondheidsproblemen de behoefte bestaat om via vrijwilligerswerk en mantelzorg deel te nemen aan de samenleving. Mogelijk is men al heel tevreden met de manier waarop men leeft, doordat men bijvoorbeeld voldoende sociale contacten heeft. Het is dan ook van belang om de verschillende wijzen van participatie en de behoeften van mensen met elkaar in samenhang te bezien. Door aan

te sluiten bij de behoeften van mensen neemt de kans toe dat interventies op dit vlak effectief zullen zijn. Een overheid kan voorwaarden scheppen om participatie mogelijk te maken maar het is aan de mensen zelf of ze daar ook gebruik van willen maken. Het verbeteren van de (ervaren) gezondheid hoeft dan ook niet één op één te leiden tot een verhoogde participatie. Het vergroot alleen de kans.

Maatschappelijke participatie is van groot belang voor de samenleving en het maatschappelijk welbevinden. Dit hoofdstuk laat zien dat gezondheid daarbij een rol speelt. De kennis daarover is nog beperkt, zeker ook waar het de mogelijkheden betreft om via een betere gezondheid de maatschappelijke baten te bevorderen. Het verdient daarbij aanbeveling om deze kennis te versterken.

5 Zorg, preventie en welvaart

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de bijdrage van zorg en preventie aan de welvaart vanuit een economisch perspectief. De bijdrage van zorg en preventie aan de economie in geld (bruto binnenlands product) en in werkgelegenheid wordt geanalyseerd. Daarnaast wordt de economische structuur van de sector beschouwd. In *figuur 5.1* is aangegeven welke relatie uit het conceptueel raamwerk in dit hoofdstuk wordt uitgewerkt. De economische bijdrage van zorg en preventie wordt afgeleid van de grootte van de gezondheidszorgsector. Daar waar in dit hoofdstuk dus gesproken wordt van de gezondheidszorgsector, of kortweg zorgsector, wordt niet alleen geduid op de gezondheidszorg maar ook op preventie.

Hoofdstuk 6 geeft een beschouwing van een bredere visie van welvaart waarbij het economische perspectief achterwege gelaten wordt. Feitelijk betreft het dan het maatschappelijk welbevinden. De effecten van gezondheid op welvaart en maatschappelijk welbevinden zijn al uitgewerkt in de *hoofdstukken 3 en 4*.

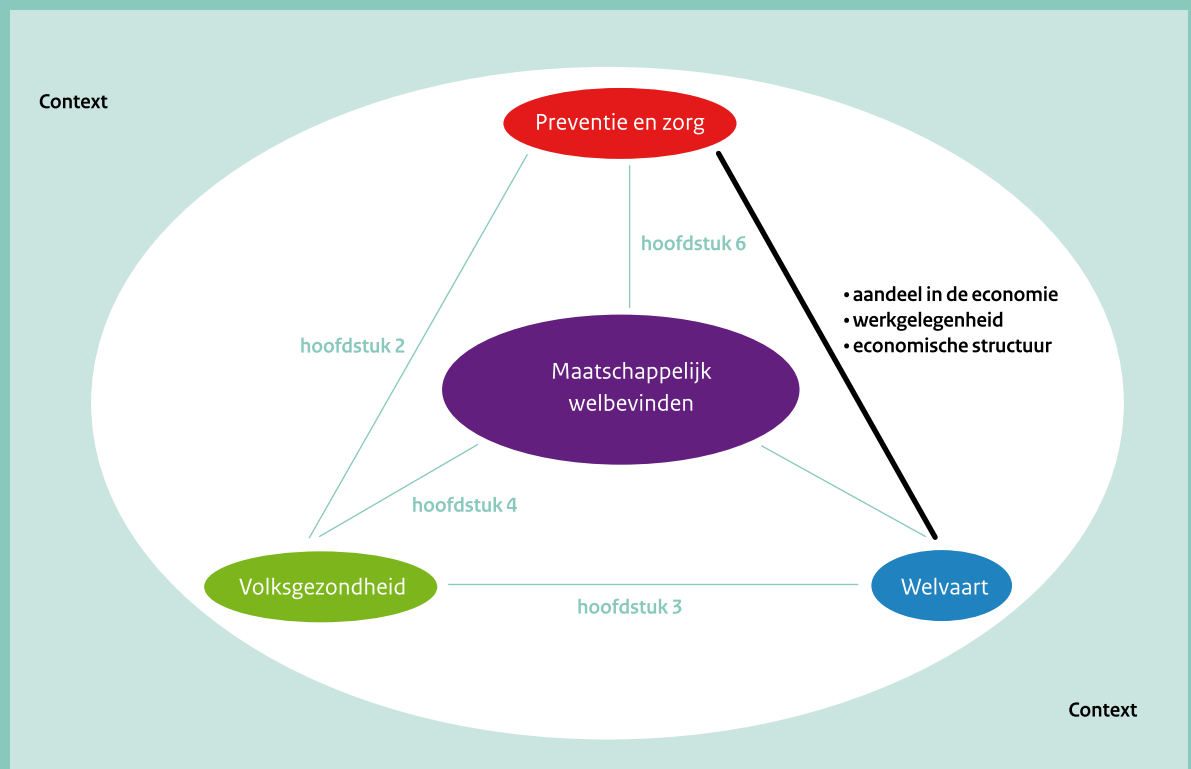
Economie en gezondheidszorg kunnen niet los van elkaar worden gezien. De groei van het nationaal inkomen heeft een voortvarende ontwikkeling van onze gezondheidszorg mogelijk gemaakt en omgekeerd beïnvloedt de omvang van de zorg weer onze economie. Dit verband is gecompliceerd en loopt deels via de verbeterde gezondheidstoestand en deels via effecten op andere bedrijfstakken en via de vastgestelde zorgverzekeringspremies.

Niet alleen kosten maar ook baten

De gezondheidszorg kost geld, geld dat niet aan andere goederen of diensten kan worden besteed. In de gezondheidszorg hebben kosten vaak een negatieve connotatie. De zorg wordt vaak erg duur gevonden. Kosten hoeven echter geen probleem te zijn. Het gaat erom dat kosten niet onnodig gemaakt moeten worden. Over efficiency en kosteneffectiviteit is al erg veel geschreven. Daar wordt hier niet op in gegaan. Dit hoofdstuk kijkt naar de bijdrage van de gezondheidszorg aan de economie. Simpel gezegd betekenen hogere kosten van de gezondheidszorg ook onmiddellijk grotere bijdragen van de sector aan de economie. Kosten

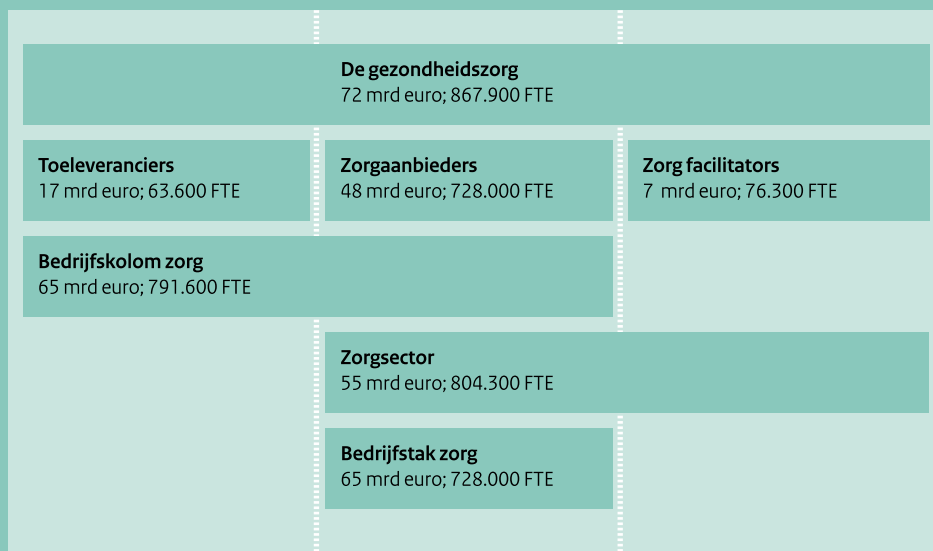
Figuur 5.1

Conceptueel raamwerk met bijbehorende hoofdstuknummers (Bron: Gebaseerd op Figueras et al., 2008)



Figuur 5.2

Schema van de gezondheidszorg (Bron: Boer & Croon, 2009; bewerkt door RIVM)



kunnen dus van een negatieve kant bekeken worden, maar tegelijkertijd kan het ook positief gezien worden. Vanuit economisch perspectief heeft de gezondheidszorg dus twee gezichten. Dit hoofdstuk legt de nadruk op de bijdrage aan de economie. Er wordt nu eens niet gekeken hoeveel de gezondheidszorg ons kost, maar een overzicht gemaakt van wat het ons oplevert. Het beschrijft de economische betekenis van de gezondheidszorg en de ontwikkeling hierin in de afgelopen jaren. Hierbij komen drie aspecten aan de orde: ten eerste de bijdrage van de gezondheidszorg aan het bbp, vervolgens de werkgelegenheid die in de gezondheidszorg wordt gegenereerd en ten slotte de economische structuur van de sector in vergelijking met andere sectoren in Nederland. De vraag hoe nu uitgaven in de gezondheidssector moeten worden beschouwd vergeleken met uitgaven in andere economische sectoren komt ook aan de orde. Feitelijk worden enkele macro-economische indicatoren benoemd die van belang zijn bij de afweging van investeringen in de gezondheidszorgsector ten opzichte van investeringen in andere sectoren. Ten slotte volgt in de afsluitende paragraaf een beschouwing van de bevindingen.

5.2 Definitie

Een heldere beschrijving van de economische betekenis van de gezondheidszorg vraagt eerst om een goede afbakening en definiëring. Eerder is al opgemerkt dat het altijd zowel over zorg als over preventie gaat als gesproken wordt van gezondheidszorg. In de gezondheidszorg zijn diverse typen actoren actief. Grofweg kan gesproken worden over zorgaanbieders, ‘faciliterende actoren’ en toeleveranciers. De zorgaanbieders zijn de meest zichtbare actoren en worden het meest geassocieerd met de zorg. Dat zijn de huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen, apothekers, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties, gehandicapteninstellingen, ggz-instellingen et cetera. Onder de ‘faciliterende actoren’ worden geschaard de overheid, uitvoeringsorganisaties, kennisinstituten en adviesraden¹¹, zorgverzekeraars, belangenorganisaties, gezondheidszorgonderwijs en -onderzoek. Bij toeleveranciers, ten slotte, kan gedacht worden aan de zakelijke en financiële dienstverlening, bouw, onderhoud, woningaanpassing, farmacie, voeding, catering, energie, water, milieu, auto-industrie, kleding, inrichting, medische apparatuur, media, post, communicatie, ICT, automatisering en hardware. Al deze instellingen en organisaties samen vormen de gezondheids-

¹¹ Uitvoeringsorganisaties, kennisinstituten en adviesraden: ZonMw, RIVM, CVZ, NIVEL, CBG, NVI, CIBG, Gezondheidsraad, IGZ, NZa, CIZ, KZ, RVZ, Inspectie Jeugdzorg, DBC-Onderhoud, CBO, College Bouw.

zorg. De zorgsector daarentegen heeft een iets smallere definitie. De zorgsector bestaat uit de zorgaanbieders en de faciliterende actoren, dus exclusief de toeleveranciers. In de bedrijfskolom zorg daarentegen zijn wel weer de toeleveranciers vertegenwoordigd, maar daar vallen de faciliterende actoren weer buiten. Ten slotte is er nog de bedrijfstak zorg en deze bestaat uitsluitend uit de zorgaanbieders. *Figuur 5.2* geeft een overzicht.

Er wordt, daar waar mogelijk, over de volle breedte van de gezondheidszorg gerapporteerd met steeds een uitsplitsing naar de drie typen actoren. Als daarvan afgeweken wordt, staat dat aangegeven.

5.3 Aandeel van de gezondheidszorg in de economie

In de zorg ging in 2007 72 miljard euro om (Boer & Croon, 2009). Dit was ongeveer 12,7% van het bbp. Dit bedrag is conform de Zorgrekeningen van het CBS met uitzondering van de kosten voor betaalde kinderopvang. De Zorgrekeningen hanteren een brede definitie van zorgkosten, waaronder bijvoorbeeld ook alternatieve geneeswijzen en bedrijfsgezondheidszorg vallen. Voor dit onderzoek is de betaalde kinderopvang er uitgefilterd. Het Budgettair Kader Zorg (BKZ) van het ministerie van VWS heeft een andere systematiek. Dit perspectief beperkt zich tot de zorgkosten waarover het ministerie verantwoording moet afleggen tegenover het parlement. Voor zorgverzekeringen betekent dit bijvoorbeeld dat alle kosten voor de basisverzekering wel meegenomen worden, maar niet de kosten waarvoor mensen zich vrijwillig bijverzekeren of die ze zelf betalen. Een derde perspectief, het System of Health Accounts van de OECD, gaat uit van een internationaal vergelijkbare definitie van zorgkosten. Het belangrijkste verschil met de Zorgrekeningen en het BKZ is dat een groot deel van de Nederlandse AWBZ-zorg internationaal niet als zorgkosten worden gezien (Slobbe et al., 2006). *Tabel 5.1* geeft een overzicht van de omvang van de sector verdeeld over de actoren. Ter vergelijking: aan het onderwijs werd dat jaar 34,7 miljard euro uitgegeven. Dat was 6,1% van het bbp (CBS StatLine, 2009d). Aan openbare orde en veiligheid werd in 2007 17 miljard euro uitgegeven (3% van het bbp).

Tabel 5.1

Verdeling van de uitgaven aan zorg door diverse actoren in de zorg, 2007 (Bron: Boer & Croon, 2009)

	Euro's (x mrd)	Euro's (x mrd)
Zorgaanbieders (bedrijfstak):		48 ¹
Toeleveranciers:		17
Zorg facilitators:		7
zorgverzekeraars	1,4	
overheid	1,1	
zorgonderzoek	1,7	
zorgonderwijs	2,4	
belangenorganisaties	0,4	
Totaal zorgsector		72

¹ Dit is exclusief 17 miljard euro die uitgegeven wordt aan toeleveranciers. Dit bedrag is opgenomen bij de toeleveranciers. De verdiensten van de toeleveranciers worden ook uitgegeven door de bedrijfstak zorg. Om het probleem met dubbelstellingen te omzeilen is het bedrag van 17 miljard euro niet meegeteld bij de bedrijfstak. Feitelijk is de financiële omvang van de bedrijfstak zorg echter even groot als van de bedrijfs-kolom (aanbieders + toeleveranciers), namelijk 65 miljard euro.

De zorgsector is hiermee de grootste collectieve sector (overheid plus sociale verzekeringen) binnen de Nederlandse economie. In de afgelopen 8 jaar zijn de uitgaven aan zorgaanbieders met ruim 62% gestegen, van 40 miljard in 2000 naar 65 miljard euro in 2007. Dit is een jaarlijkse groei van 7,2%.

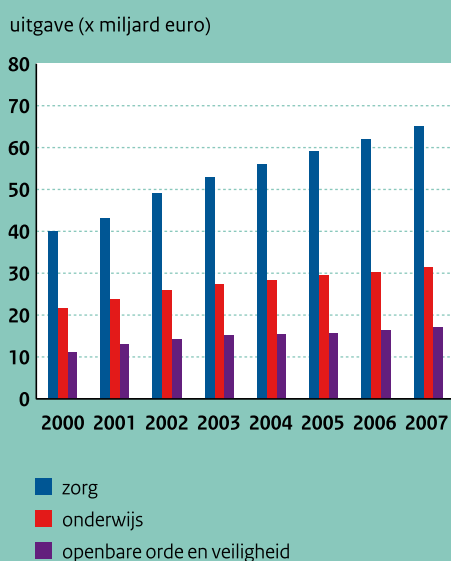
Figuur 5.3 geeft de ontwikkeling van de uitgaven aan gezondheidszorg in de tijd weer. Ter vergelijking zijn ook de ontwikkelingen van de uitgaven voor onderwijs en openbare orde en veiligheid opgenomen. De uitgaven voor onderwijs zijn in dezelfde periode gestegen met ruim 45%. Dit is een gemiddelde jaarlijkse stijging van 5,5%. Uitgaven aan openbare orde en veiligheid zijn met 53% gestegen. Dat is een jaarlijkse groei van 6,2%. Tussen 2000 en 2007 is het bbp jaarlijks met gemiddeld 4,5% gestegen. De gezondheidszorg is niet alleen de grootste sector, maar is ook nog de sterkst groeiende. Absoluut gezien is de zorgsector met 25 miljard euro gestegen, de onderwijssector is gestegen met 10 miljard en openbare orde en veiligheid met 6 miljard euro.

Waarom de gezondheidszorg zo sterk toeneemt

Voor de toename van de bijdrage van de zorgsector aan de economie bestaan verschillende verklaringen. De Kam geeft er een negental. Vijf daarvan hebben betrekking op de vraagkant van de zorgmarkt en vier hebben betrekking op de aanbodkant. Bij de vraagkant speelt ten eerste het feit dat een toenemende welvaart de vraag naar zorg stimuleert. Een tweede punt is de toename van het aandeel ouderen in de totale bevolking. Ouderen doen een naar verhouding groot beroep op zorgvoorzieningen. Ten derde benoemt De Kam de voortschrijdende medicalisering van het dagelijks bestaan. Steeds meer klachten en problemen worden gezien als een karwei voor medische hulpverleners. Een vierde punt is dat consumenten steeds hogere eisen stellen aan het zorgaanbod. Ten slotte wordt de vraag nauwelijks afgeremd door eigen bijdragen van zorggebruikers, omdat die in Nederland van geringe betekenis zijn (zie ook Westert et al., 2010). Aan de aanbodkant komen steeds meer mogelijkheden om zieke mensen te helpen en om daarmee de kwaliteit van leven te verhogen. Ten tweede geeft De Kam aan dat zorg-

Figuur 5.3

Ontwikkeling van uitgaven aan de bedrijfstaking, aan het onderwijs en aan openbare orde en veiligheid 2000-2007
(Bron: Boer & Croon, 2009; CBS StatLine, 2009d)



Tabel 5.2

Aantal fulltime banen (FTE) in de gezondheidszorg, 2007 (Bron: Boer & Croon, 2009)

	FTE	FTE	FTE
Zorgaanbieders			
huisartsenpraktijken	13.000		
tandartsenpraktijken	15.000		
fysiotherapiepraktijken	13.000		
apotheken	17.000		
paramedische en verloskundige praktijken	6.000		
Totaal eerstelijnszorg (extramuraal)		64.000	
verpleging en verzorging	156.000		
thuiszorg	76.000		
gehandicaptenzorg	96.000		
overig ¹	7.000		
Totaal langdurige zorg		335.000	
ziekenhuizen	197.000		
GGZ (intramuraal)	64.000		
privéklinieken, abortusklinieken, oncologische en gezondheidscentra	5.000		
Totaal ziekenhuizen en GGZ		266.000	
GGD	6.000		
ARBO en re-integratie	10.000		
jeugdzorg	22.000		
overig ²	25.000		
Totaal preventie en overig		63.000	
Totaal Zorgaanbieders			728.000
Toeleveranciers			
medische en maatschappelijke diensten	15.100		
uitzendbureaus en arbeidsbemiddeling	12.400		
professionele en financiële dienstverlening	6.500		
bouw	3.900		
medische machines en apparatuur	3.500		
cultuur en recreatie	3.500		
media, post en telecommunicatie	3.400		
horeca	3.300		
chemie (incl. farmacie)	2.400		
overig	9.600		
Totaal Toeleveranciers			63.600
Faciliterende actoren			
overhead, uitvoeringsorganisaties kennisinstituten en adviesraden ³	7.000		
zorgverzekeraars	14.000		
onderwijs en onderzoek	52.000		
belangenorganisaties	3.300		
Totaal faciliterende actoren			76.300
Totaal fulltime banen in de gezondheidszorg			867.900

¹ Instellingen voor revalidatie en dagopvang.

² Medische laboratoria, ambulancediensten, verstrekkers van ondersteunende diensten.

³ Uitvoeringsorganisaties, kennisinstituten en adviesraden: ZonMW, RIVM, CVZ, NIVEL, CBG, NVI, CIBG, Gezondheidsraad, IGZ, NZa, CIZ, CKZ, RVZ, Inspectie Jeugdzorg, DBC Onderhoud, CBO, College Bouw.

aanbieders over meer informatie beschikken dan de zorggebruikers en hun zorgverzekeraar. Dankzij die informatievoorsprong kunnen zij tot op zekere hoogte autonoom de kosten van de verleende zorg bepalen en daarmee hun eigen omzet. Ten derde hebben sommige groepen zorgaanbieders een sterke positie bij tariefonderhandelingen met de overheid en de zorgverzekeraars, doordat de overheid en de medisch specialisten jarenlang een rem hebben gezet op de opleidingscapaciteit. Ten slotte is de gezondheidszorg een zeer arbeidsintensieve vorm van dienstverlening. Dit leidt ertoe dat de productiviteitsgroei achterblijft ten opzichte van andere sectoren in de economie. Dit zorgt voor hogere uitgaven in de zorgsector. De sector groeit daarmee van betekenis voor de economie (De Kam, 2009).

5.4 Bijdrage van de gezondheidszorg aan de werkgelegenheid

De gezondheidszorg levert naast een belangrijke bijdrage aan het bbp ook een grote bijdrage aan de werkgelegenheid in Nederland. De meeste werkgelegenheid wordt gegenereerd door de sector verpleging, verzorging en thuiszorg en door de ziekenhuiszorg. Samen zijn deze sectoren goed voor zo'n 70% van de (betaalde) werkgelegenheid in de gezondheidszorg en rond de 10% van de totale werkgelegenheid in Nederland. *Tabel 5.2* geeft een compleet overzicht van het aantal fulltime banen in de gezondheidszorg.

Tabel 5.2 geeft het aantal fulltime banen (FTE's). Veel mensen werken echter in deeltijd. Dat betekent dat in de praktijk veel meer mensen werkzaam zijn in de gezondheidszorg. *Tabel 5.3* geeft een overzicht van het aantal werkzame personen in de zorg. Bijna 1,29 miljoen mensen verdienden in 2007 hun inkomen in de zorg. Dat is ongeveer 14,5% van het totaal aantal werkzame personen.

Tabel 5.3

Aantal banen (parttime en fulltime) in de gezondheidszorg, 2007
(Bron: Boer & Croon, 2009)

	Aantal banen
Zorgaanbieders	1.127.000
Toeleveranciers	64.000
Faciliterende actoren	95.400
Totaal	1.286.400

Ook veel informele zorgverleners en vrijwilligers

Buiten de betaalde werknemers zijn er nog veel meer mensen actief binnen of leveren hun bijdrage aan de gezondheidszorg. Schattingen van het aantal mantelzorgers en vrijwilligers lopen, afhankelijk van de duur en intensiteit van de hulp, uiteen van zo'n 750.000 tot meer dan 3,5 miljoen (Timmermans, 2003; De Boer et al., 2009). Het overgrote deel daarvan is actief in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg. De rest is voornamelijk betrokken bij de ziekenhuissector en in de ggz. Het aantal vrijwilligers en mantelzorgers buiten deze sectoren is verwaarloosbaar klein.

Een grote toename van de werkgelegenheid in de gezondheidszorg

Met de toename van de uitgaven in de zorgsector is ook een toename van werkgelegenheid zichtbaar. De zorgsector is een steeds grotere banenmotor geworden en is sinds 2002 de grootste bron van werkgelegenheid in Nederland.

Figuur 5.4 geeft een overzicht van de ontwikkeling van de vijf grootste sectoren in Nederland in de afgelopen jaren. De figuur geeft tevens een verkenning van de nabije toekomst.

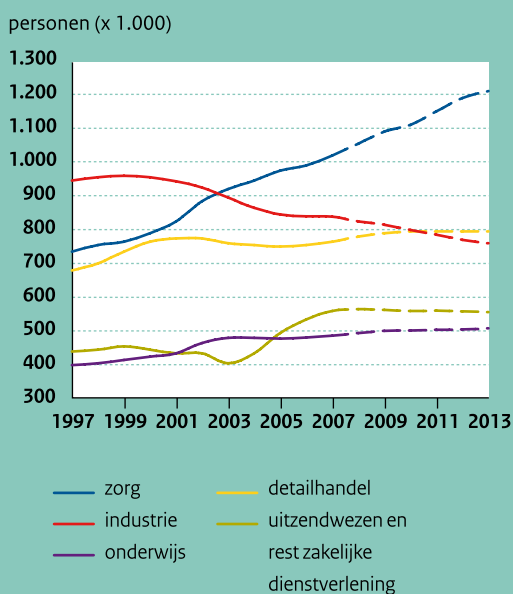
Naast de negen aspecten die in *paragraaf 5.3* genoemd zijn, speelt voor de groei nog een belangrijk aspect. Dat is dat de grote banengroei in de gezondheidszorg van de laatste jaren mede mogelijk is geworden door de toename van de arbeidsparticipatie van vrouwen sinds de jaren '80 van de vorige eeuw (Tijdens, 2006). In de jaren '80 waren de vooruitzichten dat er grote arbeidstekorten zouden ontstaan in de zorg. Achteraf blijken deze tekorten opgevangen te zijn door de verhoogde participatie van vrouwen. De participatie van vrouwen is het afgelopen decennium gestegen van 45% in 1996 naar 59% in 2008 (ZIP, 2009). De verwachtingen zijn dat de arbeidsparticipatie van vrouwen verder stijgt tot 62% in 2025 (CPB, 2009).

5.5 De economische structuur van de zorgsector vergeleken met andere sectoren in Nederland

Zoals uit de vorige paragrafen bleek, wordt een groot deel van het bbp verdiend in de zorgsector. Verder is de zorgsector verantwoordelijk voor een groot deel van de werkgelegenheid in Nederland. Een verdere uitbreiding van de sector zal alleen maar leiden tot een hoger aandeel van de sector in het bbp en in de werkgelegenheid. Dat is evident. Echter, in andere sectoren van de economie zullen extra uitgaven en investeringen ook leiden tot een verhoogde bijdrage van die sectoren aan de economie. Een belangrijke vraag hierbij is dus hoe bijdragen aan de economie middels uitgaven en investeringen in de zorg zich verhouden tot bijdragen van uitgaven en investeringen in andere sectoren van de economie.

Figuur 5.4

Ontwikkeling van het aantal banen in de vijf grootste economische sectoren in Nederland, 1997-2013 (Bron: CWI, 2008)



In deze paragraaf worden vier economische aspecten van een sector besproken die van belang zijn voor de bijdrage van de sector aan de economie. Achtereenvolgens komen het multiplier effect, de toegevoegde waarde, de export en de innovatiekracht aan de orde.

Het multiplier effect en de toegevoegde waarde

Ten eerste is het multiplier effect van de gezondheidszorg bekeken. De multiplier wordt gebruikt om de gevolgen van een vraagimpuls in een bepaalde sector op de vraag in andere sectoren te berekenen. Een multiplier van bijvoorbeeld 1,6 geeft aan dat de uitgave van één euro in een bepaalde sector nog een additioneel effect van 0,60 euro heeft elders in de economie (Boer & Croon, 2009). De multiplier van de bedrijfstak zorg is laag ten opzichte van andere sectoren. Voor elke euro die in de zorg gestoken wordt, wordt 0,26 euro elders in de economie aan effect gesorteerd. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat er relatief weinig wordt ingekocht in de zorg en er veel waarde wordt toegevoegd in de zorg zelf. De toegevoegde waarde wordt vooral gerealiseerd doordat het een bedrijfstak is met een zeer arbeidsintensief productieproces (Boer & Croon, 2009). De toegevoegde waarde van de gezondheidszorg is daardoor hoog vergeleken met andere sectoren. *Tabel 5.4* geeft een overzicht van de multipliers van verschillende sectoren. *Tabel 5.5* geeft een overzicht van de gemiddelde toegevoegde waarde van diverse sectoren.

Daarnaast draagt de zorgsector zeer weinig bij aan de export vergeleken met andere sectoren. De bedrijfstak zorg exporteert 0,4% van haar totale omvang. Ter vergelijking: in 2008 werd voor een percentage van 69% van het totaal aan bestedingen geëxporteerd. Dit is exclusief wederuitvoer (CBS, 2009). Zorg en zorggerelateerde producten zijn goed voor een bijdrage van 3,1% (ongeveer 14 miljard euro) in de totale export van producten vanuit Nederland (Boer & Croon, 2009). Het belangrijkste deel hiervan bestaat uit de export van medische machines en apparatuur en farmaceutische producten. Deze export wordt voor het grootste deel buiten de zorgsector gegenereerd.

Een laatste aspect dat besproken wordt is de innovatieactiviteiten van de gezondheidszorg. Onder zorginnovatie wordt hier verstaan: 'het geheel van bewust gekozen activiteiten die gericht zijn op het realiseren van verandering in de gezondheidszorg, welke ten doel heeft om met toegenomen effectiviteit te voldoen aan de zorgvraag met behoud of verbetering van de kwaliteit' (Boer & Croon, 2009).

In totaal werd in 2003¹² 1,7 miljard euro uitgegeven aan onderzoek en ontwikkeling (R&D) in de zorg. Dat is ruim 3% van alle uitgaven in de sector. Ter vergelijking, in 2003 waren de totale uitgaven aan R&D in Nederland 1,76% van

Tabel 5.4

Multiplier effecten van diverse sectoren in de Nederlandse economie, 2001 (Bron: Boer & Croon, 2009)

Sector	Gemiddelde multiplier
Bouwnijverheid en bouwinstallatiebedrijven	1,75
Openbare nutsbedrijven	1,69
Landbouw en visserij	1,61
Industrie en delfstoffenwinning	1,48
Communicatie, reparatie en transport	1,37
Tertiaire en quataire sector	1,32
Gezondheidszorg	1,26
Gemiddeld	1,54

Tabel 5.5

Toegevoegde waarde van diverse sectoren in de Nederlandse economie, 2008 (Bron: Boer & Croon, 2009)

Sector	Gemiddelde toegevoegde waarde (%)
Delfstoffenwinning	78,6
Gezondheidszorg en welzijnszorg	73,2
Overheid	61,9
Financiële en zakelijke dienstverlening	59,8
Handel, horeca en reparatie	56,2
Vervoer, opslag en communicatie	41,9
Energie- en waterleidingbedrijven	36,7
Bouwnijverheid	35,8
Landbouw, bosbouw en visserij	33,7
Industrie	26,5
Totaal van alle bedrijfstakken	47,3

¹² Meest recent beschikbare jaar.

het bbp. In de zorgsector zijn de uitgaven aan R&D dus ruim hoger dan gemiddeld in Nederland. De twee zwaartepunten in het Nederlandse universitaire onderzoeksbestel zijn de wetenschappelijke hoofdgebieden gezondheid en natuur (NOWT, 2008). R&D-activiteiten in de zorgsector leverde naar schatting ongeveer 15.000 FTE's aan werkgelegenheid op (Boer en Croon, 2009). *Tabel 5.6* geeft een overzicht.

Een andere indicator voor de innovatiekracht van de Nederlands zorgsector is het aantal zorggerelateerde patentaanvragen. Nederland is goed voor 2,4% van het totaal aantal patentaanvragen in de wereld. Daarmee heeft Nederland het hoogste aantal zorggerelateerde patentaanvragen per inwoner, zelfs hoger dan de Verenigde Staten. *Tabel 5.7* geeft hiervan een overzicht.

Het grootste deel van de patenten heeft betrekking op geneesmiddelen. Steeds meer patenten worden aangevraagd voor medische instrumenten en relatief weinig op het gebied van non-invasieve technieken en ICT. Met name de deelgebieden imaging, genetische en biomedische technieken, cel engineering en bio-informatica hebben de afgelopen jaren een bovengemiddelde groei doorgemaakt in het aantal aangevraagde patenten. Het bedrijfsleven is de grootste aanvrager van patenten, op afstand gevolgd door universiteiten en kenniscentra (Westert et al., 2008). Verder vindt het grootste deel (26%) van de private equity investeringen in Nederland plaats in de gezondheidszorg en biotechnologiebedrijven.

Tabel 5.6

Uitgaven aan en werkgelegenheid in R&D-activiteiten in de zorg, 2003 (Bron: Boer & Croon)

Sector	Euro's (* mln)	Arbeidsvolume (FTE)
Universiteiten en UMC's	653	6.600
Farmaceutische industrie	462	2.900
Overige industrie en groothandel	254	1.800
Researchbedrijven	187	1.700
R&D-instellingen	146	2.000
Totaal	1.702	15.000

Tabel 5.7

Aantal zorggerelateerde patentaanvragen, 2004 (Bron: Boer & Croon, 2009)

Land	Aanvragen per miljoen inwoners
Nederland	55
Verenigde Staten	54
Duitsland	42
België	36
Japan	28
Verenigd Koninkrijk	27
EU-15	27
Frankrijk	19
Zuid-Korea	10

5.6 Slotsom

De gezondheidszorg levert een belangrijke bijdrage aan de economie

Zoals gemeld in *paragraaf 5.3* wordt ruim 12% van het bbp gegenereerd door de zorg. Anders gezegd: ruim 12% van de toegevoegde waarde (uitgedrukt in geld) in Nederland is gerealiseerd in de zorg, ofwel ruim 12% van de verdiende inkomens van alle Nederlanders wordt verdiend in de zorg. Uit *paragraaf 5.4* blijkt dat bijna 1,29 miljoen mensen in de zorg werken. Dat betekent dat een kleine 15% van de werkbare beroepsbevolking een baan heeft in de zorg. Daarmee levert de zorg een belangrijke bijdrage aan de economie en is het een zeer belangrijke werkgever.

De verwachting is dat de zorgsector de komende jaren verder groeit

Verder blijkt dat de zorgsector de afgelopen jaren fors is gegroeid. Daarvoor is een aantal mogelijke redenen te noemen. Als die redenen ook nu nog geldig zijn, dan betekent dat dat serieus rekening gehouden moet worden met een verdere toename van de bijdrage van de zorgsector aan de economie. Er zijn niet meteen aanwijzingen dat deze niet meer geldig zijn. Alleen kan een toename van de vraag naar arbeidskrachten nog slechts ten dele opgevangen worden door een toename van de arbeidsparticipatie van vrouwen. Deze toename is immers in de afgelopen 25 jaar al gerealiseerd. De verwachtingen van het CPB zijn dat de arbeidsparticipatie van vrouwen de komende 15 jaar nog met 3 procentpunten zal groeien. De benodigde arbeidskrachten voor een mogelijk toekomstige groei van de zorgsector zullen dan op een andere, creatieve, manier beschikbaar moeten komen. Bij deze creatieve manieren moet ook gedacht worden aan oplossingen waarbij niet per se meer arbeidskrachten benodigd zijn. Bijvoorbeeld, minder in deeltijd werken, later stoppen met werken of verhoging van de arbeidsproductiviteit. Ook kan gedacht worden aan maatregelen aan de vraagkant, bijvoorbeeld door te zorgen dat mensen langer zelfstandig blijven zodat de vraag naar AWBZ-zorg minder toeneemt (ZIP, 2009).

De economische bijdrage van de zorg heeft ook een keerzijde

Vanuit gezondheidsperspectief bestaan vanzelfsprekend argumenten voor een groei van de zorgsector (zie *hoofdstukken 3 en 4*). Vanuit het perspectief van de bijdrage van de zorgsector aan de economie, moet echter ook naar economische argumenten worden gekeken. Vanuit dat perspectief heeft de gezondheidszorg, als één van de belangrijkste sectoren voor werkgelegenheid, echter ook een keerzijde. De groei van de gezondheidszorg dient te worden gefinancierd vanuit de zorgverzekeringspremies. Wanneer deze stijgen, vermindert de koopkracht en tevens worden de arbeidskosten hoger. Dit laatste tast de concurrentiepositie aan ten opzichte van het buitenland en dat zal een kapitaalintensievere productiewijze bevorderen, waardoor de werkgelegen-

heid weer negatief wordt beïnvloed. Werkgelegenheid alleen biedt dan ook geen valide motief om middelen voor de gezondheidszorg te alloceren, want per saldo zal de werkgelegenheid niet veel verschillen wanneer een situatie met of zonder een sector gezondheidszorg wordt vergeleken. Immers, als er geen gezondheidszorgsector zou bestaan, behoeften er ook geen premies te worden opgebracht, waardoor de consumptieve bestedingen zouden toenemen met een positief effect op de werkgelegenheid.

Structuurkenmerken van de sector zijn ook belangrijk

Daarom is het belangrijk om ook naar economische structuurkenmerken van de zorgsector te kijken. Kijkend naar het multiplier effect en naar de export, dan is de conclusie dat de zorgsector daar een minder dan gemiddelde bijdrage aan levert dan andere sectoren in het land. De toegevoegde waarde in de zorgsector is daarentegen weer hoog. Ook wat betreft de activiteiten op het gebied van R&D, is er een veel positiever beeld. De zorgsector is verantwoordelijk voor een groot aandeel in de innovatie-activiteiten in Nederland. De beschikbare cijfers hierover zijn wat ouder, maar zien er positief uit voor de sector. In 2003 werd er in totaal 1,7 miljard euro uitgegeven aan R&D inspanningen in de zorg. In 2005 genereerde Nederland wereldwijd 2,4% van de zorggerelateerde patentaanvragen. Dat lijkt niet veel, maar afgezet tegen de bevolkingsomvang, voert Nederland met dit laatste cijfer wereldwijd de lijst aan met zorggerelateerde patentaanvragen.

En natuurlijk moet voor wat betreft de waardering van de zorgsector niet alleen naar het economische belang worden gekeken. De bijdrage aan de economie en de werkgelegenheid of de economische structuurkenmerken van de sector geven slechts een economisch en monetair perspectief. De zorgsector is ook zeer belangrijk voor het maatschappelijk welbevinden. *Hoofdstuk 6* gaat daar verder op in.

6

Zorg, preventie en maatschappelijk welbevinden

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bespreekt de bijdrage van zorg en preventie aan het maatschappelijk welbevinden. Het economisch perspectief van het begrip welvaart is in *hoofdstuk 5* al aan de orde is geweest. In *figuur 6.1* is aangegeven welke relatie uit het conceptueel raamwerk in dit hoofdstuk wordt uitgewerkt. De effecten van gezondheid op welvaart en maatschappelijk welbevinden zijn al uitgewerkt in de *hoofdstukken 3 en 4*. Het begrip welvaart kan heel ruim en heel nauw worden opgevat. In de *hoofdstukken 3 en 5* is een nauwe definitie gehanteerd. In die hoofdstukken werd onder welvaart eigenlijk alleen het bbp verstaan. Dit hoofdstuk behelst welvaart in ruime zin. Het perspectief van het maatschappelijk welbevinden wordt gehanteerd. De functies die de sector heeft voor het maatschappelijk welbevinden worden in dit hoofdstuk beschreven. Maar eerst wordt ingegaan op de consequenties en beperkingen van een puur economisch perspectief voor de beschrijving van het belang van een economische sector zoals dat in *hoofdstuk 5* is gedaan. Dat gebeurt middels een kritische beschouwing van het bbp.

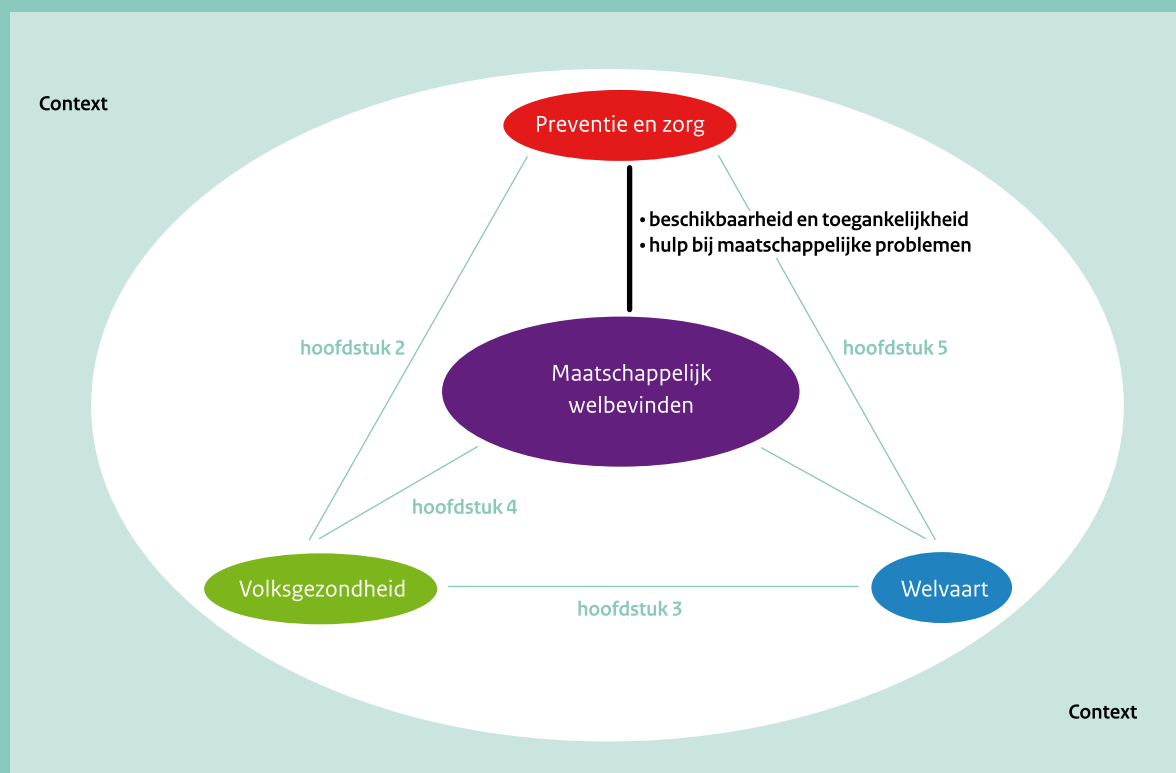
Het bbp geeft alleen een monetaire waardering van een economische sector

In *hoofdstuk 5* is de economische betekenis van de gezondheidszorgsector uitgedrukt in percentage bbp en in werkgelegenheid. Daarnaast is een vergelijking gemaakt van de economische structuur van de zorgsector ten opzichte van andere sectoren. Dit gaf een gekwantificeerd beeld van de zorgsector. Over de toepasbaarheid van het bbp is echter veel gezegd en geschreven. Het bbp is een prima maat voor de omvang van de economie, maar deze maat zegt feitelijk alleen iets over de monetaire waardering van de geproduceerde goederen en diensten. Het bbp meet heel goed de omvang van economische activiteit, maar over de vraag of het ook welvaart meet, bestaat veel discussie. Het bbp maakt namelijk geen onderscheid tussen economische activiteiten die de levensstandaard van mensen werkelijk verbeteren en economische activiteiten die dat niet doen (Van den Bergh, 2009).

Elke economische activiteit wordt meegeteld bij de berekening van het bbp. Als de misdaad bijvoorbeeld stijgt, leidt

Figuur 6.1

Conceptueel raamwerk met bijbehorende hoofdstuknummers (Bron: Gebaseerd op Figueras et al., 2008)



dat tot meer politieactiviteiten, meer strafrechtprocedures, meer gerechtskosten en hogere gevangenisuitgaven. Als de gezondheid achteruitgaat vanwege een toename van het aantal te dikke mensen of het aantal alcoholisten en drugsgebruikers, dan nemen de kosten in de gezondheidszorg toe.

Anderzijds worden niet-economische (niet-geïncasseerde) activiteiten niet meegenomen in het bbp (denk aan huishoudelijk werk, mantelzorg en vrijwilligerswerk, maar ook aan het uitoefenen van hobby's, leuke dingen doen, voorlezen aan je kinderen, genieten etcetera).

Voormalig Amerikaans senator Robert Kennedy heeft het eens als volgt samengevat, tijdens een speech aan de Universiteit van Kansas: 'Het bruto binnenlands product omvat luchtvervuiling en reclame voor sigaretten en de ambulances die op de snelwegen verkeersslachtoffers weghalen. Het rekent de speciale sloten mee voor op onze deuren en ook de gevangenen voor de mensen die ze stukmaken. Het bruto binnenlands product omvat de vernietiging van de cederwouden en de dood van Lake Superior. Het neemt toe met de productie van napalm en raketten en kernkoppen. Het houdt geen rekening met de gezondheid van onze gezinnen, de kwaliteit van het onderwijs of het genoeg dat aan spelen is te beleven. Het is net zo onverschillig voor de properheid van onze fabrieken als voor de veiligheid van onze straten. Het telt niet de schoonheid van onze poëzie mee of de kracht van onze huwelijken, noch de intelligentie van het publieke debat of de integriteit van ambtenaren. Het meet kortom alles, behalve dat wat het leven de moeite waard maakt'.¹³

Andere welvaartsindicatoren en hun problemen

De tekortkomingen van het bbp als welvaartsindicator komen niet uit de lucht vallen; sinds de ontwikkeling van de nationale rekeningen in de jaren '50 is er kritiek gekomen op het gebruik van het bbp als welvaartsindicator en werkten onderzoekers aan alternatieve indexen. Om er een paar te noemen: Genuine Progress Indicator (GPI), Human Development Index (HDI), Fordham Index of Social Health (FISH), Index of Economic Well-Being (IEWB) en Index of Sustainable Economic Welfare (ISEW).

Al deze methoden hebben gemeen dat naast het bbp ook nog andere elementen worden meegenomen. Deze extra elementen meten dimensies van de samenleving die niet of slechts indirect in het bbp tot uiting komen. In de HDI, gebruikt door de Verenigde Naties, worden bijvoorbeeld opleiding en levensverwachting meegenomen. Andere indicatoren nemen het verbruik van niet te vervangen grondstoffen of van langjarige milieuschade mee in de berekeningen. Het grootste probleem met de alternatieve indicatoren komt al tot uiting in het feit dat er zoveel indicatoren zijn. Dat betekent namelijk dat er geen consensus is over de keuzes van de mee te nemen indicatoren. Dat is natuurlijk ook afhankelijk van het doel waarvoor de indicator gebruikt

wordt en, niet in de laatste plaats, van de mogelijkheid om de indicatoren te kwantificeren. Een andere belangrijk probleem is dat waardering van de te includeren indicatoren altijd arbitrair is. De indicatoren kunnen natuurlijk even zwaar wegen, maar in dergelijke analyses spelen deze discussies vrijwel altijd een belangrijke rol. Ten slotte wordt ook vaak het inhoudelijke argument genoemd dat welvaart en duurzaamheid eigenlijk niet in één indicator te vatten zouden zijn (Bleys, 2007).

Een belangrijke conclusie is dat een groei in economische activiteit zich niet altijd vertaalt in een stijging van de welvaart in ruime zin. Andersom kan ook gesteld worden dat een toename van de welvaart niet altijd tot uiting komt in een groei van het bbp. Een toename van uitgaven aan de gezondheidszorgsector of een toename van de bijdrage van deze sector aan het bbp hoeft niet per se vertaald te worden naar de maatschappelijke bijdrage die de zorgsector aan de Nederlandse samenleving levert. De maatschappelijke bijdrage van de zorgsector is meer dan alleen de economische bijdrage en is daar ook niet één op één mee verbonden. Dit hoofdstuk geeft een eerste aanzet voor een bredere blik op die bijdrage. Het gaat niet meer in op de economische dimensie omdat die in *hoofdstuk 5* al aan de orde is gekomen.

Een tweeledige bijdrage van de gezondheidszorg aan het maatschappelijk welbevinden

De eerder genoemde methodes voor een alternatief voor of een uitbreiding van het bbp zijn nog niet zover dat ze een objectiveerbare, breed gedragen en algemeen geaccepteerde kwantificering mogelijk maken van een brede indicator voor welvaart in ruime zin. Dit hoofdstuk beperkt zich daarom tot een kwalitatieve beschrijving van de maatschappelijke baten van de gezondheidszorg. De bijdrage van de gezondheidszorg aan het maatschappelijk welbevinden is tweeledig. Enerzijds gaat het om de (vaak impliciete) wetenschap dat gezondheidszorg beschikbaar en toegankelijk is op die momenten dat er ook behoefte aan is. Anderzijds is de gezondheidszorg een plaats die hulp biedt voor problemen die mensen in onze samenleving ervaren. Daarbij gaat het om hulp aan mensen met een lichamelijke of verstandelijke handicap, om mensen met een psychische aandoening of om mensen die (vanwege hun leeftijd) structurele hulp en/of verzorging behoeven. Niet in de laatste plaats is deze hulp er op gericht om familie en vrienden van deze hulpbehoevenden bij te staan bij het leveren van benodigde zorg. Daarbij komt dat de gezondheidszorg vaak ook een plaats is waar de grote levensbeschouwelijke vraagstukken naar boven komen. Daarmee is de gezondheidszorg meer dan een sector waar schaarse middelen worden omgezet in gezondheidswinst. In de volgende paragrafen worden beide aspecten afzonderlijk behandeld.

¹³ Dit is een verkorte Nederlandse vertaling. De speech is te horen op: www.youtube.com/watch?v=771dKFqXbUY.

6.2 Beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg

De wetenschap dat er mensen klaar staan die medische hulp kunnen leveren als het nodig is, geeft een groot gevoel van veiligheid en onbezorgdheid. Dit gevoel is van grote maatschappelijke betekenis. Er is medische bijstand als ons wat overkomt. Bij acute problemen is er snel een ambulance aanwezig en als bij zeer ernstige letsels wordt een Mobiel Medisch Team, inclusief specialist, ingevlogen met een traumahelikopter. In heel Nederland is de nabijheid van een spoedeisende hulp die 24 uur per dag open is gegarandeerd. Voor minder acute problemen staat de huisarts voor ons klaar, ook buiten kantooruren. En ook met sluimerende problemen kan men terecht bij de gezondheidszorg. Er kan iets gedaan worden aan staar, kiespijn, versleten knieën en heupen en organen die het af laten weten.

Deze wetenschap is een bron van welbevinden. Mocht er iets gebeuren, dan is er zorg van het niveau dat men in een welvarend land kan verwachten. Het is niet per se meer fataal als ons iets overkomt en letsels leiden niet meer automatisch tot handicaps die ons dagelijks leven moeilijk maken. De gezondheidszorg levert medicijnen die dagelijkse ongemakken draaglijk maken en die voorkomen dat aandoeningen optreden of erger worden. Kortom, de gezondheidszorg is een zeer belangrijke voorziening in onze maatschappij die ons welbevinden zeer verhoogt.

Het belang van de gezondheidszorg in de zin zoals dat hier wordt bedoeld, bestaat vanzelfsprekend alleen als aan een aantal voorwaarden voldaan wordt. De zorgvoorzieningen moeten er niet alleen beschikbaar zijn, maar ze moeten ook toegankelijk zijn. In de Zorgbalans komt dit aspect van de gezondheidszorg uitgebreid aan de orde (Westert et al., 2008). De toegankelijkheid wordt hier bekeken op de terreinen betaalbaarheid, tijdigheid, bereikbaarheid en vraaggerichtheid. Al deze factoren spelen een belangrijke rol. Daarnaast speelt vanzelfsprekend de kwaliteit van de gezondheidszorg een rol. De kwaliteit van de gezondheidszorg is primair van belang voor de relatie tussen zorg en gezondheid (*hoofdstuk 2*). Echter, de kwaliteit speelt ook een rol bij de ervaren veiligheid en onbezorgdheid. Het gaat hier dan wel met name om de ervaringen van de bevolking. Immers als de bevolking van mening zou zijn dat de gezondheidszorg van slechte kwaliteit is, dan levert deze maar een beperkte bijdrage aan de ervaren veiligheid ongeacht de toegankelijkheid van de zorg. Voorzieningen kunnen nog zo toegankelijk zijn, als de kwaliteit niet goed ervaren wordt, levert de voorziening maar een zeer beperkte bijdrage aan het maatschappelijk welbevinden. Hierbij doet het er niet toe of de mening van de bevolking al dan niet terecht is.

Andersom geldt het overigens ook; de zorg kan kwalitatief nog zo goed ervaren worden, als het schort aan de toegankelijkheid, dan levert de voorziening maar een beperkte bijdrage aan het maatschappelijk welbevinden.

Ook de kwaliteit van de gezondheidszorg komt in de Zorgbalans aan de orde. In 2006 en 2008 is een Zorgbalans verschenen en in mei 2010 zal de derde verschijnen. Uitgebreide analyses over de onderwerpen kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg zijn daarin te vinden (Westert et al., 2008; 2010).

6.3 Gezondheidszorg als hulp bij maatschappelijke problemen

Een tweede belangrijke functie van de gezondheidszorg die niet of niet volledig tot uiting komt in het bbp, is het feit dat de zorg de helpende hand biedt als men niet meer op eigen benen kan staan. De gezondheidszorg geeft verlichting in de zorgtaak die nodig is of die in bepaalde omstandigheden verwacht wordt. In bepaalde gevallen kan men zichzelf niet meer redden of wordt het beroep op de naasten te groot. Ook kan het beroep dat op ons gedaan wordt een te grote belasting zijn. In die gevallen biedt de gezondheidszorg een uitweg. Het gaat hier vooral om de ‘verzorgende’ sectoren als verpleging, verzorging, thuiszorg en gehandicaptenzorg. Ook hier speelt het gevoel van veiligheid een belangrijke rol. Het geeft een veilig gevoel dat anderen voor je naasten zorgen als je het zelf niet kunt.

Daarnaast is de gezondheidszorg van oudsher een plaats waar levensbeschouwelijke vraagstukken naar boven komen. Het ziek zijn is vaak een aanleiding om bij het leven stil te staan. Met name in de laatste fase van het leven komt dat voor, maar ook bij psychische aandoeningen is het aan de orde. Deze vragen dienen niet los gezien te worden van de totale zorgbehoefte. Het vormt daar een integraal deel van. Het gaat dan om vragen als: Waarom overkomt mij dit? Wat is de zin van dit alles? Hoe moet het nu verder? Zal alles wel goed komen? Deze vragen zijn traditioneel het terrein van religie en pastoraal werkers en het is dan ook niet vreemd dat zij van oudsher een belangrijke rol hebben gespeeld in de geneeskunde. In de geschiedenis van de gezondheidszorg heeft de geestelijke vaak midden in de geneeskundige praktijk gestaan. De relatie tussen religie, of breder spiritualiteit, en geneeskunde is in de loop van de negentiende en twintigste eeuw minder en anders geworden. Er komen steeds meer patiënten die zich niet meer religieus noemen. Maar nog altijd spelen zingevingsvragen een belangrijke rol. Elk mens heeft immers, bewust of onbewust, opvattingen over de vraag hoe het leven zou moeten zijn, wat geluk is, wat zin en betekenis heeft, wat waardevol is en wat goed en kwaad is. Aandacht hiervoor is heel belangrijk. Deze aandacht is moeilijk uit te drukken in economische waarde, en staat daar misschien wel haaks op. Zingeving is vooral ‘value-based’ en veel minder ‘evidence-based’ (Zuurmond, 2006; Psychiatrisch centrum Sint-Hiëronimus, 2008).

6.4 Slotsom

In dit hoofdstuk is gekeken naar de bijdrage van de gezondheidszorg aan het maatschappelijk welbevinden. Veelal loopt deze relatie via de volksgezondheid; de gezondheidszorg is van invloed op de volksgezondheid en daarmee is de zorg van belang voor het maatschappelijk welbevinden. Een andere relatie is de bijdrage die de gezondheidszorg als economische sector levert aan de maatschappij. De eerste relatie is beschreven in *hoofdstuk 2*, de tweede in *hoofdstuk 5*. Daarnaast levert de gezondheidszorg echter ook nog autonoom een belangrijke bijdrage aan het maatschappelijk welbevinden die niet per se tot uiting komt in een betere volksgezondheid of een hogere economische groei.

Beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidszorg geeft een gevoel van veiligheid

Men is zich er meestal niet van bewust, maar impliciet weet iedereen dat er medische hulp is wanneer dat nodig is. Dat geeft een belangrijk gevoel van veiligheid en onbezorgdheid. Dat geldt niet alleen voor situaties waarbij acute hulp nodig is. Ook bij sluimerende gebreken en slijtage van het lichaam kan de gezondheidszorg vaak een oplossing bieden. Voor het gevoel van veiligheid en onbezorgdheid is het wel van belang dat de gezondheidszorg toegankelijk is en van goede kwaliteit. Voor wat betreft de kwaliteit geldt vooral dat die als goed gepercipieerd moet worden.

Gezondheidszorg biedt hulp bij maatschappelijke problemen

Daarnaast biedt de zorg ons de helpende hand als mensen niet meer op eigen benen kunnen staan. Het gaat hier vooral om de ‘verzorgende’ sectoren als verpleging, verzorging, thuiszorg en gehandicaptenzorg. Daarbij komt dat de gezondheidszorg een plaats is waar levensbeschouwelijke vraagstukken naar boven komen. Het ziek zijn is vaak een aanleiding om bij het leven stil te staan. Met name in de laatste fase van het leven komt dit fenomeen voor, maar ook bij psychische aandoeningen is dit aan de orde. Psychische bijstand is integraal onderdeel van de totale zorgbehoefte, maar is bijna niet te kwantificeren. Toch is dit een belangrijk aspect van de gezondheidszorg.

7 Samenvatting, beschouwing en kennisagenda

7.1 Maatschappelijke baten

Gezondheid als doel en als middel

Gezondheid vervult in onze samenleving een centrale rol. Als individueel goed en als maatschappelijk goed. Als doel en als middel. Gezondheid wordt door mensen hoog gewaardeerd, maar daarnaast geeft een goede volksgezondheid ook uitdrukking aan centrale maatschappelijke waarden. Wij als samenleving vinden het belangrijk dat iedereen in Nederland in goede gezondheid verkeert. Daarbij is een goede volksgezondheid ook nauw verbonden met het ontwikkelings- en welvaartsniveau van de samenleving. Gezondheid is een belangrijk doel. Daarnaast is gezondheid ook een middel dat bijdraagt aan andere individuele en maatschappelijke baten. Het stelt mensen in staat om deel te nemen aan het economische en maatschappelijke leven. Dit levert niet alleen welvaart op, maar het draagt ook bij aan de sociale samenhang in een land.

Welvaart en welbevinden

Dit rapport gaat over de maatschappelijke baten van gezondheid, preventie en zorg. Daarbij zijn die opbrengsten uitgewerkt in termen van welvaart en welbevinden. Welvaart wordt nauw opgevat, hieronder wordt in dit rapport economische groei uitgedrukt in bruto nationaal product en gelieerde aspecten als werkgelegenheid, arbeidsproductiviteit en innovatie verstaan. Bij maatschappelijk welbevinden gaat het om de meer immateriële aspecten die uitdrukking geven aan de kwaliteit van de samenleving. Het gaat dan over vrijwilligerswerk, maar bijvoorbeeld ook om het geruststellende gevoel dat mensen ontlenen aan de beschikbaarheid van zorgvoorzieningen. Ook solidariteit en verdelende rechtvaardigheid zijn belangrijke onderwerpen, maar deze zijn in dit rapport niet nader uitgewerkt.

Gezondheid, preventie en zorg

Ook is bij de verdere uitwerking van maatschappelijke baten gekozen voor een nader onderscheid tussen gezondheid enerzijds en preventie en zorg anderzijds. Preventie en zorg dragen namelijk niet alleen via een betere gezondheid bij aan welvaart en welbevinden, maar er zijn ook rechtstreekse invloeden. Zo is de gezondheidszorg ook een economische sector van betekenis die voor veel werkgelegenheid zorgt.

7.2 Bevindingen

In voorgaande hoofdstukken zijn de maatschappelijke baten van gezondheid op basis van de literatuur in kaart gebracht. Hieronder staat per hoofdstuk een overzicht van de voornaamste bevindingen.

De invloed van preventie en zorg op volksgezondheid

Verbetering van de gezondheidstoestand is een belangrijke maatschappelijke opbrengst van preventie en zorg. Na de eerste helft van de twintigste eeuw waarin de beschikbaarheid van schoon drinkwater, de aanleg van riolering en verbeterde levensomstandigheden, waaronder met name voeding bepalend waren voor de verbetering van de volksgezondheid, spelen nieuwe medische technologieën en betere zorg een steeds grotere rol. Maar liefst de helft van de toegenomen levensverwachting in Nederland in de laatste 50 jaar is te danken aan preventie en zorg bij infectieziekten, hart- en vaatziekten en kanker. Er zijn gegronde aanwijzingen dat dit een onderschatting is. Ook in de zorg rondom geboorte zijn bijvoorbeeld forse vorderingen geboekt, die hierin nog niet zijn meegenomen. Daarnaast hebben preventie en zorg ook gevolgen voor de kwaliteit van leven. Samengevat zijn preventie en zorg van grote betekenis voor de volksgezondheid in Nederland.

De invloed van volksgezondheid op welvaart

Een goede volksgezondheid stelt mensen in staat om deel te nemen aan betaalde arbeid. Hoewel zich dit niet één op één vertaalt naar arbeidsparticipatie, er spelen immers ook andere factoren zoals het socialezekerheidsstelsel een rol, vergroot het wel de deelnamekansen. Vooral beperkingen lijken voorname obstakels voor deelname aan betaalde arbeid. Ook zijn er aanwijzingen dat gezondheid positief van invloed is op de productiviteit. Over de omvang van het effect van gezondheid op arbeidsgerelateerde aspecten is weinig bekend. In de literatuur wordt gesproken over besparingen van enkele honderden miljoenen euro's per jaar. Deze dienen echter met enige slagen om de arm te worden geïnterpreteerd. Zo zijn vaak de kosten voor het behalen van een verbetering van de gezondheid niet in de berekeningen meegenomen, wat een overschatting van de opbrengsten met zich mee kan brengen.

De invloed van volksgezondheid op welbevinden

Volksgezondheid kent ook immateriële baten. Deze zijn vooral gelegen in het kunnen meedoen aan de samenleving in zijn algemeenheid. Ongezondheid is een belangrijke risicofactor voor uitsluiting. In dit rapport is nader ingezoomd op de invloed van gezondheid op vrijwilligerswerk en mantelzorg. Ook hier is een verband tussen gezondheid en deelname. Gezonde mensen doen vaker mee dan ongezonde mensen. Voor mensen met een chronische ziekte of lichamelijke beperking lijkt vooral de ernst van een beperking een belemmering voor deelname.

Interventies om participatie in vrijwilligerswerk en mantelzorg te bevorderen, zijn zelden specifiek gericht op mensen met gezondheidsproblemen. Over de behoefte van mensen met gezondheidsproblemen om meer deel te nemen lijkt nauwelijks iets bekend.

De invloed van preventie en zorg op welvaart

Preventie en zorg leveren naast een verbetering van de volksgezondheid ook een substantiële bijdrage aan de economie en werkgelegenheid. Ruim 12% van de verdiende inkomens van alle Nederlanders wordt verdiend in de zorg. En een kleine 15% van de werkzame beroepsbevolking heeft een baan in de zorg. Maar deze cijfers geven echter een te beperkt beeld. De zorg wordt gefinancierd uit zorgverzekeringspremies die de uitgaven van consumenten drukken. Het heeft dus ook een negatief effect op de economie. Om die reden is er ook gekeken naar economische structuurkenmerken zoals de export. Daaruit blijkt dat de zorg minder dan andere sectoren hieraan bijdraagt. Maar de zorg heeft wel een groot aandeel in innovatieve activiteiten in Nederland.

De invloed van preventie en zorg op welbevinden

De maatschappelijke bijdrage van de zorgsector is meer dan alleen de economische bijdrage. Omdat consensus over indices voor een brede maat van welvaart ontbreekt, richt dit hoofdstuk zich op een kwalitatieve beschrijving van de opbrengsten van preventie en zorg. Gezondheidszorg draagt op twee manieren bij aan het maatschappelijk welbevinden. Ten eerste door de impliciete wetenschap dat gezondheidszorg beschikbaar en toegankelijk is. De aanwezigheid van zorgvoorzieningen zorgt voor een veilig gevoel waaraan mensen waarde hechten ongeacht of ze daadwerkelijk gebruikmaken van deze voorzieningen. Ten tweede doordat de gezondheidszorg een plaats is waar hulp wordt geboden voor problemen die onze samenleving ervaart.

7.3 Interpretatie

Geen eenrichtingsverkeer

De maatschappelijke baten van gezondheid, preventie en zorg zijn overtuigend en substantieel. Maar dit betekent niet dat het om een simpele relatie in een richting gaat. Veeleer gaat het om een complexe wisselwerking, waarbij de verbetering van volksgezondheid hand in hand gaat met de ontwikkeling van de moderne welvaartsstaat. Gezondheid draagt bij aan welvaart en welbevinden, maar diezelfde welvaart is een investeringsbron voor een veilige en gezonde samenleving. Een gezonde beroepsbevolking is een belangrijke bron voor productie en daarmee voor economische groei, maar daarnaast is economische groei weer van belang om preventie en zorg te kunnen financieren waardoor de bevolking nog weer gezonder en productiever kan worden.

Afnemende meeropbrengsten

De verbanden tussen gezondheid en welvaart hebben dus alles te maken met de ontwikkelingsgang van de samenleving. Op het meest algemene niveau is daarbij wel sprake van eenrichtingsverkeer. De welvaartssamenleving is voorafgegaan door eerdere ontwikkelingsstadia. Dit betekent ook dat de potentiële maatschappelijke baten in minder ontwikkelde landen aanzienlijk groter zijn dan in Nederland. Die landen hebben immers nog een ontwikkeling voor de boeg, zowel in gezondheid als in welvaart en maatschappelijk welbevinden. Dit neemt niet weg dat ook in ontwikkelde landen nog volop mogelijkheden zijn voor een verdere ontwikkeling in alle dimensies. Maar daarbij speelt wel de wet van de afnemende meeropbrengsten een rol. De extra opbrengsten worden verhoudingsgewijs kleiner en vergen steeds meer inspanning.

Garanties uit het verleden bieden geen garantie voor de toekomst. Dit betekent dat een beschrijving van de maatschappelijke baten in een bepaald jaar tekort schiet als basis om een verdere verbetering van de volksgezondheid te bepleiten. Niet de totale of de gemiddelde opbrengsten zijn dan belangrijk, maar de marginale opbrengsten, dat wil zeggen de extra opbrengsten die het gevolg zijn van een toename van de volksgezondheid. Daarbij spelen de afnemende meeropbrengsten een cruciale rol, naast de effectiviteit van de maatregelen om de volksgezondheid te verbeteren.

Verdelingsvraagstukken doen er toe

De maatschappelijke baten van een betere volksgezondheid liggen op het terrein van onderwijs, arbeid en participatie in onbetaalde arbeid. Ook hierbij geldt dat er geen lijnrecht en monocausaal verband ligt tussen de verbetering van de gezondheid en het realiseren van de maatschappelijke baten. Zo spelen verdelingsvraagstukken een belangrijke rol. Het gaat dan met name om de gezondheidsachterstanden van lagere sociaaleconomische bevolkingsgroepen. Deze achterstanden zijn niet alleen groot en hardnekkig, maar ze staan ook vaak een actieve deelname aan de samenleving

in de weg. Daarbij spelen causatie en selectie door elkaar heen, wat het ook moeilijk maakt om er iets aan te doen. Tegelijkertijd is juist bij de lagere sociaaleconomische groepen de meeste winst te behalen, zowel in gezondheid als in participatie. Dit betekent dus dat het bij het realiseren van de maatschappelijke baten van gezondheid niet in de eerste plaats gaat om een algemene verbetering van gezondheid en welvaart, maar om een gerichte verbetering van de laagste groepen. Het terugdringen van de gezondheidsachterstanden kan bijdragen aan een hogere welvaart, maar voor het wegnemen van die verschillen is het tegelijkertijd noodzakelijk om iets aan de sociaaleconomische positie te doen.

Communicerende vaten in de sociale zekerheid

Bij het streven naar meer welvaart en een betere samenleving door een betere volksgezondheid is het goed om oog te hebben voor communicerende vaten. Vooral als het gaat om arbeidsparticipatie. In Nederland worden veel maatschappelijke kosten geboekt op basis van arbeidsongeschiktheid. Dit heeft te maken met onze arbeidsongeschiktheidsregelingen. In andere landen zitten mensen die bij ons als arbeidsongeschikte worden beschouwd vaak in de werkloosheidswet. Dit heeft meerdere consequenties. Ten eerste relateert dit de potentiële maatschappelijke baten van een betere gezondheid. Afhankelijk van de sociale wetgeving worden de potentiële baten immers hoger of lager geraamd. Ten tweede wijst dit erop dat er naast gezondheid nog tal van andere factoren een rol spelen waarom mensen wel of niet werken, bijvoorbeeld het feit of er voldoende werkgelegenheid is. Belangrijker dan de potentiële baten zijn daarom de realiseerbare baten. Daarbij gaat het dan om het effect van gezondheid op arbeidsparticipatie. Dit effect is er maar heeft een beperkte omvang. Er is weinig bekend over de rol van gezondheidsverbeteringen op de instroom en uitstroom van arbeidsongeschiktheids- en werkloosheidsregelingen.

Andere factoren hebben wellicht een groter effect

Gezondheid heeft invloed op onder andere onderwijsprestaties, arbeidsparticipatie, vrijwilligerswerk en mantelzorg. Maar gezondheid is natuurlijk niet de enige factor die een rol speelt. En in veel gevallen ook niet de belangrijkste factor. Zo is voor schoolprestaties het IQ van de leerlingen belangrijk en voor arbeidsparticipatie de competenties van de werknemers. Ook wettelijke regelingen spelen een rol. Zo hebben maatregelen in de sociale zekerheid waarschijnlijk meer effect op het aantal arbeidsongeschikten dan een verbetering van de gezondheid van werknemers. Kortom, de baten die aan een betere gezondheid worden toegeschreven kunnen vaak ook op een andere manier gerealiseerd worden en in sommige gevallen ook met meer effect en tegen lagere kosten.

Maatschappelijke baten en 'opportunity costs'

Gezondheid, preventie en zorg kunnen als een bron van welvaart en welbevinden worden beschreven. Dat levert mooie inzichten op, maar deze zeggen nog niets over de meerwaarde voor de samenleving. Om keuzes te maken is de meerwaarde belangrijker dan de waarde als zodanig. Economen spreken in dit verband over de 'opportunity costs'. Het gaat dan om de alternatieve maatschappelijke baten die verloren gaan omdat het geld in de zorg wordt geïnvesteerd en niet in bijvoorbeeld het onderwijs of de infrastructuur. De vraag is bijvoorbeeld wat het netto winst of verlies aan welvaart en welbevinden is door in gezondheid te investeren en niet in andere dingen. Hoeveel welvaart zou er bijvoorbeeld niet zijn geweest wanneer al het zorgpersoneel in het onderwijs zou werken of in de industrie? En wie garandeert dat innovaties in bijvoorbeeld de ICT niet veel meer welvaart en welbevinden opleveren dan innovaties in de zorg? Het bestaan van opportunitetskosten moet overigens niet te simpel worden opgevat, er is immers een historisch gegroeide samenhang tussen alle sectoren die zich niet zomaar laat doorbreken. Of anders gezegd: de zorg kan niet zomaar uit het maatschappelijk bestel worden getrokken en worden ingeruild voor iets anders. Belangrijk is evenwel een afwegend karakter om keuzes te maken over de maatschappelijke aanwending van middelen. Dat bepaalt namelijk in hoge mate de toepassingsmogelijkheden van de inventarisatie van maatschappelijke baten.

7.4 Toepassingen

Nieuwe inzichten voor het volksgezondheidsdebat...

De beschrijving van de maatschappelijke baten onderstreept dat gezondheid veel meer is dan een waardevol doel in zichzelf. Gezondheid is ook een middel om andere doelen te bereiken, zowel individueel als maatschappelijk. Dit impliceert dat de uitgaven aan preventie en zorg niet alleen een schadepost voor de samenleving zijn, maar ook allerlei opbrengsten met zich mee brengen. Dit inzicht is van grote betekenis voor het debat over de toekomst van de volksgezondheid. Door de vergrijzing en de ontwikkeling van nieuwe medische technologieën neemt immers de druk op de zorguitgaven toe. De maatschappelijke baten kunnen helpen om het debat over de uitgavenontwikkeling vanuit het juiste perspectief te voeren.

De inventarisatie van de maatschappelijke baten maakt ook duidelijk dat er in de samenleving tal van belanghebbenden zijn, die daadwerkelijk de baten van een betere gezondheid incasseren. In algemene termen gaat het om de economie, maar in de praktijk van het economische leven gaat het met name om de bedrijven die een economisch belang hebben bij fitte, gezonde en productieve werknemers. Ook scholen kunnen in dit kader worden genoemd. En ook al is nog niet zo veel over de precieze omvang van de maatschappelijke baten bekend, het is wel duidelijk dat deze behoorlijk kunnen oplopen, zeker waar het de arbeidssituatie betreft. Dit betekent dus ook dat er in de maatschappij meerdere partijen zijn die ook geïnteresseerd kunnen zijn in het bevorderen van de volksgezondheid en daar een bijdrage aan zouden kunnen leveren. In de praktijk van het bedrijfsleven gebeurt dit reeds door de arbozorg, maar het SER-rapport heeft duidelijk gemaakt dat er op dat terrein nog veel meer mogelijkheden liggen. Dit geldt ook voor de andere terreinen waarover de RVZ, de Onderwijsraad en de Rob advies hebben uitgebracht. Door onderscheid te maken tussen welvaart en welbevinden, wordt ook duidelijk dat het bij maatschappelijke baten niet alleen over geld en allerlei economische belangen gaat. Ook de kwaliteit van de samenleving is in tal van opzichten gebaat bij een goede volksgezondheid en een goede gezondheidszorg. Gezondheid, preventie en zorg zijn onlosmakelijk verbonden aan het ontwikkelingspeil van de samenleving.

... maar dit is ontoereikend om keuzes te maken

Deze inzichten, hoe belangrijk ook voor het debat, zijn niet toereikend om keuzes te maken. Een inventarisatie is nog geen afwegingskader. De verhouding tussen maatschappelijke kosten en baten is nog niet bekend. De maatschappelijke meerwaarde van investeringen in preventie en zorg vereist een integraal overzicht van alle kosten en baten en dat ook in termen van 'opportunity costs', dat wil zeggen van de gemiste welvaart en het gemiste welbevinden omdat er minder geld overblijft voor andere zaken die voor de samenleving van belang zijn. De effectiviteit en efficiency

van maatregelen vervult daarin een sleutelrol.

Verder is het van belang dat er een idee is hoe welvaart en welbevinden zich tot elkaar verhouden. Deze zijn nu uit elkaar getrokken om de immateriële baten voor het voetlicht te brengen. Om keuzes te maken waarin de immateriële aspecten voldoende tot hun recht komen, is het noodzakelijk dat beleidsmakers een afweging maken tussen al die opbrengsten die niet tot een noemer herleid kunnen worden. Op basis van alleen een inventarisatie van maatschappelijke baten, hoe volledig die ook zou zijn, kan dus niets gezegd worden over hoeveel de samenleving aan preventie en zorg zou moeten uitgeven.

Deze kritiek neemt natuurlijk niet weg dat de bevindingen van dit rapport beleidsmakers kunnen helpen om zicht te hebben op maatschappelijke baten van gezondheid, preventie en zorg. Ook al is er dan geen volledig geïntegreerd afwegingskader, de besluitvorming kan al wel beter worden wanneer er aandacht is voor de thema's die hier ter sprake zijn gebracht.

7.5 Implicaties

Een integraal afwegingskader voor gezondheid, preventie en zorg

De nadruk op maatschappelijke baten heeft als gevolg dat het debat over preventie en zorg een veel breder perspectief krijgt. Dit heeft ongetwijfeld voordelen, maar een consequentie is wel dat de afwegingen gecompliceerder worden. Voor de besluitvorming is het niet toereikend om alleen te wijzen op baten die er mogelijk ook nog zijn. Wanneer deze een rol in de politieke besluitvorming moeten spelen zal er een integraal afwegingskader moeten komen. In dat afwegingskader zullen beleidsmakers ook expliciet moeten zijn over de waarde die aan gezondheid, preventie en zorg wordt toegekend. Niet alleen in absolute zin, zoals een bepaald bedrag per gewonnen levensjaar, maar ook ten opzichte van andere maatschappelijke doelen en bestedingsdoelen als onderwijs, infrastructuur en particuliere consumptie.

Belangen en belanghebbenden

Het maatschappelijk belang van een goede volksgezondheid kent meerdere deelbelangen en belanghebbenden. Maar er moet wel iets gebeuren om potentiële baten daadwerkelijk te realiseren. Daarom is het van belang dat er voldoende prikkels zijn. De potentiële belanghebbenden moeten immers tot actie overgaan. Deels zijn die prikkels er, zoals bij de ziektewet die bedrijven aanmoedigt om hun werknemers gezond te houden. Essentieel is vervolgens de werkzaamheid van interventies. Zijn de baten ook echt realiseerbaar? Maar voor heel veel aspecten geldt dat het helemaal niet zo duidelijk is wie de belanghebbende is. Wie is bijvoorbeeld de belanghebbende van betere schoolprestaties? Uiteraard is dat de leerling en heeft de school ook een bepaald belang, maar de maatschappelijke baten stijgen daar bovenuit. En geldt voor maatschappelijk welbevinden niet per definitie dat er niet een unieke probleemeigenaar aangewezen kan worden?

Wanneer de nadruk op maatschappelijke baten valt en deze een rol spelen in de besluitvorming over preventie en zorg, betekent dit ook dat er een heldere verantwoordelijkheidsverdeling moet komen, waarbij een grote rol speelt wie de baten ontvangt. Wat is de taak van de rijksoverheid en daarbinnen van de verschillende ministeries en wat van andere overheden en partijen? En wat zijn de middelen om deze taak succesvol uit te voeren? En hoe kan geregeld worden dat baten ook terecht komen bij degenen die verantwoordelijk zijn?

Lastige thema's

Wanneer de overheid maatschappelijke baten wil opvoeren om preventie en zorg in een ander perspectief te plaatsen, is het goed om te bedenken dat zij daarmee ook gevoelige thema's kan aansnijden. Zo roept de aandacht voor de baten van gezondheid ook de vraag op naar de maatschappelijke baten van een ongezond consumptiepatroon.

Er zijn immers ook tal van partijen die er een gerechtvaardigd belang bij hebben dat mensen niet gezond leven, maar wel roken, te veel eten en drinken en in de auto zitten in plaats van op de fiets. Ook gezonde producten en activiteiten leveren werkgelegenheid, welvaart en maatschappelijk welbevinden op. Wanneer naar een integrale afweging wordt gestreefd horen deze aspecten er zeker ook bij. Een tweede thema betreft de pensioengerechtigde leeftijd. Om de maatschappelijke baten in de toekomst te kunnen realiseren zal het immers noodzakelijk zijn dat mensen die nu aan de kant staan, gaan werken. In tijden van vergrijzing en een krimpende beroepsbevolking heeft dat ook alles te maken met het verhogen van de pensioengerechtigde leeftijd. Dat is een gevoelig thema wat in elk geval onder ogen moet worden gezien als de maatschappelijke baten als argument in het debat worden opgevoerd. Dit geldt ook voor het thema van de gezondheidsachterstanden. Bij de lagere sociaaleconomische bevolkingsgroepen is op allerlei fronten, of het nu gaat om gezondheid of om participatie, de grootste winst te behalen. Wanneer de overheid wil inzetten op maatschappelijke baten, geeft zij daarmee impliciet aan dat zij inzet op het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Ook dat is een onderwerp met een geheel eigen historie en dynamiek.

Ongetwijfeld zijn er nog meer gevoelige thema's. Hier gaat het niet om de inhoudelijke kant daarvan, maar alleen om de constatering dat bij een verbreding van het debat over de volksgezondheid met argumenten die over welvaart en welbevinden gaan, er ook allerlei andere en soms ook gevoelige thema's bijkomen.

Van ziekte naar beperkingen

De verbreding naar maatschappelijke baten betekent ook dat andere aspecten van gezondheid en ziekte naar voren schuiven. Het is immers meestal niet de ziekte die mensen verhindert om te participeren, maar het zijn de beperkingen die als een struikelblok worden ervaren. Beperkingen worden dus belangrijker naarmate de maatschappelijke baten belangrijker worden. Een consequentie daarvan is dat de focus van het preventiebeleid ook wat anders kan worden, namelijk niet alleen gericht op het voorkomen van ziekten en aandoeningen, maar ook op het voorkomen van beperkingen en het omgaan met beperkingen. Hetgeen vervolgens weer betekent dat er andere interventies en investeringen denkbaar worden, zoals omgevingsaanpassingen, met een mogelijk veel groter rendement. Kortom, door de maatschappelijke baten in de afweging te betrekken kunnen de gezondheidsdoelen een iets ander karakter krijgen en kunnen ook andere vormen van preventie en zorg belangrijker worden dan eerder het geval was.

7.6 Kennisagenda

Gezondheid, preventie en zorg leveren allerlei maatschappelijke baten op zoals werkgelegenheid en participatie in betaalde en onbetaalde arbeid. Maar er is daarbij ook nog veel onbekend. Hieronder staan per onderdeel kort de voornaamste kennislacunes weergegeven. Daarbij wordt de hoofdstukindeling gevolgd, zonder de kennislacunes te prioriteren. Op elk deelterrein kunnen immers belangrijke stappen gezet worden die ten opzichte van elkaar niet meer of minder belangrijk zijn.

De waarde van gezondheid

De waarde van volksgezondheid wordt vaak uitgedrukt in quality adjusted life years (QALY's). Hoeveel gezonde levensjaren levert preventie en zorg op? Aan de QALY kan vervolgens een monetaire waarde worden toegekend. Over de hoogte van die waarde lopen de meningen uiteen. Het ontbreekt in de discussie over de waarde van een QALY aan kennis over de waarde van gezondheid ten opzichte van andere goederen en diensten die welvaart en welbevinden opleveren. Dit is wel van belang, wanneer bijvoorbeeld keuzes gemaakt moeten worden tussen meer geld voor preventie of voor onderwijs en snelwegen. Verder speelt dat de QALY vooral een goede maat is voor de effecten van preventie en curatieve zorg. Voor de opbrengsten van langdurige zorg zijn QALY's niet geschikt, maar goede alternatieven zijn er nog niet. Meer onderzoek naar mogelijke maten voor de langdurige zorg zouden een nuttige aanvulling kunnen zijn op de hedendaagse kennis.

Ontbrekende kennis over arbeid

Op basis van de inventarisatie van de literatuur kan gesteld worden dat de meeste kennis over de maatschappelijke baten van gezondheid zich op het terrein van arbeid bevindt. Dat is op zich niet vreemd. Daar zijn de belangen (het tegengaan van verzuim en uitval uit het arbeidsproces), de daarmee gemoeide kosten en de belanghebbenden (het bedrijf, de economie als geheel) het duidelijkst. Maar ook binnen het terrein van de arbeid ontbreekt het aan kennis, vooral waar het gaat om aspecten van arbeidsproductiviteit. Daarbij gaat het vooral over het creëren van de voorwaarden voor een optimale productiviteit. Op welke manier kan verbetering van de volksgezondheid bijdragen aan het opleidingsniveau en het mentale vermogen van de bevolking? Het verdient aanbeveling om onderzoek hiernaar te doen en dit onderwerp vanuit een levensloopperspectief te benaderen, aangezien de opbouw van kennis en competenties gedurende het gehele leven plaatsvindt. Longitudinaal onderzoek zou hierin inzicht kunnen verschaffen.

Een mogelijk gevolg van een gebrek aan mentaal vermogen tijdens het werkzame leven is productiviteitsverlies op het werk, ook wel presentisme genoemd. Het verdient aanbeveling om verder onderzoek te doen naar de oorzaken en de

precieze omvang van deze vorm van productiviteitsverlies en welke interventies daarop van toepassing zijn en in Nederland worden gebruikt. Met deze kennis wordt duidelijker hoe groot dit fenomeen is, welke aangrijpingspunten er zijn voor het tegengaan ervan en wat er bekend is over de (effecten van) interventies.

Verder ook van belang, is het verder in kaart brengen van de omvang van de baten van gezondheid uitgedrukt in arbeidsproductiviteit en arbeidsparticipatie. De kennis is nu nog versnipperd. Meer inzicht in de omvang kan verkregen worden door op een uniforme wijze alle relevante aspecten van arbeidsparticipatie en arbeidsproductiviteit in kaart te brengen.

Ontbrekende kennis over onbetaalde arbeid

Gezondheid speelt naast deelname in betaalde arbeid ook een rol in onbetaalde arbeid, ook wel bekend als vrijwilligerswerk en mantelzorg. Gezonde mensen participeren vaker dan ongezonde mensen. De voornaamste vraag hier is wat het potentieel van het verbeteren van de gezondheid is.

Onduidelijk is in hoeverre er binnen de groep mensen met gezondheidsproblemen de behoefte bestaat om via vrijwilligerswerk en mantelzorg deel te nemen aan de samenleving. Mogelijk is men al heel tevreden met de manier waarop men leeft, doordat men bijvoorbeeld voldoende sociale contacten heeft. Er zijn meerdere vormen van participatie die vaak onderling met elkaar samenhangen. Het is dan ook van belang om de verschillende wijzen van participatie en de behoeften van mensen met elkaar in samenhang te bezien. Verder onderzoek hiernaar is gewenst. De volgende stap is dan om dit potentieel zo optimaal mogelijk te benutten.

Ontbrekende kennis over de opportunity costs van de zorg en van andere sectoren

Zoals eerder al is opgemerkt, is nog niet duidelijk wat de meerwaarde is van investeringen in preventie en zorg ten opzichte van dezelfde investeringen in andere sectoren van de economie. Vanzelfsprekend zal ook hier de wet van de afnemende meeropbrengsten van toepassing zijn; alles inzetten op gezondheidszorg en niets op infrastructuur bijvoorbeeld zal niet tot een optimum voor de Nederlandse maatschappij leiden. Zoals gezien, heeft de gezondheidszorg een hoge toegevoegde waarde, maar een laag multiplier effect. Wat de implicaties zijn van deze combinatie van indicatoren ten opzichte van de combinatie van deze indicatoren bij andere sectoren is niet helder. Nader onderzoek zou meer licht kunnen werpen op deze vragen en zou daarmee de beschrijving van de zorgsector ten opzichte van de andere economische sectoren in Nederland completer maken.

Ontbrekende kennis over de autonome bijdrage van preventie en zorg aan het maatschappelijk welbevinden

Zorg en preventie leveren een belangrijke bijdrage aan de Nederlandse samenleving. Zorg en preventie zijn belangrijke voorzieningen voor een betere volksgezondheid. Daarnaast leveren zorg en preventie een belangrijke bijdrage aan de economie. Voor deze onderwerpen is veel aandacht. Ook in dit rapport zijn aan beide aspecten een hoofdstuk gewijd. Echter, zorg levert ook autonoom een zeer belangrijke bijdrage aan de maatschappij. Deze aspecten spelen vooral een belangrijke rol bij de langdurige zorg. Deze bijdrage is echter nog niet of moeilijk te kwantificeren. In dit rapport is een aantal richtingen genoemd, bij wijze van eerste verkenning. Er is echter nog weinig bekend over hoe en in welke mate preventie en zorg bijdragen aan het maatschappelijk welbevinden. Het gehele onderwerp verdient nadere uitwerking.

Integrerend afwegingskader

De aandacht voor maatschappelijke baten roept nieuwe vragen op, waartussen zich ook lastige thema's bevinden. Dit vraagt om een verbreding van de discussie van maatschappelijke baten naar een volledig maatschappelijk perspectief. Wat moet daaronder verstaan worden? Welke aspecten spelen een rol en wat is hun relatieve gewicht? Stapsgewijs kan gewerkt worden aan de totstandkoming van een integrerend afwegingskader voor beslissingen over preventie en zorg.

Literatuur

- Anema JR, Jettinghoff K, Houtman ILD, Schoemaker GC, Buijs PC, Berg R van den. Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2006.
- Arora S. Health, human productivity, and long-term economic growth. *J Econ Hist*, 2001;61:699-749.
- AZ, Ministerie van Algemene Zaken. Regeringsverklaring. Den Haag: AZ, 2007.
- Beddington J, Cooper CL, Field J, Goswami U, Huppert FA, Jenkins R et al. The mental wealth of nations. *Nature*, 2008;455:1057-60.
- Bekerom F van den, Hulsmans C. Aandachtspunten voor zieke kinderen in het onderwijs. Ziezon landelijk netwerk ziek zijn en onderwijs, 2006.
- Bergh JCJM van den. The GDP Paradox. *Journal of Economic Psychology*, 2009;30:117-35.
- Bhargava A, Jamison D, Lau L, Murray C. Modeling the effects of health on economic growth. *Journal of Health Economics*, 2001:423-40.
- Bleys B. Alternatieve indicatoren voor welvaart. *OIKOS*, 2007;41:17-25.
- Bloom D, Malaney P. Macroeconomic consequences of the Russian mortality crisis. *World Development*, 1998:2073-85.
- Bloom D, Williamson J. Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia. *World Bank Economic Review*, 1998:419-55.
- Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The effect of health on economic growth: a production function approach. *World Development*, 2004a;32:1-13.
- Bloom DE, Canning D, Jamison DT. Health, wealth, and welfare. *Finance & Development*, 2004b;41:10-5.
- Boer & Croon. De bedrijfstak Zorg. Onderzoek naar economische betekenis van de zorgsector. Den Haag: Boer & Croon, 2009.
- Boer A de, Broese van Groenou M, Timmermans J (red.). Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007. SCP-publicatie 2009/5. Den Haag: SCP, 2009.
- Brink-Muinen A van den, Rijken PM, Spreeuwenberg P, Heijmans MWJM. Kerngegevens Maatschappelijke situatie 2008. Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten. Utrecht: NIVEL, 2009.
- Broek P van den, Streng R, Linden M van der. Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit? Den Haag: Atos Consulting, 2008.
- Brouwer W. De basis van het pakket – urgente uitdagingen voor de opzet en inzet van economische evaluaties in de zorg. Inaugurele rede. Rotterdam, 2009.
- BS Health Consultancy. Effectiviteit van arbocuratieve zorg tegen het licht: Onderzoek naar de invloed en werkwijze van arbocuratieve zorg. Haarlem: BS Health Consultancy, 2008.
- Cai L, Kalb G. Health status and labour force participation: evidence from Australia. *Health Econ*, 2006;15:241-61.
- Cardol M, Emmen M, Rijken M, Campen C van. Werk en tevredenheid onder chronisch zieken met een langdurige lichamelijke beperking: de rol van individuele competenties. Den Haag/Utrecht: SCP/NIVEL, 2008.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en zorg in cijfers 2007. Voorburg: CBS, 2007.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Wajong-uitgaven blijven stijgen. Webmagazine, 2009a.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Ziekteverzuim laatste jaren stabiel. Webmagazine, 2009b.
- CBS StatLine. Aantal uitkeringen WAO, WAZ en Wajong per jaar. 2009a [geraadpleegd december 2009]; Beschikbaar via: [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37988a0j&D1=2&D2=a&D3=0&D4=0&D5=\(1-11\)-l&VW=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=37988a0j&D1=2&D2=a&D3=0&D4=0&D5=(1-11)-l&VW=T).
- CBS StatLine. Ziekteverzuimpercentage; bedrijfstakken (SBI 93) en grootteklassen. 2009b [geraadpleegd december 2009]; Beschikbaar via: [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71737ned&D1=0&D2=0-4,10-13,17-18,21-22,25-28,32&D3=4,9,14,19,\(1-3\)-l&VW=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71737ned&D1=0&D2=0-4,10-13,17-18,21-22,25-28,32&D3=4,9,14,19,(1-3)-l&VW=T).
- CBS StatLine, Maatschappelijke participatie; sociale contacten, kerkelijke gezindte. 2009c [geraadpleegd december 2009]; Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=60027ned&D1=0-4,43-47,58-59,91-96&D2=0-2&D3=a&VW=T>.
- CBS StatLine. Kerncijfers onderwijsuitgaven. 2009d [geraadpleegd oktober 2009]; Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=70901NED&D1=0-10&D2=5-12&HDR=G1&STB=T&VW=T>.
- CPB, Centraal Planbureau. Arbeidsaanbod en gewerkte uren tot 2025: Een beleidsneutraal scenario. Den Haag: CPB, 2009.
- Cutler DM. Equality, efficiency and market fundamentals: the dynamics of international medical care reform. *Journal of Economic Literature*, 2002;60:881-906.
- CWI. Arbeidsmarktprognose 2008-2013. Amsterdam: CWI, 2008.
- Dekker P, Hart J de. (red.). Civil society en vrijwilligerswerk 5. Den Haag: SCP, 2009.
- Economic Policy Committee and European Commission. The 2005 EPC projections of age-related expenditure: agreed underlying assumptions and projection methodologies. *European Economy Occasional Papers*, No. 19, 2005.

- Elferink J, Scherpenzeel, R. Naast de mantelzorger: een metgezel voor mantelzorgers. Utrecht: MOVISIE, kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling/Mezzo, Landelijke Vereniging voor Mantelzorgers en Vrijwilligerszorg, 2009.
- Evans D. The impact of the economic and financial crisis on global health. Presentation at the high-level consultation on the financial and economic crisis and global health. Geneva, 2009.
- Exel J van, Moree M, Koopmanschap M, Schreuder Goedheijt T, Brouwer W. Respite care - An explorative study of demand and use in Dutch informal caregivers. *Health Policy*, 2005;78:194-208.
- Eysink PED, Hamberg- van Reenen HH, Lambooy MS. Leefstijl en arbeid in balans. Een literatuurstudie naar de invloed van leefstijlfactoren en (sub)cultuur op gezondheid, ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en productiviteit. RIVM-rapport 270254001/2008. Bilthoven: RIVM, 2008.
- Figueras J, McKee M, Lessof S, Duran A, Menabde N. Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in Europe: World Health Organization 2008 and World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2008, 2008.
- FNV Bondgenoten, Warning J. Ziek door onzekerheid: Een verslag van een onderzoek door FNV Bondgenoten. Utrecht: FNV Bondgenoten, 2009.
- Fogel RW. Economic growth, population theory and physiology: the bearing of long term process on the making of economic policy. *The American Economic Review*, 1994;84:369-95.
- Fogel R. The escape from hunger and premature death, 1700-2100. New York: Cambridge University Press, 2004.
- Gent R van, Essen LE van, Rovers MM, Kimpen JL, Ent CK van der, Meer G de. Quality of life in children with undiagnosed and diagnosed asthma. *Eur J Pediatr* 2007; 166(8):843-8.
- Gezondheidsraad. Autismspectrumstoornissen: een leven lang anders. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009.
- Gool CH van (RIVM), Groothoff JW (Universitair Medisch Centrum Groningen / Rijksuniversiteit Groningen). Wat is de relatie met ziekten en aandoeningen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <www.nationaalkompas.nl> Gezondheid en ziekte\ Functioneren en kwaliteit van leven\ Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, 12 december 2007.
- Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, et al. The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psych*, 2003;64:1465-73.
- Hendriksen I. Regelmatig fietsen naar het werk leidt tot lager ziekteverzuim. Leiden: TNO, 2009.
- Herweijer L. Gestruikelde voor de start. De school verlaten zonder startkwalificatie. Den Haag: SCP, 2008.
- Hoeymans N, Timmermans JM, Klerk MMY de, Boer AH de, Deeg DJH, Poppelaars JL, Thissen F, Droogleevoer Fortuijn JC, Hollander AEM de. Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen. Bilthoven: RIVM, 2005.
- Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (red.). Zorg voor gezondheid - Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapport 270061003. Bilthoven/Houten: RIVM/Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
- Jehoel-Gijsbers G. Sociale uitsluiting in Nederland. SCP-publicatie 2004/17. Den Haag: SCP, 2004.
- Jehoel-Gijsbers G. Beter aan het werk. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting. Den Haag: SCP/CBS/TNO Kwaliteit van Leven, 2007.
- Kam F de. Gezondheidszorg en openbare financiën. In: Schut E, Rutten F, editors. Economie van de gezondheidszorg. Derde, geheel herziene druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2009.
- Klaveren C van, Heyma A van. Employability naar bedrijfsomvang. publicatiernr. 2008-57. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek, 2008.
- Klein-Hesselink J. Arbobalans 2007/2008: Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven, 2008.
- Klerk M de. Rapportage gehandicapten 2000. Arbeidsmarkt en financiële situatie van mensen met beperkingen en/of chronische ziekten. Den Haag: SCP, 2000.
- Klerk M de. (red.). Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2007. Den Haag: SCP, 2007.
- Koning J de, Collewet M, Tempelman C, Berretty T, Gravesteijn-Ligthelm J. Gezondheid en arbeidsgerelateerde baten. Rotterdam: SEO/SEOR, 2009.
- Klink A, Rosenmöller P, Polder J. Het economisch gewicht van overgewicht. *Economisch Statistische Berichten (ESB)*, 2008;93:228-32.
- Laplagne P, Glover M, Shomos A. Effects of Health and Education on Labour Force Participation. Staff Working Paper. Melbourne: Australian Government. Productivity Commission, 2007.
- Lieshout PAH van. Gezondheidszorg in sociaal-economisch perspectief. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), 2000.
- Loket Gezond Leven. Gezondheid op scholen. 2008 [geraadpleegd december 2009]; Beschikbaar via: www.loketgezondleven.nl/gezondschool/gezondheidopscholen.
- Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic implications of socioeconomic inequalities in health in the European Union. Luxembourg: European Commission, 2007.
- Manor O, Matthews S, Power C. Health selection: the role of inter- and intra-generational mobility on social inequalities in health. *Soc Sci Med*, 2003;57:2217-27.

- McKeown T. The role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis? London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976.
- Meerding WJ, Polder JJ, Hollander AEM de, Mackenbach JP. Hoe gezond zijn de zorguitgaven? De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers en hart- en vaatziekten - Zorg voor euro's - 6. RIVM-rapport 270091002. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2007.
- Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. RIVM-rapport 270672001. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Meng C, Coenen J, Ramaekers G, Buchner C. Voortijdige schoolverlaters: Aanleiding en kansen op de arbeidsmarkt. TPE digitaal, 2009;3:6-27.
- Mezzo & Qidos. Werk & Mantelzorg. 2009 [geraadpleegd december 2009]; Beschikbaar via: www.werkenmantelzorg.nl.
- Mheen H van de, Stronks K, Schrijvers CTM, Mackenbach JP. The influence of adult ill health on occupational class mobility and mobility out of and into employment in The Netherlands. *Social Science & Medicine*, 1999;49:509-18.
- MOVISIE. Activering. Het participatiewiel. 2009a [geraadpleegd december 2009]; Beschikbaar via: www.movisie.nl/124579/def/home_/activering/het_participatiewiel/.
- MOVISIE. Mantelzorg. 2009b [geraadpleegd november 2009]; Beschikbaar via: www.movisie.nl/115467/def/home_/mantelzorg/.
- Neovius K, Johansson K, Kark M, Neovius M. Diagnostic in obesity and comorbidities. Obesity status and sick leave: a systematic review. *Obesity reviews*, 2009;17-27.
- Nordhaus WD. The health of nations: the contribution of improved health to living standards. Cambridge: National Bureau Of Economic Research; 2002. Report No.: NBER Working Paper 8818.
- NOWT, Nederlands Observatorium voor wetenschap en Technologie. Wetenschaps- en technologie-indicatoren 2008: NOWT, 2008.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Projecting OECD health and longterm care expenditures: what are the main drivers? Economic Department Working Papers No. 477. Paris: OECD, 2006.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD health 2009: Statistics and Indicators for 30 Countries. 2009.[geraadpleegd november 2009]; Beschikbaar via: http://www.oecd.org/document/3/0/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html.
- Operatie Jong. Groeistruipen in het speciaal onderwijs. Den Haag: Projectbureau Operatie Jong, 2007.
- Paulussen T. Literatuurreview Gezonde School (in druk). Leiden: TNO, 2010.
- Pomp M. Een beter Nederland – De gouden eieren van de gezondheidszorg. Amsterdam: Uitgeverij Balans, 2010.
- Psychiatrisch centrum Sint-Hiëronimus. Zorg en zingeving, interview met Mieke van Steeland. Hiërogliefen, nieuwsbrief van het psychiatrisch centrum Sint-Hiëronimus, 2008.
- RVZ, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Zinnige en duurzame zorg. Den Haag: RVZ, 2006.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Onderwijsraad, Raad voor openbaar bestuur. Buiten de gebaande paden. Advies over intersectoraal gezondheidsbeleid. Zoetermeer: RVZ, Rob en Onderwijsraad, 2009.
- Riedijk S. Belastende Zorg. Een Studie over Mantelzorgers van Frontotemporale Dementie Patiënten (thesis). Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2009.
- Sadiraj K, Timmermans J, Ras M, Boer A de. De toekomst van de mantelzorg. Den Haag: SCP, 2009.
- Schmier JK, Jones ML, Halpern MT. Cost of obesity in the workplace. *Scand J Work Environ Health*, 2006;32:5-11.
- Schrijvers CTM, Storm I. Naar een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. Een beschrijving van beleidsmaatregelen binnen en buiten de volksgezondheidssector. RIVM-rapport 270171001/2009. Bilthoven: RIVM, 2009.
- Schultz AB, Chen CY, Edington DW. The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers: a review of the literature. *Pharmacoeconomics*, 2009;27:365-78.
- Slobbe LCJ, Kommer GJ, Smit JM, Groen J, Meerding WJ, Polder JJ. Kosten van Ziekten in Nederland 2003. Zorg voor euro's - 1. RIVM-rapport nr. 270751010. Bilthoven: RIVM, 2006.
- Smit F. Prevention of Depression (Dissertation). Amsterdam: Faculty of Medicine, Vrije Universiteit, 2006.
- SER, Sociaal-Economische Raad. Een kwestie van gezond verstand: Breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties. Den Haag: SER, 2009.
- Spee-van der Wekke J, Meulmeester JF, Radder JJ, Verloove-Vanhorick SP. School absence and treatment in school children with respiratory symptoms in The Netherlands: data from the Child Health Monitoring System. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1998;52:359-63.
- Spreeuwenberg C. Gezondheidszorg in Tel. *Medisch Contact*. 1993;48(40):1223.
- Star SL, Griesemer JR. Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science*, 1989;19:387-420.
- Stegeman H. De conjunctuurgevoeligheid van het ziekteverzuim. CPB-Document 99. Den Haag: CPB, 2005.
- Stegeman I, Costongs C. Health, Poverty and Social Inclusion in Europe: literature review on concepts, relations and solutions. Brussels: EuroHealthNet, 2003.
- Stichting van de Arbeid. Naar brede en duurzame inzetbaarheid op de arbeidsmarkt: Aanbevelingen over scholing en employabilitybeleid. publicatienr. 7/06. Den Haag: Stichting van de Arbeid, 2006.

- Stronks K, Mheen H van de, Bos J van den, Mackenbach JP. The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology*, 1997:592-600.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 2009.
- Suhrcke M, McKee M, Sauto Arce R, Tsovalova S, Mortensen J. The contribution of health to the economy in the European Union. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, European Commission, Health & Consumer Protection Directorate General, 2005.
- Suhrcke M, Rocco L, McKee M. Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia. Copenhagen: World Health Organization, WHO Regional Office for Europe, 2007.
- Tijdens K. Een wereld van verschil: arbeidsparticipatie van vrouwen 1945-2005. Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar met de leerplicht Arbeid, Organisatie en Emancipatie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam op vrijdag 3 maart 2006.
- Timmermans JM (red.). Mantelzorg; over de hulp van en aan mantelzorgers. SCP-publicatie 2003/1. Den Haag: SCP, 2003.
- Tonkens E, Broeke J van den, Hoijsink M. Op zoek naar weerkaatst plezier. Samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad. Den Haag: Nicis Institute, 2008.
- UWV WERKbedrijf. Arbeidsmarktprognose 2009-2010. Met een doorkijk naar 2014. Amsterdam: UWV WERKbedrijf, 2009.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van het ministerie van VWS aan de Tweede Kamer. Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Deel II: De contouren van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Den Haag: Tweede Kamer, 2004.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezond zijn, gezond blijven – Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: VWS, 2007a.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Niet van later zorg. Den Haag: VWS, 2007b.
- VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van het ministerie van VWS aan de Tweede Kamer. Beleidsbrief Voor elkaar. Mantelzorg en vrijwilligerswerk 2008-2011. Den Haag: Tweede Kamer, 2007c.
- Walburg JA. Mentaal vermogen – Investeren in geluk. Amsterdam: Nieuw-Amsterdam, 2009.
- Weehuizen R. Mental capital. An exploratory study of the psychological dimension of economic development. Consultative Committee of Sector Councils for Research and Development (COS), 2006.
- Werkgroep Filantropische Studies Vrije Universiteit Amsterdam. Samenvatting van de belangrijkste bevindingen Geven in Nederland 2007. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2009.
- Westert GP, Berg MJ van den, Koolman X, Verkleij H (red.). Zorgbalans 2008. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Bilthoven/Houten: RIVM/Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- Westert GP, Berg MJ van den, Zwakhals SLN, Heijink R, Jong J de, Verkleij H (red.). Zorgbalans 2010. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg (In druk). Bilthoven/Houten: RIVM/Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
- WRR, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Vertrouwen in de school. Over de uitval van 'overbelaste' jongeren. Amsterdam: WRR, 2009.
- Whitehead M, Clayton S, Holland P, Drever F, Barr B, Gosling R, Dahl E, Wel KA van der, Westin S, Burström B, Nylen L, Lundberg O, Diderichsen F, Thielen K, Ng E, Uppal S, Chen W. Helping chronically ill or disabled people into work: what can we learn from international comparative analyses? Liverpool: Public Health Research Consortium, 2009.
- Wijga A. et al. Niet-gepubliceerde gegevens uit de Preventie en Incidentie van Astma en Mijt Allergie (PIAMA)-studie. Bilthoven: RIVM, 2009.
- Wilkins M, Cuelenaere B. Goed beleid loont: de maatschappelijke kosten en baten van het verminderen van voortijdig schoolverlaten. *TPE digitaal*, 2009;3:28-45.
- WHO, World Health Organization. World Health Report 2000. Health systems: improving performance. WHO, 2000.
- WHO, World Health Organization. The Tallinn Charter: health systems for health and wealth. Tallinn: WHO; 2008, 27 juni 2008.
- ZIP, Zorginnovatieplatform. Zorgen voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025. ZIP, 2009.
- Zuurmond WWA. Als genezen niet meer mogelijk is. Inmerc, 2006.
- Zwan A van der, Dijk CP van, Borst-Eilers E. Gezondheidszorg in tel. Commissie Strategische Heroriëntatie Gezondheidszorg. Utrecht: Nederlands Ziekenhuisinstituut, 1993.

Bijlagen

Bijlage

1

Projectteam, begeleidingscommissie en geraadpleegde deskundigen

Maatschappelijke baten Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter

Projectteam

Dr. F. van der Lucht

Ir. J.M. Melse

Prof.dr. J.J. Polder

Drs. N.A.M. Post

Dr. H. Verkleij

Drs. S.L.N. Zwakhals

Begeleidingscommissie VWS

Drs. W.C.A. Bossink

Drs. R.J.B. Groot Koerkamp

Drs. T.H. Halbertsma

Dr. L.M. van Herten

Mr. Y.A.J. de Nas

RIVM

Dr. V. Bos

Drs. M.C.M. Busch

Drs. C. Deuning

Dr. P.E.D. Eysink

Dr. C.H. van Gool

Ir. M.M. Harbers

Drs. R. Heijink

Dr. N. Hoeymans

Dr.ir. A.J.M. van Loon

Dr. S.A. Meijer

Drs. M. Mulder

Drs. M.J.J.C. Poos

E.M. Slichter-Matla

Drs. N. Tamsma

Drs. J. Veldwijk

Dr. A.H. Wijga

Extern

Dr.ir. A.H. de Boer, SCP

Ir. R.J.E. Jansen, Boer & Croon

Dr. R. de Leeuw, Julius Centrum, Universiteit Utrecht

Dr. C. Meng, ROA, Universiteit Maastricht

Prof.dr. S. Keuzenkamp, SCP

Dr. S. Kooiker, SCP

Dr. P.M. Rijken, NIVEL

Bijlage

2

VTV 2010: Rapporten, projectleiders, kernteam en begeleidende commissies

Kernrapport en deelrapporten

Van gezond naar beter

Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010

F. van der Lucht

J.J. Polder

Gezondheid en determinanten

Deelrapport van de VTV 2010

Van gezond naar beter

N. Hoeymans

J.M. Melse

C.G. Schoemaker

Effecten van preventie

Deelrapport van de VTV 2010

Van gezond naar beter

M. van den Berg

C.G. Schoemaker

Tijd en Toekomst

Deelrapport van de VTV 2010

Van gezond naar beter

A.H.P. Luijben

G.J. Kommer

Maatschappelijke baten

Deelrapport van de VTV 2010

Van gezond naar beter

N.A.M. Post

S.L.N. Zwakhals

J.J. Polder

VTV-websites

Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010

(www.vtv2010.nl)

Nationaal Kompas Volksgezondheid

(www.nationaalkompas.nl)

Nationale Atlas Volksgezondheid

(www.zorgatlas.nl)

Kosten van Ziekten in Nederland

(www.kostenvanziekten.nl)

Zorggegevens.nl

(www.zorggegevens.nl)

Projectleiders

Dr. F. Van der Lucht
Prof.dr. J.J. Polder

Kernteam RIVM, centrum VTV

Dr. M. van den Berg
Dr. N. Hoeymans
Dr.ir. A.J.M. van Loon (vanaf 01-06-2009)
Ir. A.H.P. Luijben
Ir. J. M. Melse
Prof.dr.ing. J.A.M. van Oers
Dr. C.G. Schoemaker
Dr. C. Schrijvers (tot 01-09-2009)
E.M. Slichter-Matla (projectondersteuning)
Dr. H. Verkleij
Drs. S.L.N. Zwakhals

Wetenschappelijke Adviescommissie

Dr. M.J.W. Sprenger, voorzitter
Directie, RIVM, Bilthoven
Prof.dr. T.E.D. van der Grinten, vicevoorzitter
Instituut Beleid en Management
Gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam
Prof.dr. P.P. Groenewegen
Nederlands Instituut voor onderzoek van
de gezondheidszorg, Utrecht
Prof.dr. K. Horstman
Instituut voor Gezondheidsethiek, Universiteit Maastricht
Prof.dr. N.S. Klazinga
Instituut Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch
Centrum, Universiteit van Amsterdam
Prof.dr. J.A. Knottnerus
Gezondheidsraad, Den Haag
Prof.dr. G.J. Kok
Vakgroep Klinische en Psychologische wetenschappen,
Universiteit Maastricht
Prof.dr. J.P. Mackenbach
Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg,
Erasmus MC, Rotterdam
Prof.dr. P. Schnabel
Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag
Prof.dr. J.L. Severens
Faculteit Gezondheidswetenschappen,
Universiteit Maastricht
Prof.dr. K. Stronks
Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum,
Universiteit van Amsterdam

Begeleidingscommissie ministerie van VWS

Dr. D. Ruwaard, MD, voorzitter
Directie Publieke Gezondheid
Mr. Y.A.J. de Nas, secretaris
Directie Publieke Gezondheid
Drs. R. Groot Koerkamp
Directie Macro-Economische Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaarden
Drs. M.J. van Iwaarden
Directie Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie
Drs. L.J. van der Heiden
Directie Publieke Gezondheid
Drs. M. Holling
Directie Langdurige Zorg
M. Koornneef
Directie Sport
Drs. F. Mantingh
Directie Publieke Gezondheid
Ing. G.C.C. Molenaar
Directie Markt en Consument
M.C. Wijnberg, MSc.
Directie Publieke Gezondheid
Drs. A.J.M. Zengerink
Directie Curatieve Zorg

Bijlage

3

Afkortingen en begrippen

Afkortingen

ASS	Autismespectrumstoornis
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
bbp	Bruto binnenlands product
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BMI	Body Mass Index
CBG	College ter Beoordeling van Geneesmiddelen
CBO	Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CKZ	Centrum Klantervaring Zorg
CPB	Centraal Planbureau
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnosebehandelingcombinatie
EU	Europese Unie
EU-15	De 15 landen die vóór 1 april 2004 de Europese Unie vormden: België, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk, Portugal, Spanje, Verenigd Koninkrijk, Zweden.
EU-25	De 25 landen die tussen 1 april 2004 en 1 januari 2007 de Europese Unie vormden: België, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk, Zweden.
FISH	Fordham Index of Social Health
FTE	Fulltime-equivalent; aantal arbeidsuren als percentage van een volledige werkweek.
GGD	Gemeentelijke/gewestelijke gezondheidsdienst
Ggz	Geestelijke gezondheidszorg
GPI	Genuine Progress Indicator
havo	Hoger algemeen voortgezet onderwijs
HDI	Human Development Index
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IEWB	Index of Economic Well-Being
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IQ	Intelligentie quotiënt
ISEW	Index of Sustainable Economic Welfare
mbo	Middelbaar beroepsonderwijs
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NPCG	Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten
NVI	Nederlands Vaccin Instituut
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OR	Onderwijsraad
PIAMA	Preventie en Incidentie van Astma en Mijt Allergie
POLS	Permanent Onderzoek Leefsituatie
QALY	Quality-adjusted life-year; kwaliteitsgecorrigeerd levensjaar
R&D	Research and Development; onderzoek en ontwikkeling
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
Rob	Raad voor het openbaar bestuur
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SEOR	Stichting Economisch Onderzoek Rotterdam
SER	Sociaal-Economische Raad
ses	Sociaaleconomische status
TNO	Nederlandse organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
vmbo	Vorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
vwo	Vorbereidend wetenschappelijk onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wajong	Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten, per 1 januari 2010 opgevolgd door de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wet Wajong)
WAO	Wet arbeidsongeschiktheid Tot 1 januari 2006; opgevolgd door WIA.
WAZ	Wet Arbeidsongeschiktheid Zelfstandigen
WHO	World Health Organization
WIA	Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen Vanaf 1 januari 2006; opvolger van WAO
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WW	Werkloosheidwet
ZonMw	Nederlandse organisatie voor zorgonderzoek en zorginnovatie

Begrippen

Determinant

Een factor die van invloed is op de gezondheid of, in termen van meetbare grootheden, op de gezondheidstoestand.

Effectiviteit

De mate waarin (vooraf) geformuleerde doelstellingen in de praktijk worden bereikt.

Gezondheidsselectie

Mechanisme waardoor ongezonde mensen nadelige gevolgen van minder goede gezondheid ondervinden.

Health income

Een aan gezondheid toegekende monetaire waarde.

Incidentie

Het aantal nieuwe gevallen van, of nieuwe personen met, een bepaalde ziekte in een bepaalde periode, absoluut of relatief.

Levensverwachting

Het gemiddelde aantal nog te verwachten levensjaren op een bepaalde leeftijd.

Mantelzorg

Informele hulp die vrijwillig en onbetaald wordt gegeven.

Menselijk kapitaal

Opgebouwde kennis en vaardigheden.

Mentaal kapitaal

Competenties om opgedane kennis en vaardigheden efficiënt in te zetten.

Mortaliteit

Sterfte.

Multiplier

Vermenigvuldigingsfactor van bestedingen.

Obesitas

Ernstig overgewicht (voor personen van 18 jaar en ouder: $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$; voor jongeren gelden andere afkapwaarden).

Presenteïsme

Productiviteitsverlies op het werk.

Respijtzorg

Het tijdelijk overnemen van de totale zorg van een patiënt ter ontlasting van de mantelzorg door beroepskrachten of vrijwilligers.