

Hoogleraar Guus Schrijvers is soms voor marktwerking, soms tegen

‘Maatschappen remmen de innovatie’

Henk Maassen

beeld: Nout Steenkamp

Gedragseconoom Guus Schrijvers nam vorige week afscheid als hoogleraar. ‘Ik ben wel eens jaloers: de medische wetenschap heeft vooruitgang geboekt, economen kunnen nog steeds geen crisis voorkomen.’

‘Huisarts en medisch specialist moeten één team gaan vormen’

Is er een onderwerp in de gezondheidszorg waarover Guus Schrijvers (63) niet heeft nagedacht? Na een kleine twee uur interview is de indruk van niet. De hoogleraar public health – met bijzondere aandacht voor structuur en functioneren van de gezondheidszorg – ging vorige week met emeritaat. De laatste jaren ervoer hij zijn vak steeds meer als topsport. Hij was actief, zeer actief. Als wetenschapper, adviseur, organisator van congressen en nascholingen. Het gist en het broeit vaak in hem. ‘Ik heb heel veel emoties, ik kan me flink opwinden.’ Hij hengelde al tien jaar naar een sabbatical. Nu heeft hij die time-out met zijn

vervroegde afscheid zelf maar georganiseerd. Schrijvers kan tevreden omzien. De gedrags-econoom introduceerde in Nederland ketenzorg, oftewel *integrated care*: ‘Een

derde weg naast overheidssturing en marktwerking’. Hij was de eerste hoofdredacteur van het International Journal of Integrated Care (IJIC) en was een van de oprichters van de Centra voor Jeugd en Gezin. Nog altijd vindt hij dat te veel mensen in de ggz belanden omdat er in hun jeugd iets misgaat en er niet tijdig wordt ingegrepen.

Maar Schrijvers kijkt vooral vooruit. Hij heeft een punt op de horizon waar de zorg heen moet. Nu zijn de meeste ziekenhuizen ingedeeld naar medisch specialisme, bijvoorbeeld in clusters voor snijdende en niet-snijdende specialismen. Hij bepleit ‘clustering naar

families van zorgpaden’. Er ontstaan dan acute-opnameafdelingen, afdelingen voor planbare zorg, voor oncologische zorg en voor advisering aan de eerste lijn. Schrijvers denkt dat niet alleen de patiënt daar beter van wordt, maar dat het ook goedkoper is. Huisarts en medisch specialist moeten op den duur één team gaan vormen: ‘Misschien wel een medische staf in de regio.’ Maar zover is het nog niet, dat gaat met kleine stappen, weet Schrijvers. Hij is een pragmaticus.

Experimenteren

De komende jaren gaat hij een boek schrijven over ‘meer gezondheid en zorg met evenveel professionals’. Zijn drukbezochte afscheidscollege van vorige week was alvast een voorziet. Leidraad is de Triple Aim-filosofie, overgewaaid uit de VS en nu ook opgepakt in Duitsland en Engeland. ‘Gezondheidsbeleid moet in het teken staan van het gelijktijdig bereiken van drie doelen: betere gezondheid, betere zorg en lagere kosten.’

Het lijkt een voor de hand liggend richtsnoer. Maar er is veel kennis en inzet nodig om het van de grond te krijgen. Tien jaar geleden zei Schrijvers in een interview dat het langzamerhand wel duidelijk was hoe het veiliger en beter kan in de zorg, en stelde de vraag: ‘Waarom gebeurt er dan zo weinig met die kennis?’ (MC 49/2002: 1806). Hij stelt zich die vraag nog wel eens, maar weet ook dat er veel is verbeterd. ‘Er is veel meer dagbehandeling, de ligduur is verkort. En, het belangrijkste, we zijn aan financiële experimenten begonnen.’



Guus Schrijvers: 'Geef chronisch zieken een korting op eigen bijdragen als zij een cursus volgen over hun aandoening.'

Schrijvers geeft het voorbeeld van zorgverzekeraar VGZ die met ziekenhuizen in Alkmaar en Maastricht populatiegebonden bekostiging uitprobeert. Al in 1980 promoveerde Schrijvers op het onderwerp. Van populatiegebonden bekostiging moeten we geen wonderen verwachten, maar experimenteren juicht hij toe. 'In het algemeen is het goed eerst eens een experiment te doen, en pas bij goed resultaat verder te gaan. Het is bij ons vaak een kwestie van hollen of stilstaan; we laten de zaken zoals ze zijn, of gooien ze helemaal op de schop. We kennen geen traditie van bijvoorbeeld voorwaardelijke toelating van zorginnovaties of van experimentele dbc's. Uiteindelijk hindert dat noodzakelijke innovaties.'

De manier waarop medisch specialisten worden gefinancierd, blijkt ook een hinderpaal voor vernieuwing.

'Ja. Ik heb voor NVZ vereniging van ziekenhuizen uitgebreid onderzoek gedaan en constateer:

de maatschapsstructuur houdt innovaties tegen waarbij meer dan één specialisme betrokken is. We moeten naar stafmaatschappen. Je kunt dan namelijk als internist zeggen "dat moet de geriater maar doen". Kijk, zolang je strikt binnen het eigen vakgebied blijft is er geen probleem: om nieuwe geneesmiddelen te introduceren, of een snellere röntgencamera toe te passen, heb je geen nieuwe structuur nodig. Maar zodra je het hebt over bijvoorbeeld taakherschikking, loop je al stuk.'

Dienstverband

Dertig jaar geleden was Schrijvers nog voorstander van een dienstverband voor alle specialisten. Nu vindt hij dat geen haalbare kaart. 'Medisch specialisten zijn thans de eigenaar van de maatschappen. Bij overgang naar een dienstverband moeten die worden verkocht aan het ziekenhuis. Dat gaat de staat naar schatting circa een miljard euro kosten. Weliswaar wordt die dan afgelost in bijvoorbeeld twintig jaar.

Maar de overheid zit nu niet te wachten op maatregelen die de staatsschuld verhogen. Ten tweede werkt circa 40 procent van de specialisten in een bv. Bij overgang naar een dienstverband moeten zij die opheffen. Dan wil de fiscus afrekenen. Specialisten moeten dan in één keer veel belasting betalen. Zij zullen grote maatschappelijke weerstand mobiliseren. Ik zie de krantenkop in De Telegraaf al voor me: overheid ruïneert onze specialisten. Ten derde zouden vele raden van bestuur en clustermanagers weleens niet de competenties kunnen hebben om specialisten in loondienst aan te sturen. Stafmaatschappen werken net zo goed: individuele specialisten werken ook in die structuur niet meer voor hun eigen portemonnee maar voor de grote gezamenlijke pot.' De tijd is er rijp voor, vindt Schrijvers. Hij constateert 'een algemeen gevoel dat we van de betaling per verrichting af moeten'. Hij wil dat ziekenhuizen prestatiecontracten afsluiten met verzekeraars. Dat betekent: ziekenhuizen krijgen een lumpsum en moeten daarvoor zorg

leveren voor een afgebakende populatie zonder dat er vooraf afspraken zijn over het aantal dbc's. Absolute voorwaarde: de wachtlijsten mogen niet langer worden.

Schrijvers vergelijkt het graag met het openbaar vervoer. Bedrijven ontvangen overheidssubsidie en eigen inkomsten van de passagiers. De subsidie is een lumpsum: het ov-bedrijf wordt niet afgerekend per passagier of per rit. Voldoet het ov-bedrijf niet aan de kwaliteitseisen, dan krijgt het een boete opgelegd, verliest haar reputatie en op termijn haar licentie.

Wat houdt zo'n prestatiecontract in de zorg concreet in? Gaan we gezondheidswinst meten in de populatie?

'Nee. Laten we het vooral down-to-earth houden. Zo'n contract moet niet te gedetailleerd zijn. Eens in de twee jaar meet het ziekenhuis de ervaringen van patiënten. We beschikken intussen over veel indicatoren. Die worden nu vooral gebruikt om het verleden in beeld te brengen. In zo'n contract is vastgelegd hoe ze er binnen een paar jaar voor moeten staan. Kijk naar de spoedeisende hulp. In het contract zouden drie punten moeten staan. Ten eerste: de triage-wachttijd moet maximaal vijf minuten zijn. En niet een uur, zoals nu wel voorkomt. Want waar heb je dan triage voor? Twee: de behandeling moet binnen veertig minuten

starten. En ten slotte: patiënten moeten goede informatie krijgen.'

Dat is de acute zorg, maar ook de zorg voor chronisch zieken kan anders en minder duur.

'Ja, langs twee wegen. Ten eerste: de specialist heeft voor deze patiënten vaak een rol als consulent. Die rol zijn zij in Nederland wat kwijtgeraakt. Dat komt omdat hier meteen een dbc wordt geopend. Terwijl bijvoorbeeld reumatologen vaak alleen even worden gebeld of gemaïld voor een advies. Daar mag best een consulttarief voor komen, maar een hele dbc openen is onzin. Die moeten specialisten alleen openen in de kliniek, niet op de poli. Dat gebeurt overal in het buitenland. Tweede punt: je zou chronisch zieken korting kunnen geven op eigen bijdragen in de eerste lijn of op ziektekostenpremies, als zij een cursus volgen over hun aandoening of over het omgaan met hun aandoening. De cursus zelf is gratis. Wie de cursus niet volgt, krijgt de korting niet. Dat heeft in Duitsland al geleid tot grote besparingen en tot een grotere overleving van chronisch zieken.'

Veel chronische aandoeningen vinden hun oorzaak in onze ongezonde leefstijl, zegt u. Die moet daarom veranderen. Is dat geen ijdele hoop?

'Nee. Denk aan de brede maatschappelijke beweging van onderwijzers, dominees, huisartsen en politici die in 1890 opkwam met de bedoeling het alcoholgebruik terug te dringen. Dat daalde per hoofd van de bevolking gestaag tot circa 1960. Nu is de alcoholconsumptie helaas weer op het niveau van 1890. Nog een voorbeeld: het consultatiebureaubezoek werd in twintig jaar tijd gemeengoed. Geleidelijk volgden jonge moeders niet meer de bakerpraatjes maar de professionele opvattingen van vroedvrouwen en kraamverzorgers. In beide voorbeelden ging men tegen de tijdgeest in. Het is beslist niet zo dat mensen destijds veel servielier waren en beter luisterden naar het gezag. Oude normen moesten ook toen worden vervangen. Dat is gelukt. Ik vrees wel dat er vaak een ramp nodig is om de publieke opinie in beweging te krijgen. Nu hebben armere, blanke Amerikanen een kortere levensduur dan de vorige generatie. Dat gaan we hier ook zien. Dat zou een schok kunnen geven.'

Nog iets wat zich moeilijk verdraagt met een geïndividualiseerde samenleving: mantelzorg. Het lijkt alsof het weer helemaal terug is. Politieke partijen wijden er warme woorden aan in hun programma's.

'De alcoholconsumptie is helaas weer op het niveau van 1890'



Schrijvers: 'Je moet de zorg niet tot een proeftuin maken van de democratie.'

'Ik vind dat de overheid slechts medeverantwoordelijk is voor een goede oude dag van haar burgers. Er moet een vermogenstoets komen voor de AWBZ. Burgers met een eigen vermogen van meer dan 200.000 euro zouden geen recht mogen hebben op deze zorg. Die moeten eerst hun vermogen maar opeten. Dergelijke regelingen blijken in Engeland, Frankrijk en Duitsland een goede manier om familieleden te bewegen de handen uit de mouwen te steken en meer te zorgen voor hun zorgbehoefte ouders, omdat anders de erfenis minder wordt. Ik vind dat iedere burger maatregelen voor de eigen oude dag moet treffen, maar wie dat niet kan, heeft recht op de AWBZ. Het persoonsgebonden budget moet daarbij een andere invulling krijgen. De overheid moet dat niet willen controleren. Controle op de manier hoe je je kinderbijslag besteedt is er immers ook niet. Zo bestaat in Duitsland ook geen controle op de besteding van het pgb. Wel komt er gere-

Guus Schrijvers

Guus Schrijvers (63) studeerde economie in Amsterdam en promoveerde in 1980 op regionale financiering van de gezondheidszorg. Van 1974-1984 was hij PvdA-raadslid in Utrecht. In 1987 werd hij benoemd tot hoogleraar public health aan de Universiteit Utrecht. Guus Schrijvers is getrouwd en heeft drie kinderen.

geld een wijkverpleegkundige langs om te zien of oma niet zit te verkommeren. Je ziet, ik zoek ook hier weer – ik blijf gedragseconoom – naar intelligente financiële prikkels.'

Doodsangst

Dat klinkt allemaal heel pragmatisch. In hoeverre is het gezondheidszorgbeleid in Nederland ideologisch gekleurd?

'Teveel. Kijk naar de meningen over marktwerking: vaak is men om ideologische redenen voor of tegen. Ik discussieerde als partijlid mee over het verkiezingsprogramma van de PvdA, dat ervoor pleit gemeenten en provincies de aansturing van de zorg op zich te laten nemen. Dat leidt alleen maar tot getouwtrek tussen overheden. Je moet de zorg niet tot een proeftuin maken van de democratie.

Ik ben een opportunist. Ik zeg mijn Britse collega's na: *What matters is what works*. Ik ben daarom af en toe voor marktwerking, en af en toe tegen. Als een monopolie wordt misbruikt, moet er een concurrent komen. Of zorgaanbieders nou in een systeem van marktwerking opereren, door de overheid worden aangestuurd of door een zorgkantoor, ze moeten steeds deze organisatorische doodsangst kennen: "Als ik het niet goed doe, gaan patiënten naar een ander." Maar ik ben niet principieel tegen een monopolie. Sterker, ik ben juist voor kostenverlagende, regionale monopolies en tegen kostenverhogende. Laten instellingen die een samenwerkingsverband aangaan maar met een businesscase of een kosteneffectiviteitsanalyse aantonen dat zij de kosten gaan verlagen door een monopolie te realiseren.'

Fundamenteel is dat iedereen gelijke toegang heeft tot zorg. Na die toegang mogen er best verschillen zijn, vindt Schrijvers: 'Ik kwam laatst in een verpleeghuis waar op één kamer een notaris, een bouwvakker, een onderwijzer en een postbode lagen. Iemand zei: kijk, het socialistisch paradijs is bereikt. Tja, ik wil ook wel dat paradijs, maar begin dan bij nul en niet op mijn tachtigste.'

Is er verwantschap ontstaan tussen de econoom Schrijvers en de artsen, die toch een heel andere professie beoefenen?

'Artsen zijn rationele, intelligente mensen. Ik ben wel eens jaloers: de medische wetenschap heeft vooruitgang geboekt, economen kunnen nog steeds geen crisis voorkomen. Maar zo slecht heb ik het niet gedaan.' Hij lacht: 'Op het umc zei laatst een dokter tegen mij: "Economen moeten we niet, maar we vinden jou wel een aardige vent"' 