



Hoe zit governance van de zorg werkelijk in elkaar?

De gezondheidszorg heeft te maken met drie governance werelden. Private, publieke en professionals governance overlappen elkaar en zijn niet op elkaar afgestemd. Dat maakt de gezondheidszorg soms lastig bestuurbaar. In het promotieonderzoek van de auteur is governance van de gezondheidszorg onderzocht en verklaard. Dit artikel geeft inzicht in de resultaten van het onderzoek.

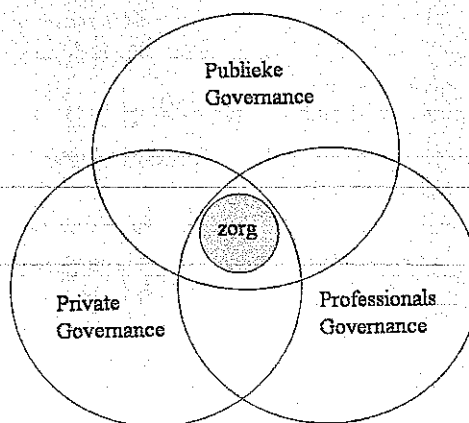
De gangbare definitie van governance is een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording (over bestuur en toezicht). De commissie Health Care Governance (commissie Meurs, 1999) heeft daar de invloed van belanghebbenden aan toegevoegd. Om goede governance te bereiken worden codes opgesteld en wet- en regelgeving tot stand gebracht. Die codes geven geen inzicht hoe governance werkt. Het ontbreken van theoretisch inzicht in governance en in de werking van de praktijk leidt er toe dat codes een noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarde zijn om goede governance tot stand te brengen.

Het promotieonderzoek (Hoek, 2007) van de auteur van dit artikel was erop gericht om de theoretische achtergronden van governance van de gezondheidszorg en de werking in de praktijk inzichtelijk te maken en te verklaren. Er is een uitgebreid literatuuronderzoek gedaan en er zijn drie praktijkcasussen uit de laatste jaren onderzocht. Door theorie en praktijk samen te brengen is antwoord gegeven op de vraag hoe governance in de gezondheidszorg functioneert en hoe dat functioneren kan worden verklaard. In dit artikel worden de resultaten van het onderzoek beschreven.

Wat is governance? Uit het onderzoek komt naar voren dat de gangbare definitie van governance, zoals hiervoor genoemd, geen antwoord geeft op de vraag waartoe governance eigenlijk dient. Waarom heb je spelregels en omgangsvormen nodig of wil je belanghebbenden invloed laten hebben op het bestuur van een zorgonderneming? In het onderzoek zijn verschillende definities van governance onderzocht. Naast de instrumentele definitie (stelsel van spelregels en omgangsvormen) kan governance ook worden gedefinieerd als middel om belangen (van aandeelhouders) te behartigen of (van alle stakeholders) af te wegen. Governance kan worden gezien als middel om de macht van het bestuur

in te perken of, beter nog, als middel voor *checks and balances* tussen bestuur en stakeholders. Governance kan ook worden gezien als middel om maatschappelijke problemen te voorkomen of op te lossen en om maatschappelijk vertrouwen te scheppen. Die laatste insteek is in het onderzoek gebruikt.

Private, publieke en professionals governance Het onderzoek is gericht op zorgaanbieders, dus rechtspersonen (meestal stichtingen) en personen (beroepsbeoefenaars) die zorg en behandeling leveren aan cliënten/patiënten. In dit artikel beperken we ons tot zorgorganisaties. Zorgaanbieders moeten functioneren in een combinatie van private, publieke en professionele invloeden. Die invloeden zijn niet op elkaar afgestemd en stellen vaak tegenstrijdige eisen aan doel en werkwijze van de zorgaanbieder. In het proefschrift is beredeneerd dat er sprake is van drie vormen van governance, die onderling zo verschillend zijn dat kan worden gesproken van governance werelden. De combinatie van drie governance werelden is vertaald in een model. Het model, weergegeven in figuur 1, is gebruikt als basis voor het onderzoek.



Figuur 1: Drie governance werelden

Zorgorganisaties zijn privaatrechtelijke rechtspersonen. Ze leveren hun diensten op basis van een (privaatrechtelijke) overeenkomst met de cliënt voor de levering en met zorgverzekeraar/zorgkantoor voor de betaling van die diensten. Ze hebben hun eigen private belangen, zoals goede bedrijfsvoering en continuïteit van de onderneming. De governance structuur met raad van bestuur en raad van toezicht is afgeleid van die van (structuur)vennootschappen. Vanuit die optiek zijn zorgorganisaties onderhevig aan de spelregels van corporate governance of breder *private governance*.

De overheid verwacht dat zorgorganisaties bijdragen aan de realisatie van de publieke doelen van de gezondheidszorg. Die publieke doelen zijn afgeleid van artikel 22 lid 1 van de Grondwet waarin staat dat de overheid 'maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid'. In de huidige tijd acht de overheid zich verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen, de kwaliteit van de gezondheidszorg en (vooral) de betaalbaarheid ervan. De overheid gebruikt haar publieke governance instrumentarium om zorgorganisaties te bewegen bij te dragen aan haar doelen. Zo zijn zorgorganisaties onderhevig aan spelregels van *publieke governance*.

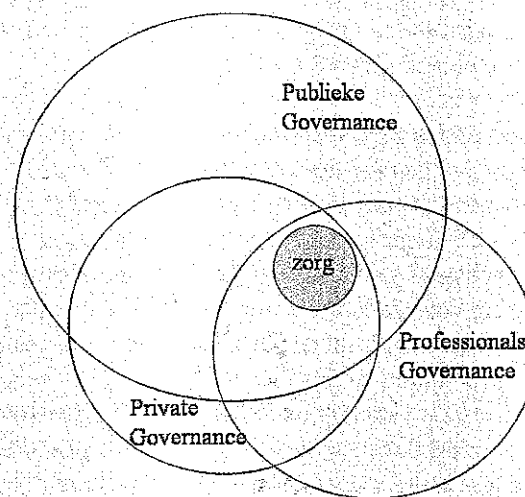
Hiermee is direct een spanningsveld duidelijk.

Zorgorganisaties zijn geen publieke organisaties en ook geen onderdeel van de (semi)publieke sector. Het zijn private organisaties die bijdragen aan publieke doelen. Toch beschouwen politici en burgers zorgorganisaties te vaak als onderdeel van de overheid en stuurbaar door de overheid. Het onderzoek toont aan dat die onjuiste veronderstelling veel problemen veroorzaakt.

Het begrip *professionals governance* is in deze studie geïntroduceerd. Het staat voor het conglomeraat van bestuur, toezicht en verantwoording, dat beroepsorganisaties hanteren om het monopolie op de professie te behouden. Het behouden van het maatschappelijk vertrouwen in de beroepsgroep en het voorkomen van maatschappelijke problemen, die tot ingrijpen in het monopolie leiden, staan hier centraal.

De doelen in *professionals governance* zijn het bewaken van de toegang tot het vak, het opleiden van nieuwe professionals, het bewaken van de kwaliteit en de kennis van de zittende professionals en het gebruik van professionele standaards. *Professionals governance* is er op maatschappelijk niveau, maar ook in het handelen van de medische staf in ziekenhuizen. Gedrag en handelen van de individuele professional wordt mede bepaald door de keuzen van zijn beroepsgroep. Zorgorganisaties hebben dus op alle drie niveaus te maken met *professionals governance*.

De verhoudingen tussen de governance werelden zijn in werkelijkheid niet zo mooi symmetrisch als in figuur 1 is weergegeven. Voor invoering van marktwerking zagen de



Figuur 2: Governance verhoudingen voor invoering marktwerking

verhoudingen er wellicht meer uit als in figuur 2.

Overeenkomsten en verschillen

De drie governance werelden dienen verschillende doelen. Ze zijn gebaseerd op verschillende moraliteiten. In het proefschrift is daarvoor een model uitgewerkt, gebaseerd op Jacobs' (1992) moral syndromes. Private governance gaat uit van gelijkwaardige partijen die op basis van vertrouwen en wederzijds voordeel tot vrijwillige overeenkomsten komen. Publieke governance is gebaseerd op de gedachte dat de overheid haar macht gebruikt om de maatschappij op orde te houden. Professionals governance heeft het bezit en gebruik van kennis als uitgangspunt. Onderling vertrouwen tussen professionals en maatschappelijk vertrouwen in de beroepsgroep horen daarbij. Het moge duidelijk zijn dat machtsuitoefening vanuit publieke governance in twee andere governance werelden, waar vertrouwen en onderlinge samenhang het leidend motief zijn, averechts werkt.

Ook de theorieën over governance en het gebruikte instrumentarium zijn per governance wereld verschillend. In de theoretische onderbouwing van private en publieke governance zijn twee stromingen te onderscheiden. De ene stroming probeert de complexe werkelijkheid zo te reduceren dat er één bevelslijn overblijft. Die stroming baseert zich op de 'agency theorie' (Jensen and Meckling, 1976), waarbij één 'principaal' bepaalt wat de 'agent' moet doen. Die principaal is dan de aandeelhouder of de overheid. De agent is de raad van bestuur van een beursgenoteerde onderneming, de ambtenarij of een publieke organisatie. Een andere stroming gaat uit van veel verschillende stakeholders, wier belangen je moet wegen en die je mee moet krijgen om iets te bereiken. In die gedachtegang is de aandeelhouder of de overheid slechts een van de partijen die moet onderhandelen om iets voor elkaar te krijgen. Waar het 'de publieke zaak' betreft, is dat de complexe werkelijkheid in Nederland. Toch gaan de meeste overheidsrapporten (en Kamervragen) uit van

de veronderstelling dat de overheid via een bevel dingen kan afdwingen. Die spanning doet zich regelmatig voor in governance van de gezondheidszorg.

Samenhang Het zal duidelijk zijn dat de combinatie van drie governance werelden niet leidt tot een samenhangend en soepel functionerend geheel. Dat blijkt ook uit het onderzoek. Tussen de drie governance werelden is steeds samenhang en overlap. Ze hebben elkaar nodig voor de realisatie van hun doelen en voor het (veilig) stellen van kaders. Ze botsen waar het principes en instrumenten betreft. Zorgaanbieders moeten tegelijkertijd in de drie governance werelden functioneren. Zij moeten private, publieke en professionals doelen dienen. Zij hebben te maken met drie moraliteiten. Ze zijn onderhevig aan drie machtsbewegingen. Ze hebben te maken met verschillende governance principes en zijn onderhevig aan drie verschillende sets governance instrumenten. Ze moeten resultaten bereiken in het overlappende gebied van private, publieke en professionals governance werelden. Dat geeft spanningen. Dergelijke spanningen kwamen ook naar voren in de onderzochte casussen (zie kader).

Resultaten en conclusies Het model zoals weergegeven in figuur 1, blijkt goed bruikbaar om

governance van de gezondheidszorg te beschrijven en te verklaren. Aan de hand van het model wordt ook duidelijk waar de grenzen liggen van interventies. De overheid kan niet ingrijpen in de (private) bedrijfsvoering van een zorgorganisatie. Ze is daar noch bevoegd noch bekwaam voor. Een zorgonderneming kan niet worden geleid als privaat bedrijf zonder rekening te houden met de invloeden uit publieke en professionals governance. Professionals kunnen niet binnen hun eigen governance wereld besluiten nemen die grote maatschappelijke consequenties hebben. Toch worden deze grenzen vaak overschreden. Denk aan de voortdurende publieke druk om in te grijpen in de private verantwoordelijkheid voor de salarissen van zorgbestuurders. Denk aan de verlenging van de huisartsenopleiding (professionele keuze), die een (publiek) probleem veroorzaakte doordat er een jaar geen nieuwe huisartsen beschikbaar kwamen.

Governance van de gezondheidszorg wordt bepaald door het complexe en inconsistente samengaan van de drie governance werelden. Dat is een gegevenheid. Het is niet waarschijnlijk dat die situatie zo kan worden veranderd dat het mogelijk is één van de governance werelden te elimineren. Zorgaanbieders hebben permanent met private, publieke en professionals governance te maken. De verhoudingen tussen die werelden zijn echter niet sta-

Casussen

Stichting Sanquin

Sinds 1 januari 1998 is de Stichting Sanquin Bloedvoorziening de enige organisatie voor de bloedvoorziening. Die bloedvoorziening is publiek belang. Vóór 1998 kon dat publieke belang niet voldoende worden gediend door een groot aantal private bloedbanken en het Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusiedienst. Dat was aanleiding tot een herstructurering. Daarbij is de invloed van publieke governance ver-groot ten koste van private governance. De uitvoering van de bloedvoorziening is nu in handen van een private organisatie binnen publieke kaders. Uit evaluatie is gebleken dat die herstructurering het beoogde effect heeft. De publieke belangen worden goed geborgd en de professionaliteit van de bloedvoorziening is toegenomen.

Landelijke Huisartsen Vereniging

In de tweede casus is onderzocht wat de invloed van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op de huisartsenzorg in Nederland is. Gedurende lange tijd waren LHV en NHG (Nederlands Huisartsengenootschap) verantwoordelijk voor kwantiteit en kwaliteit van de Nederlandse huisartsen en de ontwikkeling van het vak. De overheid vertrouwde het monopolie op de huisartsgeneeskunde toe

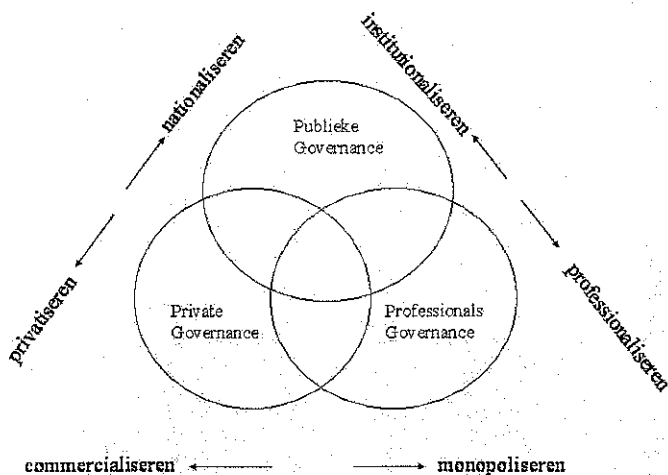
aan de beroepsgroep en ondersteunde deze. Begin jaren negentig bleek dat deze situatie niet kon blijven bestaan. Dat kwam onder andere door een dreigend huisartsentekort. Er ontstond strijd tussen de overheid en de LHV over het inkomen van huisartsen en over de macht over de huisartsenzorg in Nederland. De macht van de LHV is sindsdien sterk verminderd. Er is nu een mix van professionele, publieke en private invloeden. Of deze mix een kwalitatief en kwantitatief goede huisartsenzorg in Nederland waarborgt, is nog niet zeker.

Stichting IJsselmeerziekenhuizen

De positie van het ziekenhuis in Emmeloord, onderdeel van de Stichting IJsselmeerziekenhuizen, is als derde casus onderzocht. Zoals bij veel andere kleine ziekenhuizen kwam de functie van de locatie Emmeloord onder druk te staan. Het ziekenhuis kon niet voldoende gekwalificeerde dokters krijgen. De kosten liepen op en de kwaliteit daalde. Er kwamen onvoldoende patiënten voor een goede exploitatie. Bevolking en politiek eisten echter een volwaardig ziekenhuis in Emmeloord. De opvattingen over wat er met het ziekenhuis moest gebeuren liepen sterk uiteen. Er was geen duidelijkheid meer over wie voor wat

verantwoordelijk was. Overheden wilden ingrijpen in de private verantwoordelijken van de stichting. Noch de beroepsgroepen noch de inspectie greep direct in toen de kwaliteit onder de professionele en publieke normen zakte. De raad van bestuur had de stakeholders zo veel invloed gegeven, dat hij zijn eigen bestuurlijke verantwoordelijkheid niet meer kon uitoefenen. Pas na veel commotie kwam er een publiek rapport over de mogelijkheden voor Emmeloord en kwam er een interim-bestuurder, die deze mogelijkheden realiseerde.

Vooraf deze casus laat zien dat de vermenig-vuldiging van private, publieke en professionals governance tot verlamming en voortduren van een probleem kan leiden. De casus maakt ook duidelijk dat er maatschappelijke schade ontstaat als de grenzen van de governance werelden worden overschreden en instrumenten uit de ene governance wereld in een andere governance wereld gebruikt worden. Vanuit publieke organen is een aantal keren geïntervenieerd, terwijl noch verantwoordelijkheid noch bevoegdheden voor deze interventie in het publieke domein thuishoren.



Figuur 3: Verschuiving governance werelden

tisch. Ze verschuiven in de tijd, als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen en wet- en regelgeving. (Zie figuur 3.) De vorming van het College Beroepen en Opleidingen Gezondheidszorg vergroot de publieke invloed op de opleiding van professionals en vermindert de speelruimte van professionals governance. De invoering van marktwerking en de toekomstige mogelijkheid om winst uit te keren, vergroot de wereld van private governance van zorgaanbieders ten koste van publieke governance. De reacties uit de politiek als deze marktwerking tot kostenstijgingen leidt, maken duidelijk dat het moeilijk is de consequenties van verschuivingen tussen de governance werelden te accepteren.

Uit het onderzoek blijkt dat de combinatie van private, publieke en professionals governance in de Nederlandse gezondheidszorg niet altijd bijdraagt aan het voorkomen en oplossen van maatschappelijke problemen. In het overlappende gebied wordt het oplossen van problemen belemmerd doordat moraliteiten, doelen, machtsgebruik en instrumenten van private, publieke en professionals governance niet op elkaar zijn afgestemd en deels onderling strijdig zijn.

Private, publieke en professionals governance tezamen leiden niet tot duidelijkheid over wat goede zorg is. Er is geen coördinatiemechanisme tussen de drie governance werelden om onvoldoende kwaliteit van zorg te voorkomen of tijdig te corrigeren.

Bij het oplossen van problemen wordt de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de drie werelden soms over het hoofd gezien of genegeerd. Interventies vanuit de ene governance wereld in een andere, zonder rekening te houden met de verdeling en met moraliteit, principes en instrumenten in die andere wereld, vergroten de problemen en brengen een oplossing verder weg.

Problemen worden alleen opgelost als er één actor is met een duidelijk doel voor ogen, die samenhang tussen de drie governance werelden begrijpt en instrumenten uit verschillende governance werelden zo gebruikt, dat ze elkaar versterken in het realiseren van het doel.

Wat betekent het onderzoek voor zorgorganisaties? Het onderzoek was er niet primair op gericht om tot praktische aanbevelingen te komen. Daar leent de adviespraktijk zich beter voor dan de wetenschap. Aan het eind van de dissertatie (Hoek, 2007 hoofdstuk 16) worden veranderingen in de afzonderlijke governance werelden en in de samenhang ter discussie gebracht. De geïnteresseerde wordt daarnaar verwezen. Aan het slot van dit artikel volstaan we met een korte positionering van zorgorganisaties in het krachtenveld van private, publieke en professionals governance. Het is van groot belang dat bestuurders en toezichhouders van zorgorganisaties inzicht hebben in de hier beschreven complexiteit van governance van de gezondheidszorg en daarnaar handelen.

Zorgaanbieders zijn ondernemingen in zakelijke dienstverlening. Ze ontleen hun bestaansrecht aan het leveren van zorg aan individuen. Ze worden daarvoor betaald op contractbasis. Ze streven tenminste hun eigen continuïteit na en zullen winstgevendheid nastreven zodra dit is toegestaan.

Deze ondernemingen moeten een gezonde bedrijfsvoering hebben volgens normale zakelijke criteria. Ze moeten om kunnen gaan met kansen en risico's. Zij kunnen de risico's van de onderneming niet meer afwentelen op de overheid. Ze moeten zelf voldoende financiële reserves opbouwen om risico's te kunnen hanteren.

Dit alles betekent dat een zorgorganisatie zijn positie primair beschouwt vanuit private governance optiek en daarboven rekening houdt met kaders uit publieke governance en met keuzen uit professionals governance. De zorgorganisatie is er niet primair als uitvoerder van overheidbeleid en evenmin primair als werkplek voor de professionals. Zij is er omdat haar cliënten bereid zijn haar diensten af te nemen en daarvoor (direct of via premieheffing) te betalen. ZM

Auteur

Dr. ir. H. Hoek is directeur van C3 adviseurs en managers. Hij is interim-bestuurder en hij adviseert over governance en besturingsvraagstukken in de gezondheidszorg. In februari 2007 is hij gepromoveerd aan de Erasmus Universiteit Rotterdam op Governance & Gezondheidszorg.

Literatuur

Commissie Health Care Governance (commissie Meurs) (1999). Health Care Governance; Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse Gezondheidszorg. Commissie Health Care Governance, Soesterberg.

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

Jacobs, J. (1992). Systems of Survival; A dialogue on the moral foundations of commerce and politics. Vintage books: a division of Random House inc. New York, Tweede druk, januari 1994.