



Arbeidsproductiviteit in de zorg: who cares?

Auteur(s):

J. Blank

*De auteur is als Hoofd van het programma Doelmatigheid in de publieke sector werkzaam bij de divisie Arbeid en Sociaal Beleid van ecorys-nej.**Met dank aan Wouter Koolmees voor zijn waardevolle commentaar op een eerdere versie. Jos.Blank@ecorys.com***Verschenen in:**

ESB, 90e jaargang, nr. 4452, pagina D30, 10 februari 2005

Rubriek:

Afronding

Trefwoord(en):

Het is de taak van de overheid te zorgen voor een efficiënte bedrijfsvoering van de publieke sector. Dat staat echter los van de ontwikkeling van de productiviteit in de zorg en de arbeidsmarkt voor zorgpersoneel. Keuzes over welk deel van de zorg tot het publieke domein behoort, zijn onvermijdelijk.

Gezegd met een goede gezondheid en goede pensioenvoorzieningen zullen de toekomstige 65-plussers een groot deel van het jaar op vakantie zijn. Wat als maar liefst 20 procent van de beroepsbevolking hierdoor actief zal zijn als hostess, reisbemiddelaar, touroperator, piloot of als schoonmaakster in een bungalowpark? Zal het kabinet, geschrokken door dit vooruitzicht, een werkgroep instellen om te onderzoeken of de reislust van deze oude lieden kan worden beperkt en of de verwachte aanslag op onze nationale productiefactoren kan worden verminderd door de arbeidsproductiviteit in de reisbranche op te voeren?

Wijze economen zouden in het bovenstaande geval het kabinet adviseren zich niet zo druk te maken. De markt zal immers zijn werk wel doen. De branche zal bij een krappe arbeidsmarkt via aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden wel aan zijn werknemers komen, eventuele kostprijshogingen doorberekenen aan zijn klanten en efficiënt opereren doen bedrijven vanuit hun natuur al. In het geval van de zorg maken beleidsmakers zich wel druk. Waarom doen zij dat? Welke zorgen hebben zij over de arbeidsmarkt? Waarom leggen zij in de zorg het verband tussen arbeidsproductiviteit en arbeidsmarkt? Is dat terecht? Zijn er mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit te verbeteren en kunnen we op dit punt iets verwachten van marktwerking?

Adviezen en zorgen

Waarom geven wijze economen de beleidsmakers in het geval van de gezondheidszorg niet hetzelfde advies? De informatie-asymmetrie, de economische concentraties van verzekeraars en aanbieders en de kunstmatig instandgehouden schaarste in de zorg belemmeren een goede werking van de zorgmarkt. Verder bestaat de overtuiging dat een toegankelijke en betaalbare zorg een belangrijke bijdrage levert aan onze maatschappelijke welvaart. Kortom, een gebrekkige werking van de zorgmarkt en positieve externe effecten maken dat de zorg een onderdeel van het publieke domein is. Daarvan akte.

Waarom maken beleidsmakers zich zoveel zorgen over de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg? Voor de reisbranche bestaat die zorg toch ook niet of misschien slechts ten dele? Als er sprake is van een algemene krapte op de arbeidsmarkt dan maakt het ook niet uit waar deze zich manifesteert. Ergens zullen rantsoeneringen optreden en welvaartsverliezen zijn het gevolg. Overigens is het maar zeer de vraag of de problemen op arbeidsmarkt zo manifest zijn als wordt gesuggereerd. Ook in de eerdere discussies over vut en prepensioen bleek al dat "de soep niet zo heet zal worden gegeten" (Blank et al., 2004). Door demografische ontwikkelingen zal met name de participatiegraad van vrouwen in de hoogste leeftijdsgroepen nog fors toenemen (Blank et al., 2004). Ook immigratie van werknemers kan het probleem nog verder mitigeren. Verder is het mooi dat de arbeidsmarktproblemen zich zo ver van tevoren al aankondigen. We hoeven geen angst te hebben voor kwalitatieve discrepanties. Door een goede toepassing van *manpower planning* is goed in te spelen op de kwalificaties van de toekomstige beroepsbevolking, in het bijzonder via opleiding en scholing.

Waarom leggen beleidsmakers in de zorg het verband tussen arbeidsproductiviteit en arbeidsmarkt? De aandacht voor dit verband laadt op zijn minst de verdenking op zich dat de urgentie van het arbeidsmarktprobleem de reden is voor de aandacht voor het productiviteitsvraagstuk. Het is de taak van de overheid in zijn algemeenheid zorg te dragen voor een efficiënte bedrijfsvoering van de publieke sector. Een sterke publieke sector zonder een hoge (marktverstorende) belasting- en premiedruk draagt bij aan het maximaleren van de maatschappelijke welvaart. Deze notie verwijst ook direct naar een andere tekortkoming in de probleemstelling. Het is niet de arbeidsmarkt, maar de verstorende werking van de (collectieve) financiering van de zorg die straks het wezenlijke probleem vormt, daarom is ook de focus op de arbeidsproductiviteit onterecht. De aandacht moet zich richten op de totale productiviteit van de zorgsector. De dikwijls verkondigde opvatting dat deze begrippen niet ver uit elkaar lopen, geldt niet voor ziekenhuizen. Een groot deel van de ingezette middelen heeft daar betrekking op kapitaal en materiaal. Het verbeteren van de arbeidsproductiviteit door bijvoorbeeld substitutie van arbeid door dure apparatuur of medicijnen, die per saldo tot extra kosten leiden, is een vorm van 'het paard achter de wagen spannen'.

Productiviteitsverbetering

Na deze kanttekeningen bij de probleemstelling in dit dossier ga ik in op de mogelijkheden om de productiviteit te verbeteren. Wilde verhalen doen hierbij de ronde. Onlangs stelde Gupta (2004) en ook tpg (2004) nog dat de productiviteit in Nederlandse ziekenhuizen met

20 procent zou kunnen worden verbeterd. Ook wordt met enige regelmaat het Röhmklinikum uit Duitsland ten tonele gevoerd. De nuances in deze verhalen ontbreken echter. In werkelijkheid zullen productiviteitsstijgingen veel beperkter zijn. In het bijzonder geldt dit voor care-voorzieningen. In het navolgende richt ik me op een paar aspecten van beleid in relatie tot productiviteit: marktwerking, schaalvergroting en budgettair kader.

Door concurrentie zou zowel de relatieve efficiëntie als de dynamische efficiëntie toenemen. Uit de literatuur is bekend dat ziekenhuizen dikwijls concurreren op kwaliteit in plaats van op prijs. Zeker als het gaat om kwaliteit in termen van franje of luxe zou marktwerking een averechts effect kunnen hebben. De vraag is ook of er wel voldoende concurrentie kan worden gegenereerd.

Uit het oogpunt van productiviteit is de invoering van de Diagnose Behandel Combinaties (dbc's) zeer zorgelijk. Inmiddels zijn duizenden dbc's ontwikkeld. De ontwikkeling en het onderhoud van informatiesystemen leidt tot een grote administratieve lastendruk bij instellingen. Het is ondenkbaar dat voor alle dbc's afzonderlijke prijzen worden vastgesteld of onderhandeld. De transactiekosten hiervoor zijn gigantisch en in de praktijk blijken verzekeraars en ziekenhuizen dan ook voor veel grotere clusters prijsafspraken te maken. Een veel fundamenteeler punt tegen dbc's is de sterke prikkel tot inefficiënt gedrag. Een behandeling met minder of voordeligere verrichtingen leidt tot indeling in een dbc met een lagere opbrengst. Een grofmazige indeling langs de lijnen van ziekten of aandoeningen, de zogenoemde Diagnostic Related Groups (drg's), ligt veel meer voor de hand. Het systeem van dbc's dient dan ook snel mogelijk te worden vervangen door een systeem van drg's. De prikkel is dan wel gericht op efficiëntere behandelingen. Overigens geldt de marktwerking nog maar voor een beperkt deel van de dienstverlening.

Een bijzonder probleem vloeit voort uit de gekozen mengvorm in de ziekenhuissector van gereguleerde en vrije zorgproducten (het a- en b-segment). Hierdoor kan het probleem ontstaan van kruissubsidiëring. Dit probleem treedt op als een zorgaanbieder op verschillende deelmarkten actief is, op één van die markten als gevolg van markt- of overheidsfalen structurele overwinsten behaalt en deze op de andere markt aanwendt om de prijs te drukken. Hierdoor krijgen nieuwkomers op de markt geen eerlijke kans. Ook het omgekeerde kan optreden, wanneer door de overheid vastgestelde prijzen op een gereguleerde deelmarkt niet kostendekkend zijn en deze verliezen elders moeten worden gecompenseerd (Van der Geest et al. 2003).

Op zijn minst past dus enige twijfel over de positieve effecten van marktwerking. De gefaseerde invoering, waar nu voor gekozen is, is daarom een prudente weg. Bijsturingen of aanpassingen zijn bij ongewenste ontwikkelingen dan nog mogelijk.

Het beleid heeft ook weinig oog gehad voor schaal efficiënties. Uit menig nationaal en internationaal onderzoek blijkt dat de optimale schaal van ziekenhuizen tussen de tweehonderd en driehonderd bedden ligt (Meloën et al. 2001). Ook voor Nederland ligt de optimale schaal in die orde van grootte (Blank et al. 2002). De laatste twee decennia is door een ware golf van fusies en overnames van ziekenhuizen een groot aantal (schaal inefficiënte) ziekenhuizen ontstaan. Ook valt te vrezen dat er nieuwe kleine (ook schaal inefficiënte) aanbieders op de markt komen. Eerdere studies geven aan dat academische ziekenhuizen erg inefficiënt zijn. Hoewel een deel hiervan is terug te voeren op het speciale karakter van deze ziekenhuizen blijft dit toch een aandachtspunt. Een drastische krimp van het aantal te behandelen patiënten en het ontnemen van de academische status van één of twee academische ziekenhuizen is zeker te overwegen.

Belangrijk voor de ontwikkeling van de productiviteitsgroei is ook of er een plafond blijft in de zorguitgaven. Het loslaten van het budgettair kader, zoals aan het einde van de negentiger jaren plaatsvond door verruiming van de budgetten en de 'boter bij de vis'-regeling, leidt onherroepelijk tot een lagere productiviteit.

Geld, zorg en reizen

Productiviteitsgroei is geen panacee voor de genoemde problematiek. Het zou mooi zijn als de groeiende zorgvraag via productiviteitsgroei is op te vangen, maar het gaat om een procentuele groei die zelfs voor de markt irreal is. Keuzes over wat wel en niet tot het publieke domein behoort, kunnen dan ook niet uit de weg worden gegaan. Door nu de discussie over de arbeidsproductiviteit te voeren, nemen we het zicht weg op het onvermijdelijke: er komt meer vraag naar zorg en dat kost geld.

Met het oog op de toekomst is wel het volgende te overwegen. Langs de Turkse riviera staan op dit moment prachtige villa's te koop met een prachtig uitzicht op de baaien langs de Middellandse zee. Deze kosten naar Hollandse maatstaven een habbekrats. Deze urbanisaties zouden, zoals nu soms ook al het geval is in Spanje, kunnen worden voorzien van zorgvoorzieningen. Voordelige Turkse verpleegkundigen en dokters nemen de zorg voor hun rekening. De kosten van de zorg blijven hiermee beperkt, evenals de impact van de groeiende zorgvraag op de Nederlands arbeidsmarkt. De reisbranche zou er wel bij varen en een deel van de door sommigen gevreesde immigratie van Turkse werknemers bij de Turkse toetreding tot de eu blijft achterwege. Dit is een aanzienlijk creatievere oplossing dan via beleid, dat sowieso al uitgevoerd moet worden.

Jos Blank

Literatuur

Blank, J.L.T., B. van Hulst & A. Van Selm (2004) Pensioen én Participatie. esb, 30 april, 198-200.

Blank, J.L.T., W. Koolmees, J. L. Waaijers, & I. Vogelaar (2002) Tussen bureau en bed: een empirisch onderzoek naar de relatie tussen overhead en productie van Nederlandse ziekenhuizen. Rotterdam: ecorys (ecorys Research 1).

Gupta, A.M. (2004) The calm for the storm: Dutch hospital industry 2004. Ronald Berger Strategic Consultancy.

Meloën, J.D., P.P. Groenewegen, & L. Hingstman (2001) De toekomst van het algemene ziekenhuis: een achtergrondstudie naar de criteria voor spreiding van het ziekenhuisaanbod. Utrecht: nivel, 2001.

tpg (2004) Het kan echt: betere zorg voor minder geld. Den Haag: tpg.

Dossier: Arbeidsproductiviteit in de zorg

O. van Hilten, F. Kleima, H. Langenberg en P. Warns: [Productie, arbeid en productiviteit in de zorgsector](#)

L. Vandermeulen: [Zorg rond arbeidsproductiviteit](#)

P.P.T. Jeurissen: [Zorgmarkt en arbeidsproductiviteit](#)

R.F. Mouton: [Schaarste in de AWBZ: van capaciteitsprobleem naar markttuitdaging](#)

E.J. Pommer, A.G.J. van der Torre en B. Kuhry: [Zorg in internationaal perspectief](#)

J.N.M. Schumacher en H.L.G.R. Nies: [Samenhang in innovatie: kwetsbare ouderen en chronische problemen](#)

E.A.A. Broers: [Vakmanschap en ondernemerschap](#)

J.A.M. Maarse en W.J.N. Groot: [Productinnovatie en arbeidsproductiviteit in de zorg](#)

M. Schoone en J.A.M. van Boxsel: [Kansen voor technologische innovatie](#)

J. Blank: [Arbeidsproductiviteit in de zorg: who cares?](#)

E. Bartelsman: [Lokale verschillen, de patient en de verspreiding van ideeën](#)

J.J.M. Theeuwes: [Een wasstraat voor Alzheimer](#)
