

De complexe governance van de gezondheidszorg

IN CONTROL OF IN CONFLICT?

In dit artikel geeft Hans Hoek een samenvattend beeld van zijn promotieonderzoek over governance van de gezondheidszorg. Hij beschrijft het maatschappelijk belang en de organisatie van de gezondheidszorg en heeft een model ontwikkeld dat de samenhang tussen private, publieke en professionele governance van de zorg weergeeft. Dit model wordt toegelicht aan de hand van voorbeelden waardoor de betekenis ervan voor de praktijk duidelijk wordt. Daarbij is het model ook bruikbaar voor andere not-for-profitsectoren.

DOOR HANS HOEK

Als we de publiciteit over de gezondheidszorg mogen geloven, dan is deze sector slecht georganiseerd en slecht bestuurbaar. De kosten zijn ieder jaar weer hoger dan verwacht en er verschijnen rapporten over te vermijden fouten. De overheid komt iedere keer met nieuwe maatregelen, die niet blijken te werken. Er komt een beeld naar voren van een maatschappelijke sector die niet 'in control' is. Hoe komt dat? Wie is verantwoordelijk voor wat? Of anders gezegd: wie moet er eigenlijk in control zijn? In die vraag ligt de kern van het probleem. We kijken op de verkeerde manier naar de gezondheidszorg. We beschouwen deze als 'semipublieke' sector die door de overheid wordt bestuurd. Dat beeld is onjuist. De gezondheidszorg is een complexe mix van private, publieke en professionele elementen, die niet op elkaar zijn afgestemd en deels met elkaar conflicteren. Er liggen drie governance systemen over elkaar heen met verschillende moraliteiten, doelen en instrumenten. Dat wordt te weinig ingezien en er wordt nog minder naar gehandeld. Daardoor worden problemen niet opgelost en ontstaan nieuwe problemen.

De gezondheidszorg in Nederland

Gezondheidszorg in Nederland is breed gedefinieerd. Het gaat om *curatieve zorg* (behandeling gericht op genezing/verbetering) in ziekenhuizen, revalidatiecentra en de psychiatrie. Ook alle zorg en een groot deel van de begeleiding van chronisch zieken en van mensen met beperkingen is onderdeel van de gezondheidszorg. Die zorg wordt onder andere verleend door verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties en

organisaties voor (geestelijk en lichamelijk) gehandicapten. In het jargon heet dat *care*.

De huisarts doet beide: cure en care. Hij heeft een belangrijke rol in de ondersteuning van mensen die met hun beperkingen moeten leven, maar hij zorgt ook voor behandeling en genezing van patiënten. De huisarts is tevens een belangrijke schakel in preventie van ziekten, de derde poot van de Nederlandse gezondheidszorg.

In de gezondheidszorg gaat jaarlijks ongeveer € 60 miljard om. Dat is ongeveer 13% van het bruto nationaal product. Nederland zit daarmee aan de hoge kant in vergelijking met andere landen in de EU en in de wereld. Dat komt omdat we in Nederland allerlei zaken (zoals huishoudelijke verzorging en wonen van gehandicapten) meerekenen in de definitie, terwijl andere landen dat niet doen. Meer dan 18% van de beroepsbevolking is werkzaam in de gezondheidszorg. In al deze cijfers zijn de gegevens van alle bedrijven die producten of diensten aan zorginstellingen leveren niet meegeteld. Afhankelijk van de kijkrichting is de gezondheidszorg dus een heel belangrijke drijvende kracht voor de Nederlandse economie of een enorme ongewenste kostenpost. De overheid kiest meestal de laatste insteek en richt zich op beperking van de kosten. Dat komt ook omdat de premies voor de zorg (zorgverzekering en AWBZ) worden meegerekend bij de overheidsfinanciën en dus een rol spelen bij de EU-normstelling over het overheidstekort. De vraag of dit terecht is en wat de maatschappelijke consequenties ervan zijn, valt buiten het bestek

van dit artikel. Het verklaart wel waarom de politiek spreekt over 'publieke middelen' en gezondheidszorg als onderdeel van de publieke sector ziet. Deze laatste opvatting is onjuist en veroorzaakt veel problemen.

Drie governancewerelden

Zorgorganisaties zijn geen publieke organisaties. Het zijn rechtspersonen volgens het private recht (stichtingen, verenigingen of een enkele keer vennootschappen). Zij leveren hun diensten aan patiënten/cliënten op basis van een privaatrechtelijke overeenkomst met de individuele cliënt. Ze worden voor die diensten betaald door de zorgverzekeraar/het zorgkantoor, waarmee ze eveneens een privaatrechtelijke overeenkomst hebben. Die zorgverzekeraar krijgt zijn geld door zelf premies te innen bij zijn verzekerden (zorgverzekering) of door premies die door de overheid worden geïnd en verdeeld (AWBZ-premie). Dat die premies meetellen bij de overheidsfinanciën, maakt de privaatrechtelijke relatie tussen dienstverlener (ziekenhuis), klant (patiënt) en betaler (verzekeraar) niet publiek.

Zorgorganisaties zijn bedrijven met omzetten tussen € 20 miljoen en een half miljard. Bij grote organisaties werken meer dan achtduizend mensen met een arbeidsovereenkomst volgens een privaatrechtelijke cao (het zijn dus geen ambtenaren). De continuïteit van de onderneming en de inrichting van de bedrijfsvoering moet voldoen aan 'corporate' standaarden. De governancestructuur met raad van bestuur en raad van toezicht/raad van commissarissen is afgeleid van de structuurvennootschap. Zorgorganisaties hebben (nog) geen aandeelhouders. Voor het overige zijn zorgorganisaties geheel onderworpen aan de principes van corporate ofwel *private governance*.

Zorgorganisaties hebben wel heel veel met de publieke sector te maken. De overheid acht zich verantwoordelijk voor de kwaliteit, de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg. De overheid wil bovendien de kosten van de zorg beheersen, om de redenen genoemd in de inleiding. Vanuit die systeemverantwoordelijkheid stelt de overheid eisen aan zorgorganisaties. Vanuit de wens (en de illusie) om de gezondheidszorg te beheersen heeft de overheid een fors pakket van wet- en regelgeving vastgesteld en een groot aantal regelende en toezichhoudende organen ingesteld. Zorgorganisaties moeten bijdragen aan de publieke doelen van de gezondheidszorg. Ze zijn daarom voor een deel onderworpen aan de besturingsprincipes van de overheid ook wel aangeduid als *publieke governance*.

De zorg wordt verleend door professionals, zoals artsen en verpleegkundigen. Huisartsen hebben hun eigen onderne-

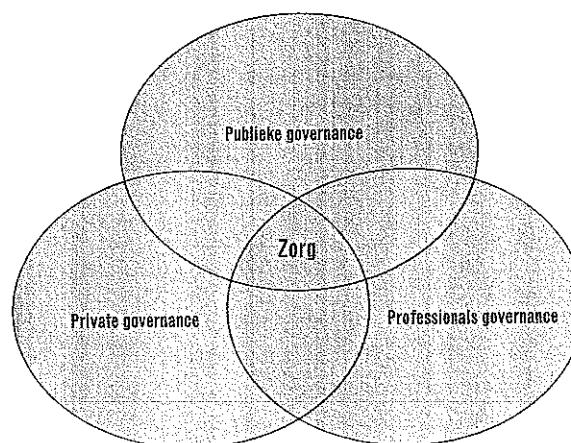
ming in de vorm van de huisartsenpraktijk.

Verpleeghuisartsen, andere instellingartsen, paramedici en verpleegkundigen zijn in dienst van de zorgorganisatie. Medisch specialisten zijn maar voor een klein deel in loondienst. De meesten zijn 'vrij gevestigd'. Dat betekent dat ze met vakgenoten een eigen bedrijf hebben (de maatschap) dat een samenwerkingsovereenkomst (de toelatingsovereenkomst) met het ziekenhuis heeft. Dat is een complicerende factor in de besturing van ziekenhuizen.

Professionals zijn mensen die zelfstandig een vak uitoefenen, waarbij ze eigen inhoudelijke keuzen maken op grond van hun vakbekwaamheid en ervaring. Ze zijn voor die beslissingen zelf verantwoordelijk en aansprakelijk. Professionals zijn verenigd in hun eigen beroepsvereniging. Die richt zich op de opleiding van professionals, de toelating tot het vak, kennisbeheer en -verspreiding, protocollen en standaarden en op onderlinge toetsing. Dat is allemaal nodig om het maatschappelijk monopolie op het vak te behouden. Daarom heeft de beroepsgroep ook een eigen tuchtrecht om disfunctioneren van een vakgenoot te corrigeren. Binnen de beroepsvereniging zijn bestuur, toezicht en verantwoording noodzakelijk. Er is dus een regelsysteem, dat ik in mijn onderzoek *professionals governance* heb genoemd.

Samenhang private, publieke en professionals governance

Private, publieke en professionals governance hebben alle drie invloed op het functioneren van de gezondheidszorg. Ze staan niet naast elkaar, maar ze overlappen elkaar. Dat is weergegeven in figuur 1. Deze drie governancewerelden zijn gebaseerd op verschillende moraliteiten. Ze dienen verschillende doelen. Ze zijn gebaseerd op verschillende governanceprincipes en ze hanteren verschillende governance-instrumenten. De drie governancewerelden zijn niet op elkaar afgestemd. Daardoor kan een keuze in de ene governancewereld grote consequenties



Figuur 1.
Drie governancewerelden

hebben in de andere twee werelden, zonder dat die consequenties tevoren doordacht en afgestemd zijn. De professionele keuze dat je vijf kinderartsen nodig hebt voor een praktijk met kwalitatief verantwoorde klinische kindergeneeskunde, betekent bijvoorbeeld dat praktijken in kleinere ziekenhuizen gesloten moeten worden. Daarmee komt de bedrijfsvoering van dat ziekenhuis in gevaar omdat ook andere specialismen (verloskunde, KNO) geen klanten meer krijgen. Dat leidt tot sluiting van het ziekenhuis, wat publiek niet acceptabel is omdat de beschikbaarheid van curatieve zorg daarmee vermindert.

Gezondheidszorg niet in control

Dat een governancecombinatie complex en ambigu is, hoeft geen probleem te zijn als het maar werkt. Dat is de vraag die ik in mijn dissertatie onderzocht heb aan de hand van de theorie en van drie casussen. Ik heb de vorming van de bloedvoorziening, de positie van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de situatie rond het ziekenhuis Emmeloord geanalyseerd. Voor de beschrijving van de casussen verwijs ik naar mijn dissertatie (Hoek, 2007). Uit het onderzoek blijkt dat de samengestelde governance van de gezondheidszorg niet probleemoplossend werkt. Het totale systeem dat we gezondheidszorg noemen, is op maatschappelijk niveau niet in control. Ik noem hier een paar voorbeelden.

Veel zorginstellingen zijn als bedrijf op orde. Ze hebben een goede bedrijfsvoering en ze hebben een heldere interne organisatie. Als ze echter voldoen aan de vraag van hun klanten, dan produceren ze meer dan de overheid wil. Dan worden ze gekort op hun inkomsten omdat ze het budget overschrijden. Zorginstellingen die hun zaakjes niet op orde hebben, worden niet gestraft voor hun gebrek aan efficiency of hun gebrek aan kwaliteit. Ze krijgen hun budget ook als ze te weinig presteren. Die publieke ingreep stimuleert het ondernemerschap niet. Zorgorganisaties kennen hun kostprijzen nauwelijks. De overheid bepaalde tot voor kort wat een zorgorganisatie voor iedere dienst kreeg. Als je totale bedrijfsvoering maar binnen het budget blijft, hoef je niet te weten of de ene dienst boven de kosten wordt geleverd en de andere daaronder.

De overheid gaat er in veel van haar maatregelen vanuit dat zij volledige zeggenschap heeft over de zorg en dat zij zorginstellingen – net als ambtenaren – opdrachten kan geven. Dat is niet zo. De overheid mist de sturingsmogelijkheden. Daardoor worden de beoogde effecten van overheidsmaatregelen niet bereikt. De wens tot kostenbeheersing is daarvan een voorbeeld. De kosten van de zorg stijgen jaarlijks omdat de vraag naar zorg toeneemt. De overheid raamt de groei van de zorgvraag al jaren stelselmatig te laag. Wanneer de groei

hoger is dan publiek gewenst, dan zijn de macrokosten uiteraard hoger dan verwacht. De overheid lost haar publieke probleem dan op door te 'beslissen' over de efficiency van de zorgaanbieders en te besluiten dat het macrotekort moet worden opgelost doordat private organisaties afzonderlijk hun efficiency verhogen en hun kostprijs verlagen. Dit terwijl de marktprijs (het vastgestelde tarief) gelijk blijft. Dan legt de overheid een generieke budgetkorting op die efficiënte organisaties net zo hard treft als slecht functionerende organisaties. Dat werkt dus niet.

Professionals trekken zich van dit privaat-publieke spel weinig aan. Zij maken professionele keuzen, die consequenties kunnen hebben voor zorgorganisaties en voor de publieke verantwoordelijkheid voor de zorg. Ik noemde eerder al het voorbeeld van de kindergeneeskunde. Het gebruik van nieuwe medicijnen is een ander voorbeeld. Als cardiologen menen dat nieuwe, duurdere medicijnen betere resultaten voor hun patiënten geven, dan gaan ze die voorschrijven. Dat leidt tot hogere medicijnkosten voor de ziekenhuizen. Sommige ziekenhuizen besluiten die kosten wel te dragen, andere niet. Daardoor ontstaan twee publieke effecten. Een: de kosten van de zorg als totaal stijgen meer dan de politiek wenst. Twee: er ontstaat 'postcodezorg' omdat patiënten in de ene regio de medicijnen wel en in andere niet krijgen. Dat is vanuit maatschappelijk en politiek oogpunt ongewenst, waardoor de politiek wil ingrijpen. De overheid mist dan vaak het inzicht waar en hoe ze moet ingrijpen.

Hier ontbreekt een koppeling tussen professionals governance en publieke governance. Je zou verwachten dat de beroepsvereniging van cardiologen wetenschappelijk kan onderbouwen dat het nieuwe medicijn beter is en uiteindelijk gezondheidswinst oplevert (en op maatschappelijke kosten zoals WIA bespaart). Als dat voorstel publiek gesanctioneerd wordt, worden ook de maatschappelijke kosten gedragen. Een dergelijke publieke toetsing van een professionele keuze en de vertaling daarvan naar de private kostenverrekening ontbreekt. Alleen bij Sanquin Bloedvoorziening beslist de minister of de kosten en baten van nieuwe veiligheidsmaatregelen voor bloedzuivering (die de professionals willen) tegen elkaar opwegen. Hij draagt de publieke verantwoordelijkheid als er toch patiënten besmet worden doordat de extra beveiliging niet is doorgevoerd.

Hoe werkt governance van de gezondheidszorg wel?

Is het erg dat de complexiteit van governance van de gezondheidszorg niet goed werkt? Is het probleem oplosbaar? En zo ja, hoe dan?

De complexiteit van drie gecombineerde governancewerelden is niet het probleem. Er zijn wel meer uiterst gecompliceerde

mechanismen die op een onbegrijpelijke wijze toch probleemoplossend werken. Het onvoldoende probleemoplossend vermogen is een groter probleem. Dat wordt versterkt doordat veel actoren in de sector (de politiek voorop) de complexiteit niet doorzien en mede daardoor de verkeerde acties inzetten. Dat leidt vooral tot problemen als helemaal gedacht wordt vanuit één van de drie governancewerelden, zonder de invloed van de andere werelden te kennen en daarmee rekening te houden. Vooral de overheid (publieke governance) gaat vaak uit van de fictie dat ze volledig zeggenschap over de zorg heeft en deze geheel kan sturen.

Beroepsorganisaties van professionals zijn zich vaak te weinig bewust van de publieke en private consequenties van hun handelen. Ze dreigen daarmee zelf hun monopolie kwijt te raken, zoals de LHV is overkomen door te veel op het inkomen van de huisarts en te weinig op de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde te sturen. Zorgorganisaties daarentegen, nemen soms te weinig hun private verantwoordelijkheid en maken zich te afhankelijk van het overheidsbeleid. Het niet kennen van de eigen kostprijzen is daarvan een voorbeeld.

Zorgorganisaties kennen hun kostprijzen nauwelijks

Governance van de gezondheidszorg kan goed werken als we ons bewust zijn van de complexiteit en daarnaar handelen. Uit mijn onderzoek blijkt dat problemen worden opgelost als er één iemand is die het spel doorziet en in staat is op alle drie de borden tegelijk te schaken. En dat zo te doen dat de zetten elkaar versterken. Minister Borst stimuleerde de bloedbanken om te fuseren (private governance) en maakte tegelijk een wet (publieke governance), waarmee ze slechts één organisatie voor de bloedvoorziening kon aanwijzen en de rest uitsluiten. De interim-bestuurder van het ziekenhuis Emmeloord hanteerde een publiek rapport en adviezen van de specialistenverenigingen om de burgers te overtuigen en tot functieverandering van het ziekenhuis te komen.

Governance van andere not-for-profitsectoren

Het model van drie governancewerelden is ook bruikbaar voor andere not-for-profitsectoren.

In het onderwijs is er de spanning tussen het overheidsbeleid en de vele veranderingen daarin (publiek), het voortbestaan van de school en de wensen van ouders en kinderen (privaat) en de positie van leraren, die klagen dat ze hun werk niet goed kunnen doen (professional). De leraren hebben er last van dat hun beroepsgroep niet zo krachtig is georganiseerd als die van de dokters en dat ze dus minder invloed kunnen uitoefenen.

Bij woningcorporaties is er een voortdurende spanning tussen het bedrijfsbelang en het maatschappelijk belang. De discussie over de publieke bruikbaarheid van de private vermogens van de corporaties is hier een voorbeeld van. De rol van professionals is hier minder van belang.

Die is weer wel heel groot in de culturele sector. Bij musea en theatervoorstellingen is er een voortdurende spanning tussen een artistiek verantwoorde productie/collectie (professional) en de opbrengsten daarvan voor een gezonde bedrijfsvoering (privaat). De overheidssubsidie (publiek) bepaalt vaak het wel of niet voortbestaan van de culturele instelling. De overheid laat de toekenning van de subsidie weer afhangen van de artistieke en maatschappelijke kwaliteit en de opbrengsten van het artistieke product. Tegenwoordig moet het artistieke product ook aantrekkelijk zijn voor private sponsors, omdat hun bijdrage onmisbaar is voor de bedrijfsvoering.

Betekenis voor de praktijk

Het model geeft inzicht in de samenhang tussen private, publieke en professionals governance voor non-profitorganisaties die te maken hebben met grote overheidsinvloed.

Bij strategische keuzen kan het model gebruikt worden in de SWOT-analyse en bij het formuleren van verschillende scenario's. De haalbaarheid van een scenario wordt zichtbaar door in te schatten hoe de beide andere governance-werelden zullen reageren op een bepaalde keuze. Als daar een beeld van is, kan ook bedacht worden welke zetten we in de beide andere werelden kunnen doen om ons doel te bereiken.

Zorgorganisaties zijn met dat strategisch denken begonnen. Overheid en professionals zouden effectiever zijn en meer bereiken als ze deze strategische analyses vaker en eerder zouden maken.

Voor de bedrijfsvoering van not-for-profitorganisaties is het van belang de inrichting van de organisatie niet te veel afhankelijk te maken van overheidsbeslissingen. Goed je eigen kostprijzen kennen geeft strategisch voordeel en maakt de organisatie flexibeler om op een veranderende markt of op veranderend overheidsbeleid in te spelen. Bij de recente aanbesteding van de huishoudelijke verzorging in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning zijn enkele organisaties er pas na de inschrijving achter gekomen dat ze onder hun kostprijs hadden ingeschreven.

De verhouding tussen professionals en de organisatie is voor veel raden van bestuur van not-for-profitorganisaties een voortdurende bron van zorg. Hoe professionals denken en wat hen beweegt, is niet altijd duidelijk. Het helpt als er een onderscheid gemaakt wordt tussen professionele afwegingen,

emoties en zakelijke belangen. Zeker bij medisch specialisten is een zakelijk belang van de professionals vaak verpakt in een professionele stelling en wordt de visie van de beroepsvereniging (onterecht?) als argument gebruikt.

Beroepsorganisaties moeten zich meer bewust zijn van hun maatschappelijke positie en van de gevolgen van hun professionele keuzen op maatschappij en organisatie. Dat is ook eigen belang, want als ze daar geen rekening mee houden, wordt de publieke druk om hun macht te breken en het monopolie op te heffen steeds groter. Notarissen, advocaten en accountants hebben die druk reeds ondervonden.

Tot slot

In dit artikel is de positie van zorgorganisaties en andere not-for-profitorganisaties in het krachten spel van private, publieke en professionals governance beschreven. Het is een complexe werkelijkheid die niet vereenvoudigd kan worden. Het negeren van de verschillende invloeden en handelen vanuit één governancewereld leidt niet tot resultaten en vergroot

zelfs de problemen. In dit artikel heb ik een aantal suggesties gedaan wanneer en hoe met die invloeden beter rekening gehouden kan worden. Door die invloeden te kennen en erop in te spelen kan een speler zijn doelen bereiken. Verder heb ik een aantal voorbeelden gegeven waar dat wel of niet gelukt is. Het beschreven model is ontwikkeld voor de zorg, maar is toepasbaar op alle non-profitsectoren met grote publieke en professionele invloeden.

Literatuur

~ Hoek, H. (2007), Governance & Gezondheidszorg; Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland, Van Gorcum, Assen.

Dr. ir. Hans Hoek is directeur van C3 adviseurs en managers, een gespecialiseerd consultancybureau voor de gezondheidszorg. Hij was initiatiefnemer van de eerste governancecode voor de gezondheidszorg. Hij is als interim-bestuurder, bestuursadviseur en governance deskundige actief in de gezondheidszorg. Hij is in februari 2007 gepromoveerd op governance van de gezondheidszorg (h.hoek@c3am.nl).

advertentie



Brunel Finance werkt voor jou

Brunel Finance is een arbeidsbemiddelaar voor hoger opgeleide professionals, waarbij persoonlijke aandacht voorop staat. Wij zijn een no-nonsense organisatie die jouw wensen in kaart brengt, advies geeft en pas tevreden is als jij dat ook bent.

Binnen de expertisegebieden Administratie, Planning & Control en Financial Management, zijn we voortdurend op zoek naar professionals met initiatief, ambitie en vooral passie voor het vak. Bij Brunel Finance kun je enerzijds kiezen voor een vast dienstverband als interim-specialist, waarbij je prestigieuze projecten uitvoert bij gerenommeerde instellingen, Organisaties waar je altijd een kijkje in de keuken wilde nemen. Anderzijds biedt Brunel je de mogelijkheid in vaste dienst te treden bij haar klanten, de top 500 van het bedrijfsleven. Zo opent Brunel Finance voor jou deuren die anders wellicht gesloten waren gebleven.

Wil je meer informatie over een carrière bij Brunel Finance of een greep uit de actuele vacatures? Kijk dan op www.brunel-finance.nl.

brunelfinance
Carriëremaker voor financiers

www.brunel-finance.nl