



Is Baumol de baas in de zorg?

Auteur(s):

Hans Hoogervorst

*De auteur is minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. ca.d.vries@minvws.nl***Verschenen in:**

ESB, 90e jaargang, nr. 4452, pagina D1, 10 februari 2005

Rubriek:

Dossier: ten geleide

Trefwoord(en):

Soms kan een simpele rekensom verhelderend werken. In 2003 werkten ruim één miljoen mensen in de zorg en welzijnssector. Dat is 13 procent van de werkzame beroepsbevolking in Nederland. Uitgaande van cijfers van het cpb over de groei van het zorgvolume en van cijfers van het cbs over de ontwikkeling van de potentiële beroepsbevolking, zal dit percentage bij ongewijzigd beleid in 2025 toenemen tot 22 procent. Dit zou betekenen dat dan in Nederland bijna één op de vier mensen in de zorg- en welzijnssector werkt. Natuurlijk is op deze simpele analyse het een en ander af te dingen, maar het geeft wel aan in welke richting het gaat. Hoe we het ook wenden of keren, zorg en welzijn leggen in de toekomst een aanzienlijk groter beslag op de arbeidsmarkt dan op dit moment het geval is. De vraag is natuurlijk of we dat moeten willen. En los daarvan, kan dat wel? Uit onderzoek blijkt dat gemiddeld bij 15 procent van de scholieren een zorggerelateerde opleiding de eerste voorkeur geniet. Nu is dat geen absolute grens, maar een verhoging van dat percentage vereist niet alleen inspanningen, maar veroorzaakt ook schaarste op de arbeidsmarkt voor andere sectoren dan zorg en welzijn. En schaarste vertaalt zich meer dan evenredig naar de prijs.

Het is de taak van de overheid om de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg te garanderen. Wanneer de zorg- en welzijnssector inderdaad een groter beslag gaat leggen op de beroepsbevolking, lopen we met die betaalbaarheid dus al risico's. Maar dat niet alleen. Als er niet genoeg mensen zijn om zorg te verlenen, kan dat leiden tot een situatie waarin de werkdruk omhoog gaat en/of minder zorg kan worden verleend. De kwaliteit van de zorgverlening komt dan in het geding. Mede als gevolg van een schaarse zorgverlening zullen in een dergelijk scenario hogere inkomensgroepen, meer dan nu al het geval is, de zorg zelf gaan regelen. Hierdoor kan personeel worden weggetrokken uit de toch al krappe collectieve sector. Daarmee wordt de toegankelijkheid van de zorg voor grote groepen een probleem.

Is zo'n zorgelijk toekomstscenario onafwendbaar? Ik denk van niet en dat komt door de volgende ontwikkelingen. Ten eerste zijn de stelselwijziging van de ziektekostenverzekering, de functiegerichte bekostiging in de awbz en de wmo er op gericht om de gezondheidszorg doelmatiger te maken. In de tweede plaats kan veel worden gewonnen door meer aandacht te besteden aan preventie, waardoor zorgvraag kan worden voorkómen. Daarnaast kan de zorgvraag afnemen door de zelfredzaamheid van patiënten te vergroten.

Veel van deze trajecten zijn ingezet vanuit een beheersmatige invalshoek, maar de simpele rekensom leert dat vanuit de beschikbare menskracht geredeneerd, meer innovatieve kracht nodig is. Door 'slimmer werken' kan het zorgaanbod efficiënter georganiseerd worden en kan de zorg en welzijnssector productiviteitswinst behalen. Op het gebied van procesinnovatie en betere logistiek is veel verbeterd, maar ik verwacht dat daar nog meer efficiëntiewinst is te behalen.

Natuurlijk speelt de Wet van Baumol een rol (de collectieve sector kent een kleinere efficiencyontwikkeling dan de marktsector en wordt daardoor relatief duurder), maar we moeten ons er ook niet achter verschuilen. Vooral wat de care (met name ouderenzorg en gehandicaptenzorg) betreft, leeft er bij velen het idee dat er weinig of niets kan, terwijl ik grote verschillen zie in efficiëntie tussen instellingen. Daarom moeten instellingen gestimuleerd worden om hun innovatieve kracht te verhogen. De zorg houdt zich nog vaak bezig met 'zorgen', terwijl de patiënt vaak meer zelf kan en wil kunnen regelen. Ik denk hierbij aan diabeteszorg in de cure en aan nieuwe mogelijkheden om langer thuis te blijven wonen in de care.

Naast 'slimmer werken' moet er ook een appél op de wetenschap worden gedaan, waarmee zij wordt uitgedaagd tot 'slimmer denken'. De discussie over de Wet van Baumol en haar implicaties voor (on)mogelijkheden ter verhoging van de arbeidsproductiviteit in de gezondheidszorg moet worden opengegooid, om te ontkomen aan de impasse van de berusting dat de gezondheidszorg nu eenmaal arbeidsintensief is. Economen kunnen hierbij aan elkaar en aan beleidsmakers en bestuurders handvatten bieden. Ik ben daarom blij dat esb met dit dossier een bijdrage wil leveren aan de agendering van dit onderwerp en zo helpt de discussie over verhoging van de arbeidsproductiviteit in de zorg te starten. Verhoging van de arbeidsproductiviteit is geen doel op zich, maar is nodig om de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te waarborgen.

Dossier: Arbeidsproductiviteit in de zorgO. 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](#)