Position paper vaste commissie Tweede Kamer arbeidsmarkt zorg

**Marcel Canoy**

Dank voor deze gelegenheid enkele wetenswaardigheden aan het paper toe te vertrouwen over de arbeidsmarkt in de zorg.

Als eerste bespreek ik kort veel gehoorde maar slechte oplossingen of maatregelen die het probleem verergeren.

**Hoger loon**

Los nog van het feit dat dit een peperdure oplossing is, is het ook veel te algemeen en daarmee ongestuurd. Allerlei mensen die helemaal geen hoger loon nodig hebben of verdienen (Nederland betaalt zorgmedewerkers tamelijk goed gemiddeld) krijgen dat dan ook (en ook nog structureel), terwijl het volkomen onduidelijk is welk probleem het precies oplost. Als je al iets met lonen wil doen, doe het dan gericht aan de onderkant of op die plekken waar er aanwijzingen zijn dat de schaarste op die manier effectief wordt opgelost.

**AI en technologie**

AI is niet de Haarlemmer wonderolie waarmee administratieve lasten en arbeidsmarktproblemen worden opgelost. Er is geen enkel rapport dat daarop wijst en leidt af van de werkelijke oplossingen. Hetzelfde geldt voor technologie: niets mis mee en er zijn beslist voorbeelden die tot de verbeelding spreken, maar verwacht er niet de wereld van als het gaat om arbeidsbesparing.

**Halveren eigen risico**

Het plan van het kabinet om het eigen risico te halveren zal vooral tot meer schaarste op de arbeidsmarkt leiden en pakt vooral voor hoger opgeleiden goed uit, precies het omgekeerde van wat het kabinet ermee beoogt. Het is daarom niet verrassend dat er geen enkele gezondheidseconoom is die dit een goed idee vindt.

Wat kan er wel? Ik zie vier mogelijkheden.

1. Samenwerken

Vaak wordt geopperd dat samenwerken wel een goed idee is maar niet mag van de ACM. Nou werk ik toevallig bij de ACM en kan bevestigen dat dit vrijwel nooit waar is. Als samenwerken in het belang van de patiënt of premiebetaler is mag het heel vaak wel, ook op het terrein van de arbeidsmarkt. Wat alleen niet mag zijn vormen van samenwerken die helemaal niet nodig of nuttig zijn om het doel te bereiken zoals afspraken maken over tarieven van zzp’ers.

1. Substitutie informeel-formeel

Er is bijna geen onderwerp waarover zoveel geschreven en gepraat wordt maar zo weinig concreets gedaan wordt als de substitutie tussen formele en informele zorg. Zowel het rijk als de zorgverzekeraars als de gemeenten trekken zich terug als het op betalen aankomt, terwijl de maatschappelijk business case van zorgzame buurten vaak heel positief is. Een geïnvesteerde euro verdient zich al snel dubbel terug. De omtrekkende bewegingen van de betalers leiden tot veel vertraging, ergernis of – erger - tot het uitvallen van vrijwilligers of stopzetten van initiatieven. Door burgers vol aan het roer te zetten kan het zorgpersoneel zich richten op dingen die professionele inzet vereisen. In de plannen van de AZWA is er een kans om nu eindelijk eens te regelen dat middelen ook bij de buurt terecht komen en niet alleen bij de (zorg)professionals zoals bij het IZA.

1. Werk aantrekkelijk maken

Veel professionals in de zorg klagen dat ze onvoldoende invloed hebben op de manier waarop ze hun werk verrichten. Als werkgevers in de zorg maximaal gebruik maken van de mogelijkheden die er zijn om daar verbeteringen in te brengen, wordt het beroep aantrekkelijker.

1. Parttime

Het gemiddelde dienstverband in deze sector bedraagt 67% van een fulltime dienstverband. Meer dan twee-derde van de wijkverpleegkundigen werkt in deeltijd. Het zou goed zijn als een deel van de deeltijders hun uren uitbreiden. Tel uit je winst: niemand aantrekken, opleiden of inwerken. De mensen zijn er al.

Er is één probleem. Het werk in de zorg is enorm opgeknipt, vooral in de wijkverpleging. Zij die voltijds willen werken, moeten dan dubbele diensten draaien en dat is ondoenlijk. Met een herwaardering van generalisten kan er 's ochtends verzorging en 's middags begeleiding zijn, maar die oplossing strandt in financieringsperikelen, karige budgetten voor begeleiding en gebrek aan creativiteit om oplossingen te bedenken.