

Hugo Keuzenkamp pleit voor liberalisering ziekenhuiszorg

‘Care is hét hoofdpijndossier’

Henk Maassen
Mathijs Smit

De miljoenennota staat bol van maatregelen waarmee het kabinet de stijging van de zorgkosten wil terugdringen. Econoom en ziekenhuisbestuurder Hugo Keuzenkamp: ‘Qua ziekenhuiszorg en huisartsenzorg zijn we spekkoper’.

Ja, we zijn miljarden kwijt aan mismanagement van bankiers en incompetenten politici die wegduiken voor staatsschuldsanering. De bankencrisis is geworden tot een landencrisis. En mede daardoor zijn forse bezuinigingen noodzakelijk. Maar in tegenstelling tot de beeldvorming wordt dat geld niet weggehaald uit de zorg, integendeel: de zorg is nog steeds een groeisector.’ Hugo Keuzenkamp zegt het met enige nadruk. Voor een ziekenhuisdirecteur een opmerkelijke nuancerende bij de bezuinigingen, waarmee het kabinet de stijgende zorgkosten beheersbaar wil maken.

De econoom en bestuurder van het Westfriesgasthuis te Hoorn (zie *kader* op blz. 2274) wijst onder meer op de voorgenomen investeringen in de ouderenzorg. ‘Die krijgt extra personeel. Of het allemaal doorgaat, moet nog maar

blijken, maar als het werkelijkheid wordt, is het een ongekennde luxe.’

In vergelijking met andere beleidsterreinen zoals onderwijs, defensie, binnenlands bestuur en cultuur mag de zorg volgens hem

niet klagen. ‘Er is een groeiruumte van 2 tot 3 procent, de rest krimpt. Dus tel je zegeningen. Zorg is de banenmotor van de economie. Dat het ondertussen toch kommer en kwel lijkt, komt doordat de vraag naar zorg harder groeit dan het aanbod.’ Die stijgende vraag is het gevolg van technologische en wetenschappelijke

voortgang en toegenomen welvaart. ‘Dat zijn grotere determinanten van de zorguitgaven dan vergrijzing.’

Geen slecht figuur

Momenteel nemen de zorguitgaven in Nederland ongeveer 10 procent van het nationaal inkomen in beslag. ‘Internationaal slaan we met dat cijfer geen slecht figuur. Nederland gaf de afgelopen twintig jaar meestal wat minder uit aan zorg dan het gemiddelde in de OESO-landen, nu zitten we daar iets boven. Met onze prestaties scoren we nog steeds hoog. Maar als je wat beter kijkt, zie je waar het probleem zit: qua ziekenhuiszorg en huisartsenzorg zijn we spekkoper vergeleken met andere landen, maar nergens wordt zoveel uitgegeven aan care als bij ons.’

Als we ongeremd blijven doorgroeien, belopen de kosten in 2040 30 procent van het nationaal inkomen, volgens sommige ramingen. En zulke hoge collectieve lasten hebben gevolgen voor de dynamiek op de arbeidsmarkt en de groei van de economie. Groeien de collectieve lasten met 1 procent van het nationaal inkomen, dan kost dat volgens het Centraal Planbureau (CPB) op den duur 0,5 procent economische groei. Stijgende collectieve lasten nemen de prikkel om te produceren weg en verminderen het vrij besteedbare inkomen van de burgers. En zonder tegenmaatregelen snoept de zorg bovendien de complete groeiruumte van de overige collectieve uitgaven (zoals onderwijs, veiligheid) op.

‘Er is 2 tot 3 procent groeiruumte, dus tel je zegeningen’



Hugo Keuzenkamp:
'Het is jammer dat het
geld en de dood uit de
spreekkamer van de arts
zijn verdwenen.'

beeld: De Beeldredactie,
Marc Driessen

Tegenspel

Keuzenkamp: 'Het is goed denkbaar dat de kosten doorgroeien tot 15 procent van het nationaal inkomen en dat we dan zelfs nog meer waar voor ons geld krijgen ook. Maar tegenspel is hard nodig: als je zorgaanbieders carte blanche geeft, moet je je op termijn toch gaan afvragen of alles wat ze aanbieden echt nuttig is voor de gemeenschap. Hier ligt een legitieme taak voor zorgverzekeraars.'

Kostenbewustzijn bij zorgprofessionals zou wat dat aangaat geen overbodige luxe zijn, vindt hij: 'Het is jammer dat het geld en de dood uit de spreekkamer van de arts zijn verdwenen, zei laatst iemand. Daar ben ik het mee eens.' Zorgaanbieders zouden beter moeten weten wat behandelingen, het gebruik van

apparaten en dergelijke kosten, meent hij. 'De verspilling is soms groot.'

Volgens Keuzenkamp is de discussie die een aantal jaar geleden naar aanleiding van een rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg werd gevoerd over hoeveel een medische behandeling mag kosten, niet eens zo gek. Daarin werd becijferd dat een gewonnen levensjaar maximaal 80.000 euro mag kosten. 'Aan de andere kant zijn de besparingen met die grens waarschijnlijk beperkt. 80.000 euro is daarvoor een hoge grens.'

Op de vraag of die dan niet fors omlaag moet, reageert hij ontwijkend. 'Bij de destijds genoemde grens was het maatschappelijke verzet al niet van de lucht: waar economen het lef vandaan haalden om een leven in geld uit te drukken. Het bedrag is bovendien gebaseerd op onderzoek naar andere interventies die geld kosten en levens sparen, zoals het plaatsen van stoplichten op gevaarlijke kruispunten. Het is niet logisch om de lat bij zorginterventies anders te leggen dan elders.'

Pakketmaatregelen, zoals niet langer vergoeden van maagzuurremmers, kunnen uiteraard ook de kosten drukken. Maar pas op voor averechtse effecten, zegt Keuzenkamp: 'Door het wegbezuinigen van delen van de ggz bespaar je op korte termijn weliswaar geld, maar daardoor zullen patiënten hun problemen niet laten behandelen en op wat langere termijn veel meer schade aan zichzelf of hun omgeving veroorzaken. Psychische stoornissen zijn geen linkse hobby.'

Rare econoom

Meer verwacht hij van de vrije marktwerking: 'Ik ben één van die rare economen die vinden dat ziekenhuiszorg veel sterker geliberaliseerd moet worden'. Dat is goed voor de prijsdruk. Maar ik besef ook dat de volumecomponent een groot risico is. Dat zien we ook: door liberalisering zijn de prijzen gaan dalen, maar het volume is gegroeid. Ik vind het terecht als politici dat willen beheersen. Budgetteren is dan de domste remedie. Je gaat dan innovatie tegen en beloont ondoelmatigheid. Concurrentiedruk moet blijven bestaan. Gelukkig is de minister verstandig geweest en heeft ze de verzekeraars verantwoordelijk gemaakt voor de macro-overschrijdingen. Tot nu toe konden verzekeraars als ze te maken hadden met een groter volume aan zorg, dankzij het mechanisme van de macro-nacalculatie rekenen op compensatie achteraf. Dat is nu niet meer het geval, en het gevolg zie je meteen: ZN-voorzitter Wiegel zet de groei op nul voor het komende jaar. Het

Hugo Keuzenkamp: econoom uit de zorgpraktijk

Hugo Keuzenkamp is geen econoom die zich heeft verschanst in de ivoren toren van de wetenschap. Al jarenlang staat de 50-jarige, maar nog steeds jongensachtige ziekenhuisbestuurder met zijn laarzen in de modder. 'Aanvankelijk hield ik me bezig met de meer esoterische kant van de econometrie, maar al snel vond ik beleid en management interessanter.'

Na zijn studie en promotie was Keuzenkamp vier jaar lang hoofdredacteur van ESB, 'het Medisch Contact

voor economen'. Tot hij in 2000 door de Universiteit van Amsterdam werd gevraagd om de kwakkelende Stichting voor Economisch Onderzoek (SEO), die contractresearch verricht, weer op orde te krijgen. De reorganisatie werd een succes.

Keuzenkamp had inmiddels naam gemaakt als linkse (PvdA) markteconoom, een niet makkelijk te plaatsen fenomeen. In 1992 baarde hij opzien door te pleiten voor de privatisering van de WAO. Zijn bijdragen als columnist van de Telegraaf deden in sommige linkse kringen wenkbrauwen fronsen. Hij verdedigde de stelling dat de overheid bereid moet zijn om zorginstellingen failliet te laten gaan en pleitte voor een beursgang van het Slotervaartziekenhuis. In 2004 ging hij de zorgpoot leiden van verzekeraar Delta Lloyd (inmiddels onderdeel van CZ).

Als verzekeringsdirecteur moest hij vuile handen maken met een reorganisatie. 'In die tijd verloor ik mijn naïviteit. Ik dacht dat commerciële bedrijven hun zaken efficiënt regelden, maar dat viel tegen. Bij levensverzekeringen werd geld als water verdiend, waardoor problemen elders in de organisatie lang geaccepteerd bleven. Binnen de zorgpoot liepen te veel mensen rond, en verkeerden bedrijfsonderdelen op voet van oorlog met elkaar. De invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006 hielp enorm bij het saneren van oude structuren.'

Na het afketsen van een fusie met Agis en Menzis eind 2006, stapte Keuzenkamp over naar de 'andere kant van de tafel'. Sindsdien is hij lid van de tweekoppige raad van bestuur van het Westfriesgasthuis. Ook daar maakte hij turbulente jaren mee. Het ziekenhuis uit Hoorn raakte in 2009 in opspraak door een onveilige situatie op de afdeling Verloskunde en een bestuurscrisis. Net nu de rust is teruggekeerd, moet het ziekenhuis zwaar in de kosten snijden. 'Als gevolg van de overheidskortingen en nieuwbouw moeten we structureel 6,5 miljoen euro bezuinigen. Als econoom zie ik dat bezuinigingen in de zorg nodig zijn, maar als ziekenhuisdirecteur meld ik ambtshalve dat het een schande is.



werkt dus. Ik geloof niet dat die 0 procent het ook gaat worden: het is tegen de afspraken, en ook niet realistisch. Maar het is een signaal: verzekeraars zullen en moeten veel scherper gaan kijken naar ziekenhuizen waar, bijvoorbeeld, massaal hernia's operatief worden behandeld, in plaats van conservatief. Ze hebben met dat soort data tot nu toe geen fluit gedaan.'

'Ik verwacht ook', gaat hij verder, 'dat verzekeraars zelfmanagement gaan bevorderen. Je ziet daar de eerste tekenen al van. Patiënten met chronische aandoeningen als diabetes en trombose kunnen online hun toestand monitoren. Aan de andere kant van de lijn hoeft niet altijd een dure arts te zitten. Ik weet het: zelfmanagement is niet geschikt voor iedereen. Maar wel voor een groot deel van de populatie. En het zal remmend werken op de kosten van de zorg.'

We zien nu het begin van een herschikking van het curatieve zorgaanbod. De verwachting is dat de kwaliteit van zorg omhoog gaat dankzij concentratie en specialisatie. Krijgen we zo geen regionale monopolies, met bijbehorend prijs-opdrijvend effect?

'Daar ben ik minder bang voor dan sommige anderen. Mijn ziekenhuis is nu de facto ook een monopolist. Dat zou ons ertoe kunnen verleiden onze marktpositie te misbruiken door hogere prijzen te vragen. Maar ik weet ook dat het moeilijk is met hoge prijzen een duurzaam businessmodel te maken. Ik verwacht van de verzekeraars namelijk serieus tegenspel. Ga ik een te hoge prijs voor behandelingen vragen, dan zal vroeg of laat de verzekeraar patiënten naar een ander, goedkoper ziekenhuis verwijzen of een eigen bijdrage gaan vragen als ze per se bij ons behandeld willen worden.'

De minister gaat 132 miljoen bezuinigen op de huisartsenzorg. Terwijl we allemaal weten dat versterking van de eerste lijn kostenbesparend werkt. Of niet?

‘Daarover verschillen de meningen. Er zijn studies die dat bevestigen, maar er is ook serieus onderzoek, onder andere van de OESO, dat suggereert dat het poortwachtersmodel noch kostenbesparend, noch kostenverhogend werkt.

De minister bezuinigt niet op de eerste lijn. Dat de huisartsen 132 miljoen moeten inleveren, zie ik als inkomensbezuiniging. Zoals ook op de specialistenthonoraria wordt gekort. Dat is inkomenspolitiek en


heeft niet veel met visie op zorg te maken. De eerste lijn moet haar bedrijfsmodel verder professionaliseren. De één- en tweepitters zullen opgaan in gezondheidscentra, die je nu overal ziet opkomen. Het interessante van die centra is dat eerste en tweede lijn dicht bij elkaar kunnen komen. Die ontwikkeling, gecombineerd met monitoren van patiënten op afstand, zou kostenbesparend kunnen werken. Maar niet op heel korte termijn.’

Het grote probleem zit bij de care.

‘Ja, de groei van de kosten daar is deels te wijten aan onze cultuur. In sommige andere landen wonen ouderen nog in bij hun kinderen bijvoorbeeld, dat is bij ons in onbruik geraakt. En deels aan vreemde regelingen: de woon-

functie in de care behoort in Nederland tot het publieke domein. Er is weliswaar een verhoging geweest van de eigen bijdrage, maar ik vind dat we veel meer het eigen vermogen van patiënten moeten aanspreken. Het persoonsgebonden budget is daarentegen een fantasie-instrument, maar kent weer als bezwaar dat het zijn eigen vraag schept. Daardoor zijn de kosten explosief gestegen. Het pgb moet meer dan nu gericht worden op zwaardere beperkingen. Een scherpere indicatiestelling is dus onvermijdelijk. De staatssecretaris heeft deze stap gezet, wordt verguisd en lijkt nu terug te krabbelen bij gebrek aan een sterk verhaal dat een moeilijke keuze motiveert. Ik betwijfel of haar bezuinigingen het gaan redden en vrees dat er straks nog veel botter in het pgb moet worden gesneden.’

Het ontbreekt met andere woorden aan een coherente visie op de bekostiging van de care?

‘Dat klopt. Er is geen verhaal met een maatschappelijk breed draagvlak. Het kabinet wil investeren in de ouderenzorg, maar welk deel van die zorg wordt een publieke taak, en welk deel laat je aan de mensen zelf over? Een andere vraag is: moeten mensen gaan zorgsparen? Ik zie geen heldere lijn. Wat me overigens op dit punt vooral heeft verbaasd, is dat de cure naar de minister en de care naar de staatssecretaris is gegaan, terwijl voor de care toch de echte politieke vraagstukken nog open liggen en het hét hoofdpijndossier van de minister van Financiën is.’ 

‘We moeten veel meer het eigen vermogen van patiënten aanspreken’

praktijkperikel

De hoofdzuster

Onlangs viel mijn vrouw, 80 jaar, met haar fiets en brak een heup. In het ziekenhuis werd besloten een kop-halsprothese in te brengen. Op die operatie moest ze uiteindelijk ruim 24 uur wachten, omdat ze antistolling gebruikt (pacemaker) en deze eerst moest worden gecoupeerd. De operatie verliep volgens plan. De zaalartsen, vrijwel elke dag een andere, waren erg aardig, evenals de verpleging. Noch voor haar operatie, noch in de vijf dagen daarna, heeft ze ooit een chirurg gesproken.

De dag na de ingreep moest het bezoek de verpleging erop wijzen, dat ze wel erg bleek en zweterig was. Haar Hb-gehalte bleek 4,1 tengevolge van een groot fractuurhematoom. Wat betreft de nabehandeling zei de arts-assistent, dat ze naar huis mocht als de fysiotherapeut haar op krukken had gemobiliseerd. Tot haar grote opluchting vertrok ze op de

vijfde dag. Ik vroeg nog om een recept voor ijzersuppletie, maar ‘dat was ouderwets’, zei de arts. ‘Eet maar appelstroop.’ Dat recept heb ik toch zelf nog maar geschreven.

De fractuur is waarschijnlijk goed behandeld. Wellicht kan een robot dit binnenkort ook, en misschien goedkoper. De patiënt kwam echter tekort. En hoe moeten de assistenten het vak ooit leren, als hun het voorbeeld van klinisch en menselijk handelen niet gegeven wordt?

Wat ik hier miste, was verder die ouderwetse hoofdzuster, die het overzicht hield en voor wie we allemaal een beetje bang waren. Er wordt gezegd dat hier het mooiste ziekenhuis van Nederland wordt gebouwd. Zo’n ouderwetse hoofdzuster zou die plek misschien wat meer inhoud geven.

/praktijkperikel