



## Medicijnen voor ziekte van Baumol

**Auteur(s):**

R. Goudriaan en M. van den Hauten

*De auteurs zijn respectievelijk partner en senior-adviseur bij Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics (ape). [R.Goudriaan@ape.nl](mailto:R.Goudriaan@ape.nl)*

**Verschenen in:**

ESB, 90e jaargang, nr. 4452, pagina D20, 10 februari 2005

**Rubriek:**

Prikkels en markten

**Trefwoord(en):**

Kuhry c.s. doen op macroniveau een verdienstelijke poging om de prestaties van de verschillende zorgstelsels in kaart te brengen. Door het hoge aggregatieniveau van hun analyse levert hun onderzoek weinig beleidsmatige aangrijpingspunten op voor maatregelen om de arbeidsproductiviteit in de zorgsector te verhogen. Recent hebben wij in een onderzoek op mesoniveau gekeken naar specifieke beleidsmaatregelen, met de nadruk op de ouderenzorg.

Hiertoe hebben wij in opdracht van het ministerie van vws de reacties van overheden in zeven andere Europese landen op de vergrijzing en de dreiging van toekomstige personeelstekorten in de zorgsector vergeleken (Goudriaan et al., 2005). Naast het klassieke arbeidsmarktbeleid, waarbij overheden proberen meer mensen aan de slag te krijgen en te houden in de zorgsector, hebben wij onderzocht welke maatregelen worden genomen om de (arbeids)productiviteit te verhogen. Dat levert een aardig palet van beleidsmaatregelen op.

In de Scandinavische landen en Wales is de vergrijzing veel verder dan in Nederland. Dat geldt in het bijzonder voor Zweden, waar in 2002 al 5,2 procent van de bevolking 80 jaar of ouder was (tegen 3,3 procent in Nederland). Dat niveau haalt Nederland zelfs in 2025 niet. Daarnaast kampen de Scandinavische landen en Wales met de vergrijzing van het zorgpersoneel. Dit zet de arbeidsmarkt verder onder druk en dwingt deze landen efficiënt met hun personeel om te gaan.

### Stelselwijzigingen

In de meeste Europese landen geldt arbeidsproductiviteitsverhoging als één van de oplossingen voor de personeelstekorten in de zorgsector. In alle onderzochte landen probeert de overheid de kosten van de zorg te beheersen door extramuralisering. Ontschotting van de sectoren blijkt hiervoor een noodzakelijke .

Verhoging van de (arbeids)productiviteit kan ook tot stand komen via prikkels in de bekostiging. Zo heeft in Zweden de invoering van een nieuw prestatiegericht bekostigingsstelsel in ziekenhuizen tot duidelijke productiviteitsstijgingen geleid.

Marktwerking en decentralisatie zijn twee beleidsrichtingen die mede tot doel hebben de doelmatigheid in de zorg te vergroten. In zowel Zweden als Groot-Brittannië wordt een deel van de ouderenzorg uitgevoerd door commerciële bedrijven. Deze zorgaanbieders zijn innovatief bij het terugdringen van (arbeids)kosten en het vergroten van de productiviteit. Een Zweedse aanbieder van verpleeghuiszorg experimenteert al enige tijd met kleine, zelfsturende teams van verpleegkundigen. De arbeidsproductiviteit is aanzienlijk toegenomen, omdat minder tijd verloren gaat aan onderlinge afstemming.

In Zweden is de verantwoordelijkheid voor ouderenzorg gedecentraliseerd naar de gemeenten. De Zweedse decentrale overheden vinden dat zij beter in staat zijn om te anticiperen op veranderingen in de zorgvraag dan de centrale overheid. In de meeste andere Europese landen spelen gemeenten en provincies eveneens de belangrijkste rol bij de organisatie en financiering van de ouderenzorg. Juist deze decentrale overheden en het instellingsmanagement nemen maatregelen die de arbeidsproductiviteit kunnen verhogen.

### Werkproces en organisatie

In de onderzochte landen is het vergroten van zelfredzaamheid een belangrijke pijler van het ouderenbeleid. Daardoor kunnen ouderen langer thuiswonen, al dan niet ondersteund via thuiszorg en technische aanpassingen in de woning. In Zweden bestaan inmiddels alleen nog maar verpleeghuizen voor zwaar hulpbehoevende (demente) ouderen. De rest van de zorg vindt extramuraal plaats. Een ander aspect is zelfzorg. In Wales verrichten diabetespatiënten zelf handelingen die voorheen door artsen of verpleegkundigen werden gedaan.

In de zorg worden veel werkzaamheden verricht door relatief dure krachten. Een deel van deze werkzaamheden kan ook worden uitgevoerd door goedkoper, lager opgeleid personeel, eventueel na beperkte bijscholing. Dit leidt tot een efficiëntere inzet van middelen en een beperking van het beslag op de schaarse artsencapaciteit. In Wales bestaan pilotprojecten waarin werknemers zowel taken die traditioneel vallen onder zorg als taken die traditioneel vallen onder welzijn combineren. Daarmee wordt het totale aantal patiëntbezoeken teruggedrongen. Dit komt de arbeidsproductiviteit ten goede.

Technologie speelt een grote rol bij het vergroten van de productiviteit in de zorg. Thuiszorgorganisaties maken bijvoorbeeld steeds

vaker gebruik van bewegingssensoren in combinatie met alarm- en intercomverbindingen. Zweden experimenteert met hartslagmeters als signaleringstechniek. Hierdoor zijn minder huisbezoeken nodig. In Wales is het aantal huisbezoeken door de inzet van dergelijke technologieën met een derde afgenomen. In Zweden geven thuiszorgorganisaties ouderen trainingen om met mobiele telefoons en intercoms om te gaan, eveneens om het aantal huisbezoeken te kunnen terugbrengen. Ziekenhuizen in Wales hebben recent electronic nurse handovers ingevoerd. Informatieoverdracht tussen verpleegkundigen vindt plaats via opnameapparatuur. Daardoor neemt het aantal vergaderuren sterk af ten gunste van de directe patiëntenzorg.

Arbeidsbesparende technologie leidt niet altijd tot kostenbesparingen. Toch kan deze oplossing helpen om het beslag op het schaarse zorgpersoneel te verminderen. In Zweden heeft men er bijvoorbeeld voor gekozen om ook mensen op hoge leeftijd nog te voorzien van kunstheupen als dat nodig is. Het idee is dat deze mensen dan nog zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en minder arbeidsintensieve zorg nodig hebben. In Nederland is het de praktijk om deze operatie bij mensen op hoge leeftijd achterwege te laten op grond van kosteneffectiviteitsoverwegingen.

## **Conclusie**

Arbeidsproductiviteitsverhogingen in de zorgsector zijn mogelijk. Buitenlandse ervaringen strekken tot voorbeeld. Voor de ziekte van Baumol komen steeds meer nieuwe medicijnen beschikbaar.

**René Goudriaan en Michiel van den Hauten**

### *Literatuur*

Goudriaan R., M. van den Hauten, H. Bartelings & R.W.D.J. Snijders (2005) Arbeidsmarkt, arbeidsproductiviteit en vergrijzing: Internationale ervaringen met oplossingen voor personeelstekorten in de zorgsector. Den Haag: ape ([www.ape.nl](http://www.ape.nl)).

---

## **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 marktuitedaging](#)

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](#)