



Markt en arbeidsproductiviteit in de zorg - beleid en praktijk

Auteur(s):

W. van Harten en P. Borst

Van Harten is lid van de Raad van Bestuur van het nki-avl en hoogleraar Kwaliteitsmanagement aan de Universiteit Twente. Borst is wetenschappelijk stafid in het nki-avl en hoogleraar Klinische Biochemie aan de Universiteit van Amsterdam. w.v.harten@nki.nl

Verschenen in:

ESB, 90e jaargang, nr. 4452, pagina D12, 10 februari 2005

Rubriek:

Prikkels en markten

Trefwoord(en):

Door het toetsen van processtappen en het wegnemen van onnodige bureaucratie in de ondersteunende sfeer en bij de directe patiëntenzorg kan de zorg efficiënter worden. De financiering van zorgorganisaties moet daartoe meer prestatiegericht worden.

Goede zorg is duur, want arbeidsintensief. Als de arbeidstijd korter wordt en de zorg ingewikkelder, nemen de kosten disproportioneel toe. Met toenemende welvaart zijn de meeste Nederlanders bereid meer voor zorg te betalen, denken wij. Mensen jammeren ook niet over hun toenemende uitgaven voor vakantie. Politici zouden dat moeten accepteren in plaats van geobsedeerd te blijven door de irreële wens om de kosten van de zorg onder de 10 procent van het bnp te houden. Hoe ver die kosten gaan stijgen, is koffiedik kijken: het cpb denkt tot 15 procent in 2040, Rick van der Ploeg ziet in 2050 eenderde van het bnp naar zorg gaan (fd, 9 oktober 2004). Of het 15 of 33 procent wordt, weet niemand. Dat het gestaag meer zal worden, is echter onontkoombaar. Het wordt tijd dat we afraken van het idiote idee dat het zorgcorset steeds verder kan worden aangesnoerd zonder ademnood te veroorzaken.

Zelfs als de kosten van de gezondheidszorg tussen nu en 2040 stijgen naar het niveau van de vs (16 procent van het bnp) hebben we nog steeds een veel groter verzekerd pakket voor een aanzienlijk (30 procent) lagere prijs per persoon dan de Amerikanen.¹ Het is echter maar de vraag of het gewenst is dat verschil te laten bestaan. Het land met de hoogste bestedingen aan curatieve zorg is immers wereldwijd economisch het sterkst.

Regulering

Aan *care* (verpleeghuis, thuis- en gehandicaptenzorg) besteedt Nederland meer dan andere westerse landen. Dit kan als teken van beschaving worden opgevat, maar het zou ook wel eens te maken kunnen hebben met de wijze waarop wij de care organiseren en hoe dat in de cijfers zichtbaar wordt. Met name in de activiteiten op het grensvlak van verpleegkundige handelingen, persoonlijke zorg en huishoudelijke activiteiten hebben wij onszelf te veel gereguleerd. Arbeidstijdenwet, CAO'S en RIO'S brengen allemaal overhead met zich mee. Recent onderzoek naar de besteding van persoonsgebonden budgetten door ouders van verstandelijk gehandicapten wijst op een verschuiving naar goedkope aanbieders ten nadele van conventionele grote (en dure!) instellingen (Veldhuis, 2003). Grotere invloed van de gebruiker en minder afgaan op regels, CAO'S, etcetera zal in de AWBZ zeker tot productiviteitswinst leiden. Minder geld per (geïndiceerde) cliënt, in combinatie met veel vrijere besteding kan dus helpen.

In tegenstelling tot de productiviteitswinst door een persoonsgebonden budget en door deregulering leiden ict en taakherschikking niet zomaar tot een hogere productiviteit. Uit onze ervaringen in de praktijk (inclusief financiële verantwoordelijkheid) concluderen wij dat zowel ICT als taakherschikking, voor heel veel geld, tot een beetje productiviteitsstijging leiden. Er zijn nauwelijks kosten-effectiviteitsstudies te vinden die de waarde ervan via gecontroleerd of vergelijkend onderzoek hebben vastgesteld. Wij willen niet zonder EPD of digitale röntgenbeelden, maar ontzettend veel productiever wordt het er niet van.

Vergelijking

Er zijn maar weinig betrouwbare vergelijkingen van de productiviteit op sector- en instellingsniveau, maar ook daarbij komt Nederland niet slecht voor de dag. Onderzoek heeft aangetoond dat Noorse staatsziekenhuizen efficiënter werken dan Amerikaanse for-profit-klinieken (Rivers Mobley & Magnussen, 1998). De Amerikanen gebruiken hun kapitaal nogal inefficiënt, een fenomeen dat wij in een directe vergelijking tussen het NKI-AVL en toonaangevende kankercentra aldaar ook al aantreffen. Met minder geld presteren wij zeker zo goed, zo niet (naar verhouding) beter.

Een recente benchmarkvergelijking van de afdeling Radiotherapie van het NKI-AVL en de radiotherapieafdelingen van de universiteiten van Aarhus en Kopenhagen gaf als resultaat, dat onze Radiotherapie per bestralingsapparaat 70 procent meer produceert per dag. De Denen denken dat dit verschil representatief is voor alle radiotherapieafdelingen van hun land. Verklaringen daarvoor liggen in een mix van slimme planning, betere voorbereiding en teamwerk, bouwkundige factoren en het opleidingssysteem. Een eerste benchmarkpoging tussen de kankercentra Karolinska Instituut in Stockholm, het Institut Gustaphe Roussy in Parijs en het NKI-AVL gaf ook een relatief lage personele inzet bij de Amsterdammers te zien. In Parijs wordt met veel meer (30 procent) assistierend en ondersteunend personeel gewerkt. Waarom is ons niet duidelijk.

Het is dus helemaal niet zo slecht gesteld met onze arbeidsproductiviteit. Deregulering en slimme taakdifferentiatie kunnen met name in

de laagcomplexere care-activiteiten de productiviteit nog verhogen. De meeste - vooral belanghebbende - auteurs gaan ervan uit dat ook ICT een productiviteitsverhogend effect kan hebben. Wij betwijfelen dat. Futurologen hebben de care-robot al in het vizier. Wij verkiezen over tien à dertig jaar echter een Filippijnse of Oekraïense thuiszorgmedewerker boven zo'n robot en denken dat dit voor velen geldt.

Kan het nog slimmer en beter?

Op de echte medisch-technische en verpleegkundige handelingen, inclusief de direct patiëntgebonden *tender loving care*, kan niet gekort worden en daar is ook geen vervanging mogelijk. Hooguit kan men de vraag stellen of wel altijd de goede handelingen worden verricht, want uit studies over toepassing van *evidence based* handelwijzen komt nogal wat informatie over verschillen in behandeling (zowel te veel als te weinig). Veel patiënten wordt echter dus ook adequate zorg onthouden, zodat betere indicatiestelling per saldo geen effect zal hebben op de personele inzet. Taakdifferentiatie zal pas effect hebben wanneer echt naar bewezen substitutie wordt gekeken en aanmerkelijk lager geschoolde (en lager betaalde) krachten handelingen gaan overnemen. De flexibiliteit die daarvoor nodig is, lijkt zowel voor medische beroepsorganisaties, als vooral ook voor de conservatieve vakorganisaties veel gevraagd. Bovendien maakt het voor het relatieve beslag op de beroepsbevolking niets uit.

Meer winst is te behalen in verbetering van de organisatie. Allereerst door het verwijderen van onnodige bureaucratie, te beginnen in de ondersteunende sfeer. Denk aan de vele mensmaanden die in de complexstralingsvergunning van een ziekenhuis gestoken moeten worden, de administratieve belasting ten behoeve van alle jaarlijkse verslaglegging, of de toenemende golf van door politici en journalisten zo gewaardeerde indicatoren. Maar ook de directe patiëntenzorg kan efficiënter, door minder onnodige bureaucratie. Een belangrijk en toenemend deel van de tijd van het behandelend personeel is de laatste decennia in administratie en overleg gaan zitten. In de vs is dat twee keer zo erg als hier.

Ook effectiever management kan helpen de productiviteit te verbeteren, zonder overbelasting van personeel. Onze afdeling Radiotherapie werkt veel efficiënter dan Europese zusterinstituten, maar toch denken we de productiviteit nog met tien à twintig procent te kunnen verbeteren door het invoeren van technieken uit de bedrijfskunde (*operations management*). Door elke processtap te toetsen op de verspilling van onnodige menskracht en middelen, dan wel de bijdrage aan het voor de patiënt beoogde resultaat, lijkt nog steeds winst te behalen. Er is geen reden om aan te nemen dat dit voor de verpleegafdeling niet geldt.

De organisatie moet daarvoor echter wel stevig worden beloofd (of zo nodig gestraft). Wij pleiten dan ook voor een veel grotere prestatiegerichtheid in de financiering van zorgorganisaties. In onderzoeksorganisaties blijkt dat heel goed te werken en wij zouden niet weten waarom dat in de zorg niet ook het geval zal zijn. Een slecht presterend ziekenhuis krimpt of verdwijnt uiteindelijk en een goed werkend ziekenhuis expandeert. Voor de minister ga je niet zo makkelijk op productiviteit inzetten. Voor je eigen organisatie en doelstellingen ligt dat anders.

Wim van Harten en Piet Borst

Literatuur

fd (2004) Zorg slokt straks derde van nationaal inkomen op! R. van der Ploeg, 9 oktober.

Rivers Mobley, L.R. & J. Magnussen (1998) An international comparison of hospital efficiency: does institutional environment matter? Applied Economics, 30: 1089-1100.

Veldhuis, M. (2003) Inspelen of doorspelen? Een onderzoek naar de vernieuwing van het persoonsgebonden budget voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Afstudeerscriptie, Universiteit Twente.

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](#)

1 Aannemende dat de stijging in de vs onveranderd doorgaat.

Copyright © 2005 Economisch Statistische Berichten (www.economie.nl)