

Governance & Gezondheidszorg

Governance & Gezondheidszorg

Private, publieke en professionele
invloeden op zorgaanbieders in Nederland

Governance & Health Care
Private, Public and Professionals' Influences on Health Care Providers in the
Netherlands

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit
Rotterdam

op gezag van de rector magnificus
Prof.dr. S.W.J. Lamberts

en volgens besluit van het College voor Promoties.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op donderdag 22 februari 2007
om 11.00 uur

door

Hans Hoek

geboren te Rotterdam

Promotiecommissie

Promotoren:

Prof.dr. P.L. Meurs

Prof.dr. R.M. Lapré

Overige leden:

Prof.dr. T.E.D. van der Grinten

Prof.dr. J.A. van Manen

Prof.dr. J.A.M. Maarse

Inhoud

Voorwoord XI

Samenvatting XIII

Deel I Introductie 1

Inleiding 3

1 Introductie in de Nederlandse gezondheidszorg 6

1.1 Inleiding 6

1.2 De financiering van de gezondheidszorg 6

1.3 Het zorgaanbod 7

1.4 Toegankelijkheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg 9

1.5 Kwaliteit van de gezondheidszorg 11

1.6 Bestuurlijke organisatie zorgaanbieders 12

1.7 Stakeholders en hun rol 13

1.7.1 *Cliënten* 14

1.7.2 *Burgers* 14

1.7.3 *Medewerkers* 15

1.7.4 *Professionals* 15

1.7.5 *Andere zorgaanbieders* 16

1.7.6 *De zorgverzekeraar* 17

1.7.7 *Lokale en regionale overheden* 17

1.7.8 *De rijksoverheid* 18

1.7.9 *Politiek en publieke opinie* 19

1.7.10 *Europese gemeenschap* 20

1.8 Privaat, publiek, professioneel 20

2	Introductie in governance	23
2.1	Inleiding	23
2.2	Wat is governance?	23
2.3	Theorieën over governance	27
2.4	Doelen	28
2.5	Macht	30
2.6	Governance principes	31
3	Governance in de Nederlandse gezondheidszorg	35
4	Probleemstelling en onderzoeksopzet	38
4.1	Probleemstelling	38
4.2	Onderzoeksopzet	39
4.3	Methodologische verantwoording	40
4.4	Relevantie van het onderzoek	43
Deel II Theorie 45		
5	Algemene principes	47
5.1	Inleiding op het theoretisch deel	47
5.2	Maatschappelijke opvattingen	48
5.2.1	<i>Opvattingen over organisaties</i>	48
5.2.2	<i>Opvattingen over invloed op organisaties</i>	50
5.2.3	<i>Opvattingen over de overheid</i>	52
5.2.4	<i>Opvattingen over de rol van professionals</i>	53
5.2.5	<i>Opvattingen over vertrouwen en integriteit</i>	54
5.2.6	<i>Privaat, publiek en professional</i>	55
5.3	Moraliteiten	56
5.3.1	<i>Verschillende moraliteiten</i>	56
5.3.2	<i>De moraliteit van de private governance wereld</i>	58
5.3.3	<i>De moraliteit van de publieke governance wereld</i>	60
5.3.4	<i>De moraliteit van de professionals governance wereld</i>	61
5.3.5	<i>Combinatie van verschillende moraliteiten</i>	64
6	Private governance	68
6.1	Inleiding	68
6.2	Behoeftte aan private governance	69
6.3	De wettelijke grondslag voor private governance	70
6.3.1	<i>Rechtspersonen</i>	70
6.3.2	<i>Bestuur en toezicht</i>	72
6.3.3	<i>Medezeggenschap</i>	73
6.3.4	<i>Ingrijpen rechtbank</i>	74
6.3.5	<i>Specifieke governance aspecten van stichtingen</i>	74

- 6.4 Private governance in de praktijk 75
 - 6.4.1 *Governance van vennootschappen* 75
 - 6.4.2 *Governance van verenigingen* 77
 - 6.4.3 *Governance van stichtingen* 78
- 6.5 Theorie over private governance 80
- 6.6 Doelen 87
- 6.7 Macht 88
- 6.8 Governance principes 90
- 6.9 Samenvatting 91

- 7 Publieke governance 93**
 - 7.1 Inleiding 93
 - 7.2 Behoeftte aan publieke governance 94
 - 7.3 De wettelijke grondslag voor publieke governance 95
 - 7.4 Publieke governance in de praktijk 98
 - 7.4.1 *De rol van de overheid* 98
 - 7.4.2 *Sturing door de overheid* 101
 - 7.5 Theorie over publieke governance 103
 - 7.6 Publieke governance gericht op private organisaties met een publieke taak 109
 - 7.7 Doelen 115
 - 7.8 Macht 116
 - 7.9 Governance principes 118
 - 7.10 Samenvatting 119

- 8 Professionals governance 122**
 - 8.1 Inleiding 122
 - 8.2 Behoeftte aan professionals governance 123
 - 8.3 De wettelijke grondslag voor professionals governance 125
 - 8.4 Professionals governance in de praktijk 127
 - 8.4.1 *Beroepsverenigingen* 127
 - 8.4.2 *De opleiding tot professional* 129
 - 8.4.3 *Capaciteitsplanning* 131
 - 8.4.4 *Stand van de wetenschap* 133
 - 8.4.5 *Invloed en afstemming professionals op verschillende niveaus* 134
 - 8.4.6 *Medische staf* 136
 - 8.5 Theorie over professionals governance 137
 - 8.6 Doelen 142
 - 8.7 Macht 142
 - 8.8 Governance principes 144
 - 8.9 Samenvatting 145

- 9 Samenvatting en conclusies theoretisch deel 147**
 - 9.1 Verschillen en overeenkomsten tussen de governance werelden 147
 - 9.2 De combinatie van drie governance werelden 150
 - 9.3 Zorgaanbieders in drie governance werelden 152
 - 9.4 Slot 155

Deel III Empirie 157**10 Introductie op het onderzoek naar de praktijk 159****11 De Bloedvoorziening 160**

- 11.1 Inleiding 160
- 11.2 Beschrijving van de casus 160
- 11.3 Wat was het probleem? 163
- 11.4 Hoe is het probleem opgelost? 163
- 11.5 Analyse van de casus 164
 - 11.5.1 *Analyse van de uitgangssituatie* 164
 - 11.5.2 *Analyse van de probleemoplossing* 166
 - 11.5.3 *Analyse van de huidige situatie* 169
- 11.6 Conclusies uit deze casus 171

12 De Landelijke Huisartsen Vereniging 173

- 12.1 Inleiding 173
- 12.2 Beschrijving van de casus 173
 - 12.2.1 *Huisartsgeneeskunde in Nederland* 173
 - 12.2.2 *De ontwikkeling van 1950 tot 1970* 175
 - 12.2.3 *De ontwikkeling van 1970 tot 1992* 176
 - 12.2.4 *De ontwikkeling van 1992 tot 2004* 178
 - 12.2.5 *De structuur van de LHV tot eind 2004* 183
 - 12.2.6 *Vernieuwing LHV* 184
- 12.3 Wat was het probleem? 186
- 12.4 Hoe is het probleem opgelost? 187
- 12.5 Analyse van de casus 187
 - 12.5.1 *Ontwikkeling professie* 187
 - 12.5.2 *Beschikbaarheid professionals* 188
 - 12.5.3 *Financiële positie huisartsen* 189
 - 12.5.4 *Kwaliteit van de professie* 190
 - 12.5.5 *Gescheiden beroepsverenigingen* 191
 - 12.5.6 *Publieke bemoeienis met huisartsenzorg* 191
 - 12.5.7 *Indicatiestelling curatieve zorg* 192
 - 12.5.8 *Infrastructuur gezondheidszorg* 193
 - 12.5.9 *Private governance* 194
- 12.6 Conclusies uit deze casus 196

13 IJsselmeerziekenhuizen 199

- 13.1 Inleiding 199
- 13.2 Beschrijving van de casus 199
 - 13.2.1 *Geschiedenis* 199
 - 13.2.2 *De periode 1998 tot 2002* 201
 - 13.2.3 *Het jaar 2002* 203
 - 13.2.4 *Het jaar 2003* 208
 - 13.2.5 *De periode 2004 tot 2006* 209

- 13.3 Wat was het probleem? 211
 - 13.4 Hoe is het probleem opgelost? 212
 - 13.5 Analyse van de casus 213
 - 13.5.1 *Strategische keuzen van de raad van bestuur* 213
 - 13.5.2 *Verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg* 214
 - 13.5.3 *De betekenis van professionele kwaliteitsnormen* 215
 - 13.5.4 *Professionals governance invloeden* 217
 - 13.5.5 *Publieke governance invloeden* 217
 - 13.5.6 *Raadplegen van de stakeholders* 219
 - 13.5.7 *Invloed stakeholders* 220
 - 13.5.8 *Samenstelling raad van toezicht* 221
 - 13.6 Conclusies uit deze casus 223
- 14 Samenvatting en conclusies empirisch deel 226**

Deel IV Beschouwing 231

15 Conclusies 233

- 15.1 Inleiding 233
- 15.2 Zorgaanbieders in private, publieke en professionals governance werelden 233
- 15.3 Overeenkomsten en verschillen tussen de governance werelden 237
- 15.4 Zijn de principes van toepassing op de gezondheidszorg? 241
- 15.5 De combinatie van drie governance werelden in de gezondheidszorg 243
- 15.6 Slot 247

16 Discussie 249

- 16.1 Inleiding 249
- 16.2 Veranderingen in private governance 249
- 16.3 Veranderingen in publieke governance 252
- 16.4 Veranderingen in professionals governance 254
- 16.5 Veranderingen in de combinatie 256
- 16.6 Slot 257

Deel V 259

Afkortingen 261

Referenties 264

Noten 276

Summary 301

Curriculum vitae H. Hoek 305

Voorwoord

De wens om te promoveren ontstond uit nieuwsgierigheid. In mijn geval nieuwsgierigheid naar de werking van governance. Vraagstukken rond bestuur, toezicht en verantwoording maken reeds lang deel uit van mijn consultancy praktijk, afwisselend als adviseur en als interim-bestuurder. De invoering van het raad van toezicht model vroeg om herverdeling van bestuurlijke bevoegdheden in iedere organisatie. Gaandeweg ontstond de behoefte aan algemene spelregels voor de omgang tussen raad van bestuur en raad van toezicht. Die behoefte viel samen met de ontwikkeling van governance in het bedrijfsleven. Dat leidde tot de vraag of governance ook in de gezondheidszorg nodig was. Met de commissie Health Care Governance hebben we de eerste governance aanbevelingen voor de gezondheidszorg gedaan en de basis gelegd voor de huidige codificering.

Al tijdens het vormgeven van deze praktische aanbevelingen werd ik nieuwsgierig naar de theoretische achtergronden van het raad van toezicht model. De zorg heeft het model overgenomen van de structuurvennootschap, maar was het daar wel zo goed doordacht en kon het theoretisch onderbouwd worden? Kun je governance uit een situatie met aandeelhouders wel vertalen naar zorgorganisaties die geen aandeelhouders hebben? Doordenkend op die vragen ontstond de dieper liggende vraag hoe governance in de zorg nu eigenlijk in elkaar zit en hoe het werkt. Dat leidde uiteindelijk tot de gedachte dat de zorg te maken heeft met private, publieke en professionals governance. De vraag hoe dat werkt, is de probleemstelling van mijn promotieonderzoek geworden. De weerslag daarvan is te vinden in dit boek.

Promoveren naast een consultancy praktijk en de leiding van een adviesbureau heeft nadelen. Het wordt een lange weg, waarin je voortdurend keuzen moet maken die je eigenlijk niet wilt maken. Die lange weg heeft ook voordelen. Net als goede wijn wordt het inzicht in het onderwerp rijper. Als je het een tijdje laat liggen gaat de hardheid er af en wordt het inzicht complexer maar ook harmonieuzer. Net als goede wijn moet het inzicht niet te lang rijpen. Dan is het over de top, verzuurt het en heeft niemand er meer belangstelling voor. Het kan geen toeval zijn dat de rijpingstijd van deze dissertatie vergelijkbaar is geworden met die van de grote Italiaanse wijnen waar ik liefhebber van ben.

Wijnmakers zijn over het algemeen eigengereide types, bij wie alles moet wijken om die goede wijn te maken. Voor mijn promotieonderzoek geldt een beetje hetzelfde. Voor die ambitie moest het nodige wijken. Dat heeft gedurende het rijpingsproces veel begrip en geduld van mijn directe omgeving gevraagd. Ik ben Irene en mijn collegae van C3 dankbaar, dat ze dat geduld hebben opgebracht en me ‘with carrot and stick’ zijn blijven stimuleren het onderzoek af te maken. Pauline Meurs en Ruud Lapré, mijn beide promotoren, zullen wel eens getwijfeld hebben of het er ooit van zou komen. Maar als ik dan soms na lange tijd weer met het volgende deel van het onderzoek kwam, pakten ze direct de draad weer op. Ik dank hen voor de inhoudelijke reacties, de stimulansen en de samenwerking. Dank ben ik ook verschuldigd aan degenen die kritisch delen van de dissertatie beoordeeld hebben en aan de leden van de kleine commissie, die het geheel getoetst hebben. Tenslotte dank ik mijn vele relaties en klanten, die soms voorzichtig en andere keren heel direct, bleven zeggen dat ik toch echt het promotieonderzoek af moest maken.

Hans Hoek
Ermelo
Oktober 2006

Samenvatting

Governance in de Nederlandse gezondheidszorg is ingewikkeld. Zorgaanbieders moeten werken in de combinatie van private, publieke en professionals governance. Onderzocht is hoe die combinatie in elkaar zit en hoe governance in de zorg functioneert.

Governance bestaat doorgaans uit spelregels en omgangsvormen voor bestuur, toezicht en verantwoording. Deze spelregels en omgangsvormen moeten ervoor zorgen dat organisaties of personen de belangen, die aan hen zijn toevertrouwd, zo goed mogelijk behartigen.

Iedere sector in de maatschappij heeft tegenwoordig met governance te maken. Ook de gezondheidszorg. In Nederland wordt zorg en behandeling geleverd door private organisaties en personen. Organisaties zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties. Personen zoals huisartsen, medisch specialisten en fysiotherapeuten. Zorg wordt verleend op basis van private contracten tussen zorgaanbieder, zorgvrager en zorgverzekeraar.

Zorgaanbieders hebben hun eigen private belangen, zoals de continuïteit van de eigen organisatie. Maar ze moeten ook bijdragen aan de publieke belangen die de overheid voor de gezondheidszorg wil behartigen. En ze dienen rekening te houden met de professionele opvattingen over zorgverlening en de belangen van de zorgprofessionals.

Private, publieke en professionele belangen vragen ieder hun eigen governance. Er worden immers verschillende doelen gesteld. Er heersen verschillende morele opvattingen en omgangsvormen, in deze studie aangeduid als moraliteiten. Er gelden verschillende governance principes en er worden verschillende instrumenten gebruikt.

Moraliteiten, doelen, principes en instrumenten van private, publieke en professionals governance zijn onderling zo verschillend, dat gesproken kan worden over verschillende governance werelden.

Zorgaanbieders moeten functioneren in de combinatie van die drie governance werelden. Ze zijn genoodzaakt steeds afwegingen te maken tussen – en binnen – private, publieke en professionele belangen. Ze hebben te voldoen aan de eisen van de drie governance werelden. Zowel de doelen als de inrichting van de governance kunnen onderling strijdig zijn.

In deze studie is onderzocht hoe de combinatie van de private, publieke en professionals governance wereld functioneert voor Nederlandse zorgaanbieders.

De Introductie in deel 1 bestaat uit een verkenning van het onderzoeksveld en de probleemstelling. De inleiding beschrijft de opbouw van het boek. In hoofdstuk 1 staat hoe de gezondheidszorg wordt gefinancierd en hoe het zorgaanbod is georganiseerd. Ook gaan we in op de publieke verantwoordelijkheid voor toegankelijkheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg.

Dan komt de bestuurlijke organisatie van zorgaanbieders aan de orde. Zorgaanbieders zijn zelfstandige professionals, organisaties of een combinatie van beide. Zorgorganisaties zijn private rechtspersonen, die private contracten afsluiten met hun klanten en de zorgverzekeraars en/of zorgkantoren. Meestal gaat het om stichtingen met een raad van bestuur onder toezicht van een raad van toezicht. Ze hebben te maken met veel stakeholders. Het vervolg van hoofdstuk 1 beschrijft de rol van deze stakeholders.

Het begrip governance is in hoofdstuk 2 beschreven. Het hoofdstuk beantwoordt de vraag wat governance eigenlijk is. Het gaat in op de theoretische achtergrond, de doelen, de omgang met macht en de principes van governance. Governance kan instrumenteel gedefinieerd worden, maar ook gezien worden vanuit belangenbehartiging of afweging van belangen. Het kan gebruikt worden als middel om de macht van het bestuur te beperken en dat bestuur te corrigeren. Of beschouwd worden als middel om maatschappelijk vertrouwen te scheppen, maatschappelijke problemen te voorkomen of op te lossen.

Na de introducties op gezondheidszorg en op governance afzonderlijk gaat hoofdstuk 3 in op de combinatie van governance en de Nederlandse gezondheidszorg. Dat levert het beeld op van drie overlappende governance werelden, zoals weergegeven in figuur 3.1. De probleemstelling van het onderzoek, de onderzoeksopzet, de methodologische verantwoording en de relevantie van het onderzoek staan beschreven in hoofdstuk 4.

Hoofdstuk 5 is het eerste hoofdstuk van Deel II Theorie. Het beschrijft hoe de verdeling tussen private, publieke en professionals governance voor de gezondheidszorg bepaald wordt door maatschappelijke opvattingen. Daarna wordt aan de hand van het gedachtegoed van Jacobs (1992) en Freidson (2001) beredeneerd dat de drie governance werelden gestoeld zijn op verschillende moraliteiten.

Zo is private governance gebaseerd op ruil tussen gelijkwaardige partners. Resultaten komen door onderhandelingen tot stand. Hier geldt het 'commercial moral syndrome'. In de publieke governance wereld overheerst juist de gedachte dat resultaten afgedwongen worden door hiërarchie en gebruik van macht. Jacobs noemt dit het 'guardian moral syndrome'. Voor professionals governance hebben we in deze studie een derde moraliteit afgeleid, die we het 'professional moral syndrome' hebben genoemd. Deze moraliteit is gestoeld op het gebruik van kennis en groepsbinding.

We gaan in op de vraag wat het betekent als de drie moraliteiten tegelijkertijd geldig zijn, zoals in het overlappende gebied van de drie governance werelden in de gezondheidszorg.

De hoofdstukken 6, 7 en 8 bevatten een theoretische beschrijving en een analyse van de private, publieke en professionals governance afzonderlijk. Voor elke governance wereld kijken we naar de behoefte aan governance, de wettelijke grondslag, de praktijk en de beschikbare theorie. Hoofdstuk 7 geeft bovendien afzonderlijk aandacht aan de positie van private organisaties met een publieke taak, ook wel hybride organisaties genoemd.

De resultaten van de afzonderlijke analyses komen samen in hoofdstuk 9. We benoemen de overeenkomsten en verschillen tussen de drie governance werelden. We bekijken hoe zorgaanbieders functioneren in de combinatie van private, publieke en professionals governance.

De conclusie is dat we de werking van de drie governance werelden voor de zorg alleen kunnen verklaren en begrijpen, als we de complexe werkelijkheid van veel stakeholders met verschillende belangen accepteren. Het is niet zinvol de werkelijkheid te vereenvoudigen tot één principaal-agent relatie, waarbij de organisatie slechts één belang heeft te dienen. Dat draagt niet bij aan het oplossen van maatschappelijke problemen. Zorgorganisaties moeten de verschillende belangen wegen en met diverse stakeholders onderhandelen en compromissen sluiten. Alleen op die manier kunnen zij beleidskeuzen maken en resultaten bereiken. Iedereen stakeholder is speler in dit onderhandelingsspel. Ook de overheid kan dat spel niet eenzijdig sturen en het publieke belang opleggen aan zorgaanbieders.

Met het referentiekader en de kijkrichtingen uit het theoretisch deel, onderzoeken we in Deel III het functioneren van zorgaanbieders in de combinatie van private, publieke en professionals governance in de praktijk. Dat gebeurt aan de hand van drie casussen.

De eerste casus gaat over de vorming van Sanquin Bloedvoorziening per 1 januari 1998. Voldoende kwaliteit en kwantiteit van veilige bloedproducten wordt gezien als een publiek belang. De overheid wil dat Nederland zelfvoorzienend is in alle bloedproducten voor de eigen bevolking.

Vóór 1998 kon dat publieke belang, door een groot aantal private bloedbanken en het CLB, niet voldoende gediend worden. Dat was aanleiding tot een herstructurering. Daarbij is de invloed van publieke governance vergroot ten koste van private governance. De uitvoering van de bloedvoorziening is sinds 1998 in handen van een private organisatie binnen publieke kaders. Uit evaluatie is inmiddels gebleken dat die herstructurering het beoogde effect heeft gehad. De publieke belangen worden goed geborgd en de professionaliteit van de bloedvoorziening is toegenomen.

De tweede casus onderzoekt de invloed van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op de huisartsenzorg in Nederland. Gedurende lange tijd waren LHV en NHG (Nederlands Huisartsengenootschap) verantwoordelijk voor kwantiteit en kwaliteit van de Nederlandse huisartsen. Ook zorgden ze ervoor dat het vak huisartsgeneeskunde zich wetenschappelijk en in de praktijk ontwikkelde. De overheid vertrouwde het monopolie op de huisartsgeneeskunde toe aan de beroepsgroep. Ze ondersteunde deze situatie met maatregelen.

Begin jaren negentig bleek dat deze situatie niet kon blijven bestaan. Dat kwam onder andere door het 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 overheersende invloed van de professionals governance wereld en 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.

De derde casus gaat over het ziekenhuis in Emmeloord. Daar ontstonden problemen toen het niet meer lukte om een volledig algemeen ziekenhuis in functie te houden. Het

ziekenhuis in Emmeloord is onderdeel van de stichting IJsselmeerziekenhuizen. Deze casus laat zien hoe de IJsselmeerziekenhuizen gezocht hebben naar oplossingen voor de curatieve zorg in Emmeloord. Ze moesten daarbij opereren in het spanningsveld tussen verschillende belangen en met bemoeienis van vele stakeholders. De gecombineerde invloed van private, publieke en professionals governance stond het bereiken van een oplossing lange tijd in de weg. De kwaliteit van zorg zakte inmiddels onder een aanvaardbaar niveau, zonder dat ingegrepen werd.

Hoofdstuk 14 sluit het praktijkdeel af met conclusies over de overeenkomsten tussen de casussen.

Deel VI brengt de resultaten van theorie en empirie samen. Hoofdstuk 15 beschrijft de conclusies uit het onderzoek. De combinatie van private, publieke en professionals governance is complex en functioneert niet zo goed. We hebben geconstateerd dat private, publieke en professionele governance weinig gemeenschappelijk hebben en deels zelfs strijdig zijn. Doelen en moraliteiten zijn verschillend. Er wordt verschillend met macht omgegaan en de governance principes zijn verschillend. De theoretische onderbouwing van de drie governance werelden laat te wensen over. De combinatie is alleen theoretisch te begrijpen als uitgegaan wordt van gelijkwaardige partijen die met elkaar onderhandelen. De agency theorie, waarbij één partij (principaal) bepalend is voor wat de raad van bestuur (agent) moet doen is voor de gezondheidszorg onbruikbaar, terwijl deze toch in private en publieke governance de gangbare theorie is om governance te verklaren.

De afstemming tussen de drie werelden laat te wensen over. De combinatie biedt geen garanties voor good governance. Zij draagt niet bij aan het voorkomen en oplossen van problemen. De complexiteit wordt door veel betrokkenen niet doorzien. Het is soms onduidelijk wie verantwoordelijk en bevoegd is. Daardoor worden verkeerde interventies gedaan. Die interventies vergroten het probleem.

In deze studie hebben we beredeneerd dat governance mede tot doel heeft maatschappelijke problemen te voorkomen of op te lossen. De combinatie van private, publieke en professionals governance in de zorg biedt daar niet zonder meer garanties voor. Hoewel goede kwaliteit van zorg in alle drie governance werelden van belang is, borgt de combinatie niet dat ingegrepen wordt als die zorg onder de maat is.

Toch is het mogelijk om binnen deze combinatie veranderingen tot stand te brengen en problemen op te lossen. Een bestuurder die de complexiteit doorziet en daar handig gebruik van maakt, kan veel bereiken. Zo'n bestuurder speelt het spel in iedere governance wereld volgens de daar geldende mores en spelregels. Hij stemt zijn handelen in de drie werelden op elkaar af. Hij gebruikt zo mogelijk resultaten uit de ene wereld bij volgende stappen in een andere governance wereld. Hij is flexibel en zorgt voor speelruimte om te kunnen onderhandelen over de marges, zonder het hoofddoel uit het oog te verliezen. Hij maakt gebruik van governance instrumenten uit de drie werelden op zo'n manier dat ze elkaar versterken. Hij houdt zich in iedere governance wereld aan de daar geldende moraliteit. Hij handelt als partner in de onderhandelingen met gelijkwaardige partijen. Die bestuurder kan de minister van VWS zijn, zoals in de onderzochte Sanquin casus. Vaker zal het de raad van bestuur van een zorgorganisatie zijn, die succesvol zijn weg vindt in het governance-complexe van de gezondheidszorg.

De combinatie van private, publieke en professionals governance in de gezondheidszorg moet geaccepteerd worden. Het is niet mogelijk één van de governance invloeden te elimineren. Evenmin is het mogelijk of wenselijk één van de drie governance werelden het primaat over beide anderen te geven. Zorgaanbieders moeten dus tegelijk in drie governance werelden functioneren. Als die werkelijkheid geaccepteerd wordt, zijn er verscheidene verbeteringen mogelijk. Deze verbeteringen staan in hoofdstuk 16. Zij vergroten de inzichtelijkheid van de combinatie van private, publieke en professionals governance.

Meer dan nu moet begrepen en geaccepteerd worden dat zorgverlening zich in de private governance wereld plaatsvindt en geen publieke zaak is. Dat stelt eisen aan de organisatie van deze vorm van zakelijke dienstverlening en aan de inrichting van de governance van zorgondernemingen. Als zorgaanbieders private ondernemingen zijn, heeft dat betekenis voor de kaders die de overheid aan die ondernemingen kan opleggen en dus voor de inrichting van publieke governance. Er kan niet meer op alles ingegrepen worden en er moet worden gestuurd op hoofdlijnen. Verantwoording van zorgaanbieders moet gericht zijn op de publieke doelen en het maatschappelijk verkeer en niet op alle interne bedrijfsinformatie.

Die verantwoording is een belangrijk verbeterpunt voor professionals governance. Er is een inhaalslag nodig om in professionals governance de gebruikelijke principes zoals het raadplegen van stakeholders, het afleggen van verantwoording tot stand te brengen. Ook voor professionals mag gelden dat je de regels toepast of uitlegt waarom je afwijkt (comply or explain).

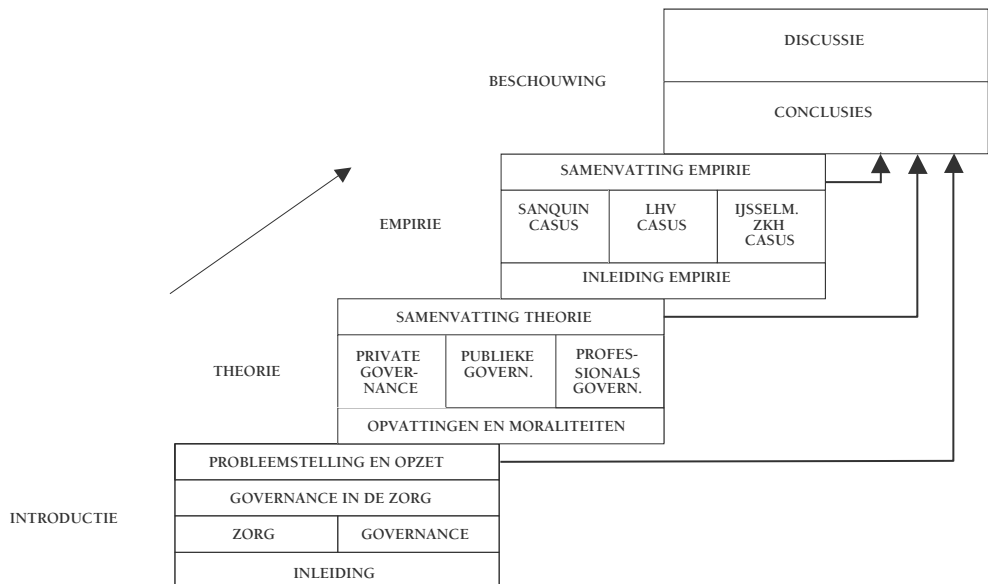
Het samenspel tussen private, publieke en professionals governance is voortdurend in beweging. Daarbij moet wel steeds helder zijn wie voor wat verantwoordelijk en bevoegd is. Als een verantwoordelijkheid op meer plaatsen is belegd of de bevoegdheid ontbreekt, dan ontstaat een onwerkbaar situatie. Bij alle veranderingen moet goed in het oog gehouden worden dat die verantwoordelijkheid en bevoegdheid samen op één plaats zijn ondergebracht.

Uit de studie is gebleken dat de overheid soms bij gelijke vraagstukken verschillende keuzen maakt voor professionals en voor zorgorganisaties, zonder dat de ratio voor dat verschil duidelijk is. Dat is een ongewenste situatie, die voorkomen moet worden. Waar het de indicatiestelling betreft moeten deze verschillende keuzen heroverwogen worden. Er zal een nieuw evenwicht tussen private, publieke en professionals governance gevonden moeten worden. De invloed van publieke governance op professionals governance zal op sommige punten vergroot moeten worden om maatschappelijk ongewenste situaties te voorkomen. Beslissingen van een professionele groep, die maatschappelijke consequenties hebben zouden publiek getoetst en goedgekeurd moeten worden, waardoor ook de maatschappelijke consequenties aanvaard worden.

Deel I Inleiding

Opbouw studie

private, publieke en professionals governance zorgaanbieders



Inleiding

Dit boek doet verslag van een onderzoek naar governance van zorgaanbieders in de Nederlandse gezondheidszorg. De gezondheidszorg in Nederland is een complex gebouw van een gemengd publiek/privaat financieringsstelsel, zorgverlening door private marktpartijen onder sterke publieke controle en grote professionele autonomie van zorginhoudelijke professionals.

De gezondheidszorg wordt in Nederland in hoofdzaak geleverd door zelfstandig werkende professionals en door privaatrechtelijke rechtspersonen¹. Die rechtspersonen worden zorgorganisaties of zorginstellingen genoemd². Zowel zelfstandige professionals als zorgorganisaties hebben voortdurend te maken met private, publieke en professionele invloeden op aspecten van hun handelen.

Sinds het begin van de negentiger jaren wordt internationaal onderkend dat zowel private organisaties als overheden alleen goed functioneren als hun governance op orde is. Dat wil zeggen dat ze goed bestuurd worden, dat er goed toezicht op dat bestuur is en dat de verantwoording over bestuur en toezicht aan belanghebbenden goed geregeld, inzichtelijk en transparant is. Goede governance is zowel in de private sector als in de publieke sector van belang. In de publieke sector heeft governance niet alleen betrekking op goed landsbestuur, maar ook op de wijze waarop het landsbestuur probeert te waarborgen dat de overheidsdoelen worden gerealiseerd. Governance omvat toezicht op en verantwoording door het ambtelijk apparaat en zelfstandige entiteiten³ die (mede) overheidstaken uitvoeren.

Zorgorganisaties hebben met governance in beide betekenissen te maken. Enerzijds hebben zij zich te houden aan de governance spelregels voor private organisaties. Anderzijds spelen ze een rol in het realiseren van overheidsdoelen op het gebied van volksgezondheid en hebben ze te maken met governance spelregels die de overheid daartoe oplegt.

In de gezondheidszorg zijn medische en paramedische professionals werkzaam die hun eigen bestuurlijke structuur hebben om professionaliteit te ontwikkelen en in stand te houden. Ook daar spelen principes van bestuur, toezicht en verantwoording een rol. Ook daar is een stelsel van spelregels voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording nodig dat bijdraagt aan het goed functioneren van de professionele groep. De professionals hebben dus hun eigen vormen van governance, die met beide andere vormen van governance invloed hebben op het functioneren van zorgaanbieders.

Zorgaanbieders staan dus onder invloed van drie governance systemen. In deze studie zijn die aangeduid als *private governance*, *publieke governance* en *professionals governance*⁴. Private, publieke en professionals governance zijn gericht op verschillende doelen, er leven verschillende opvattingen, de culturen zijn verschillend en ze zijn verschillend georganiseerd. Omdat er zo veel aspecten verschillend zijn, is gekozen voor het begrip *governance werelden* om het geheel van de verschillen aan te duiden. De drie werelden overlappen elkaar en stellen verschillende eisen aan de zorgaanbieder. Dat maakt de governance van zorgaanbieders complex en soms weinig inzichtelijk.

Doel van het onderzoek is om die complexiteit te onderzoeken en daarmee het inzicht in de governance van zorgaanbieders te vergroten. Onderzocht is hoe zorgaanbieders kunnen functioneren in de drie overlappende governance werelden. Het onderzoek bestaat uit een theoretisch en een empirisch deel. In het theoretisch deel zijn de drie governance werelden afzonderlijk en in hun samenhang geanalyseerd. Daarbij is onder andere gekeken naar maatschappelijke opvattingen, moraliteiten, beschikbare theorie, te bereiken doelen, de omgang met macht en de gebruikte governance principes en instrumenten. Dit leidt tot een conceptueel kader voor het empirisch onderzoek.

In het empirisch deel zijn drie praktijkcasussen onderzocht, waarin de combinatie van de drie governance werelden een grote rol speelt. Onderzocht zijn de vorming van Sanquin Bloedvoorziening, de ontwikkeling van de Landelijke Huisartsen Vereniging en de maatschappelijke positionering van de IJsselmeerziekenhuizen. De combinatie van theorie en empirie geeft antwoord op de vraag hoe zorgaanbieders functioneren in drie governance werelden en verschaft inzicht in de complexiteit van de combinatie van die werelden. Het onderzoek levert inzicht welke handelwijzen wel en welke niet succesvol zijn. Het onderzoek draagt discussiepunten aan voor verbeteringen en voor de maatschappelijke dialoog over governance in de gezondheidszorg.

Dit boek is opgebouwd uit vier delen. De opbouw is weergegeven in het schema op pagina 2. Ieder deel legt de bouwstenen voor het volgende deel.

In *deel I Introductie* wordt het onderzoeksveld verkend en beschreven. Hoofdstuk 1 geeft een introductie in de Nederlandse gezondheidszorg. De introductie in governance is in hoofdstuk 2 beschreven. Hoofdstuk 3 brengt beide samen tot governance in de gezondheidszorg. Hiermee zijn de bouwstenen gelegd voor het formuleren van de probleemstelling en het beschrijven van de onderzoeksopzet in hoofdstuk 4. In dit hoofdstuk is tevens de methodologische verantwoording en de relevantie van het onderzoek opgenomen.

Deel II Theorie doet verslag van het theoretische deel van het onderzoek. Maatschappelijke opvattingen en moraliteiten zijn bepalend voor de inrichting van governance. Deze worden in hoofdstuk 5 beschreven. In de hoofdstukken 6, 7 en 8 worden private, publieke en professionals governance afzonderlijk beschreven en geanalyseerd. Hoofdstuk 9 brengt de resultaten van het theoretisch onderzoek samen en legt verbanden tussen de verschillende governance werelden. Dit hoofdstuk leidt tot voorlopige conclusies, die de input vormen voor het beschouwende deel IV.

Het theoretisch deel levert het referentiekader en de kijkrichtingen voor *deel III Empirie*. Na een korte introductie in hoofdstuk 10, bevatten de hoofdstukken 11, 12 en 13 het onderzoek naar de drie casussen. In deze hoofdstukken wordt tevens getoetst of de theoretische gedachten overeenkomen met de praktijk. Hoofdstuk 14 brengt de kennis uit de casussen samen en leidt tot tussenconclusies, die net als in hoofdstuk 9 input vormen voor het beschouwende deel.

In *deel IV Beschouwing* komt de kennis en informatie uit de eerste drie delen samen. Hoofdstuk 15 geeft antwoord op de probleemstelling en bevat de conclusies, die uit het onderzoek getrokken worden. In hoofdstuk 16 worden gewenste veranderingen in de governance van zorgaanbieders in discussie gebracht.

1

Introductie in de Nederlandse gezondheidszorg

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een introductie gegeven op de Nederlandse gezondheidszorg. De introductie heeft twee doelen. Enerzijds om aan het begin enig inzicht te verschaffen in de omvang en de organisatie van het zorgveld. Anderzijds om die elementen te benoemen, die noodzakelijk zijn voor het onderzoek naar de governance van zorgaanbieders. Bij de beschrijving is geen volledigheid betracht.

Lezers die bekend zijn met de gezondheidszorg zullen geen nieuwe dingen tegenkomen. Zij kunnen dit hoofdstuk indien gewenst overslaan. Het hoofdstuk beoogt om lezers met minder kennis van de gezondheidszorg voldoende inzicht te geven voor het lezen van de rest van dit boek, welk inzicht vooral bij lezing van de praktijkcasussen van belang is.

1.2 De financiering van de gezondheidszorg

In Nederland werd in 2004 € 57,5 miljard uitgegeven aan gezondheidszorg (RIVM, 2006). Dat is 12,8% van het Bruto Binnenlands Product en € 3.661 per hoofd van de bevolking (www.cbs.nl/statweb). De gezondheidszorg is verantwoordelijk voor 13% (CBS, 2004) van de Nederlandse economie. Van de Nederlandse beroepsbevolking is 18,3% (CBS, 2004) werkzaam in de gezondheidszorg¹. De gezondheidszorg is enerzijds een grote maatschappelijke kostenpost, maar levert anderzijds ook een belangrijke bijdrage aan de economie.

De gezondheidszorg wordt in meerderheid gefinancierd door premies, die door de burgers betaald worden. Iedere Nederlander is verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten. Er is een basisverzekering die voor iedereen geldt en voor iedereen toegankelijk is². Daarnaast is er een aanvullend verzekeringspakket, waar iedere burger zelf voor kan kiezen. De premies voor de verplichte basisverzekering en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) worden door de Belastingdienst geïnd en door de overheid

herverdeeld. De premies voor aanvullende verzekeringen worden door de verzekerde aan de zorgverzekeraar betaald. Voor sommige behandelingen zijn eigen bijdragen verplicht. Niet verzekerde behandelingen worden door de cliënt rechtstreeks aan de behandelaar betaald³. In de komende jaren zal de AWBZ worden gesplitst in een deel dat naar de zorgverzekering gaat, een klein deel echt onverzekerbare risico's, dat mogelijk AWBZ blijft en een deel dat via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) de verantwoordelijkheid van de gemeenten wordt.

De premies voor basisverzekering en aanvullende verzekeringen zijn samen met eigen bijdragen goed voor financiering van 54% van de zorgkosten. Uit de AWBZ wordt 45% van de kosten betaald. Uit directe belastingen wordt slechts 1% van de kosten betaald (www.rivm.nl).

Als 99% van de kosten van de zorg betaald worden uit premies, is het niet vanzelfsprekend om deze middelen te beschouwen als publieke middelen, waar de overheid zeggenschap over moet hebben. Toch is dit de gebruikelijke opvatting. Omdat de premies voor gezondheidszorg in belangrijke mate mede bepalend zijn voor het besteedbaar inkomen van de meerderheid van de Nederlandse burgers en de herverdeling ervan via de overheid loopt, wil de overheid invloed hebben op de hoogte van de premies en op het pakket dat daarvoor geleverd wordt. Daarom worden deze premies beschouwd als 'collectieve middelen' en toegevoegd aan de begroting van VWS. De overheid bepaalt het totale budgettaire kader voor de gezondheidszorg (BKZ)⁴, bepaalt de hoogte van de premies en de verzekerde pakketten van de basisverzekering en AWBZ en bepaalt hoe hoog eigen bijdragen van verzekerden moeten zijn en voor welke 'verstrekkingen' die zullen gelden.

De laatste decennia richt de overheid zich op het beperken van de kosten(stijgingen) van de gezondheidszorg. Deze kostenbeheersing is naast het bewaken van de kwaliteit van de gezondheidszorg een belangrijke drijfveer voor de overheid voor intensieve bemoeienis met de organisatie en de uitvoering van de zorg.

1.3 Het zorgaanbod

De Nederlandse gezondheidszorg kan op hoofdlijnen in drie groepen worden ingedeeld; gezondheidsbevordering, cure en care⁵.

Gezondheidsbevordering is vooral een zaak van de overheid. De meeste activiteiten, die erop gericht zijn om de algemene gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking te verhogen, worden door of vanwege de overheid uitgevoerd. Dat betreft onder andere voorlichtingscampagnes, epidemiologisch onderzoek en bevolkingsonderzoek (onder andere naar borstkanker en baarmoederhalskanker), die landelijk georganiseerd zijn. Lokaal wordt door de GGD'en (Gemeentelijke Geneeskundige Diensten) vaccinatie uitgevoerd, onderzoek gedaan naar en advies gegeven over de gezondheid van de schooljeugd.

Cure staat voor alles wat met behandeling, genezing en stabilisering van ziekten te maken heeft. De meeste *cure* processen beginnen bij de *huisarts* die in Nederland beschouwd wordt als ‘poortwachter’ voor de toegang tot de rest van de gezondheidszorg. Iemand die denkt ziek te zijn, wendt zich in eerste instantie tot de huisarts.

Deze neemt een anamnese af, doet zo nodig onderzoek en stelt een diagnose en kan zelf een behandeling inzetten, dan wel doorverwijzen naar een andere meer gespecialiseerde behandelaar of behandelorganisatie. Huisartsen zijn zelfstandig gevestigde professionals met een eigen praktijk en een eigen bedrijfsvoering. De huisarts krijgt voor iedere ingeschreven patiënt een vast bedrag⁶ per jaar vergoed, aangevuld met modules⁷, waarover hij met de zorgverzekeraars een afspraak maakt. Daarnaast declareert de huisarts een bedrag⁸ per consult. De huisartsen zijn verplicht met iedere zorgverzekeraar, waar een ingeschreven patiënt is verzekerd, een contract af te sluiten.

Medisch specialistische behandeling wordt gegeven in academische, algemene en categorale *ziekenhuizen* en in organisaties voor geestelijke gezondheidszorg. In toenemende mate worden patiënten ook behandeld in zelfstandige behandelcentra (ZBC) en privé-klinieken. De behandeling kan ambulante zijn (poliklinische behandeling) of om kortere of langere opname vragen (dagbehandeling of klinische behandeling). Meestal zijn deze verschillende vormen van behandeling tegenwoordig onderdeel van één organisatie, doorgaans een stichting⁹. De zorgverleners (verpleegkundigen, laboranten, therapeuten, artsen) zijn in dienst van de stichting. Dat geldt niet voor medisch specialisten in algemene ziekenhuizen. De meerderheid van de medisch specialisten is ‘vrij gevestigd’. Medisch specialisten oefenen ‘voor eigen rekening en risico’ hun vak uit. Ze sluiten individueel een toelatingscontract met het ziekenhuis en vormen met hun vakgenoten van dezelfde discipline een maatschap. Voor het uitoefenen van dat vak hebben ze het ziekenhuis hard nodig, omdat daar alle infrastructuur aanwezig is¹⁰. Een patiënt die voor bijvoorbeeld een blindedarmoperatie wordt opgenomen in het ziekenhuis, heeft dus feitelijk met twee instanties van doen, de rechtspersoon ‘ziekenhuis’ en de chirurg¹¹. Tot voor kort kreeg hij ook van beide een aparte rekening. Het naast elkaar bestaan van de organisatie van de medisch specialist en van het ziekenhuis is een reeds lang bestaand probleem, overigens niet alleen in Nederland. De laatste jaren is geprobeerd de samenhang te vergroten door het invoeren van het ‘medisch geïntegreerd bedrijf’ met gezamenlijke verantwoordelijkheid van ziekenhuisbestuur en (bestuur van de) medici. Het voorgaande is beschreven voor het algemene ziekenhuis, maar het geldt in belangrijke mate ook voor het *Cure* gedeelte van de geestelijke gezondheidszorg en voor academische ziekenhuizen, alhoewel psychiaters en medisch specialisten in academische ziekenhuizen in dienst zijn van de organisatie en de extra problemen van het vrije ondernemerschap zich daar niet voordoen. Academische ziekenhuizen krijgen naast hun budget voor het leveren van gezondheidszorg een extra budget (‘de academische component’) voor het uitvoeren van hun academische taak (onderwijs, onderzoek en een deel van de topreferente zorg). Inmiddels zijn Medische Faculteiten en Academische ziekenhuizen geïntegreerd tot Universitaire Medische Centra. Zij hebben te maken met zowel het ministerie van VWS als van OCW. De minister van OCW benoemt en ontslaat de leden van de raad van toezicht van een UMC.

Organisaties voor geestelijke gezondheidszorg¹² bevinden zich zowel in de wereld van cure als die van *Care*. Voor ernstige psychiatrische patiënten en verslaafden is vaak geen genezing meer mogelijk en rest bescherming en goede verzorging. Care is in het algemeen gericht op ondersteuning, verzorging, verpleging en zo nodig huisvesting van mensen, die met beperkingen in hun gezondheid, fysieke of geestelijke mogelijkheden moeten leven. Behandeling biedt geen soulaas om de beperkingen op te heffen. De zorg is erop gericht de kwaliteit van leven zo groot mogelijk te maken en de betreffende persoon te ondersteunen bij een zo normaal mogelijk leven. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen leveren de combinatie van zorg en verblijf voor ouderen. Organisaties voor lichamenlijk en/of verstandelijk gehandicapten en voor psychiatrische patiënten en verslaafden doen hetzelfde voor hun doelgroepen.

Thuiszorg organisaties leveren zorg en ondersteuning bij mensen thuis. Hun cliënten wonen in hun eigen huis en ontvangen daar de zorg.

Al deze organisaties ontvangen hun middelen vanuit de AWBZ. De manier waarop AWBZ gefinancierde instellingen hun cliënten verkrijgen, is anders dan in de cure. Wanneer bij een burger de noodzaak ontstaat om een van deze vormen van zorg of ondersteuning te krijgen dan moet hij (of zijn familie of de huisarts) een aanvraag voor indicatie indienen bij een van de regionale kantoren van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) Het CIZ toetst of de aanvraag terecht is, dat wil zeggen of iemand recht op de zorg heeft en of de zorg noodzakelijk is en geeft een indicatie af. Met die indicatie, die recht op zorg geeft, kan de betreffende burger dan verschillende zorgaanbieders benaderen om te kijken of een van hen de zorg kan bieden op een manier waarop de cliënt dat wil. Bij sommige vormen van zorg, zoals verpleeghuiszorg, betekent de indicatie alleen dat je op de wachtlijst komt. Andere vormen van zorg, zoals thuiszorg, kunnen vaak direct geleverd worden. Om de zoektocht voor de cliënt eenvoudiger te maken¹³ hebben de zorgaanbieders in sommige regio's gezamenlijk een bureau 'zorgtoewijzing' ingericht, waar de toekomstige cliënt met indicatie zich kan melden en dan een aanbod krijgt van een van de aanbieders. Vanaf 1 januari 2007 zal de levering van huishoudelijke verzorging overgeheveld worden naar de WMO en zal de gemeente de indicatie stellen.

1.4 Toegankelijkheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg

Volgens artikel 22 lid 1 van de Nederlandse Grondwet 'treft de overheid maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid'. Dit artikel is in 1848 toegevoegd aan de Grondwet. Toen had Thorbecke daar waarschijnlijk de volksgezondheid in algemene zin mee voor ogen: riolering, goede hygiëne, maatregelen ter voorkoming van epidemieën e.d.. De inrichting van de infrastructuur voor het genezen en verzorgen van individuele burgers was toen nagenoeg geheel een zaak van initiatief van particulieren. In de twintigste eeuw en vooral na de tweede wereldoorlog heeft de rijksoverheid zich steeds meer verantwoordelijk gemaakt voor de inrichting en de instandhouding van de infrastructuur van de gezondheidszorg¹⁴. VWS (2003h) vindt dat de rijksoverheid 'systeemverantwoordelijkheid' draagt voor de gezondheidszorg, dat wil zeggen verantwoordelijk is voor de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit.

De *toegankelijkheid* betekent enerzijds dat er voldoende voorzieningen moeten zijn met een goede spreiding over het land. Anderzijds dat burgers ook toegang tot die voorzieningen moeten hebben als ze die nodig hebben. Sinds 1983 heeft de overheid vanwege de *betaalbaarheid* een beleid gericht op regulering van het aanbod. Door een vergunningensysteem werd de toelating van zorgaanbieders geregeld. Het totaal aan uitgaven voor de zorg werd gebudgetteerd en iedere zorgaanbieder kreeg een budget toegewezen. Dit beleid heeft op een aantal punten geleid tot schaarste en het ontstaan van wachtlijsten. De laatste jaren van de vorige eeuw werd die schaarste maatschappelijk niet meer aanvaardbaar gevonden en zijn maatregelen genomen om meer capaciteit beschikbaar te krijgen (wachtlijstgelden) en om de bestaande capaciteit beter te benutten (efficiency maatregelen, informatie over beschikbaarheid en bemiddeling bij behandeling elders in het land of daarbuiten). De laatste jaren stelt de overheid weer een maximum aan de kosten voor zorg vast (BKZ) en wordt verwacht dat marktwerking de kosten in toom zal houden.

Het tot stand brengen van nieuw zorgaanbod moet van het particulier initiatief komen en wordt door de overheid op noodzaak getoetst. De overheid is zelf niet actief in het voorzien in lacunes in het zorgaanbod¹⁵. Wel stimuleert de overheid actief het doorvoeren van beleidswijzigingen, zoals het deconcentreren van grote intramurale instellingen en het tot stand brengen van kleinschalige voorzieningen. Fusies van ziekenhuizen zijn eerst gestimuleerd met een fusiepremie, vanuit de verwachting dat fusie de kwaliteit van de behandeling van de individuele patiënt ten goede zou komen. Vervolgens zijn deze fusies ontmoedigd en zelfs verboden geweest, vanuit de vrees dat er onvoldoende spreiding van ziekenhuizen over zou blijven¹⁶.

Doordat nagenoeg iedereen in Nederland verzekerd is voor ziektekosten, heeft iedereen ook het recht van toegang tot de infrastructuur. In die zin is de toegankelijkheid voor iedere burger gelijk en is er geen tweedeling, zoals dat bijvoorbeeld in de USA het geval is. De toegankelijkheid van de zorg en de beschikbaarheid van voorzieningen betreft niet alleen de infrastructuur aan instituties zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, maar ook de beschikbaarheid van zorgverleners. De situatie op de arbeidsmarkt, het imago van de zorg en de beloning in de zorg in verhouding tot andere sectoren bepalen in welke mate jonge mensen belangstelling hebben om in de zorg te gaan werken. Net zo belangrijk is de beschikbare capaciteit om zorgverleners op te leiden. Verplegenden en verzorgenden worden opgeleid door het (middelbaar en hoger) beroepsonderwijs in combinatie met werken in de praktijk. Hier hangt de beschikbaarheid van zorgverleners vooral af van hoeveel mensen zich bij die scholen melden met belangstelling voor een baan in de zorg. Het aantal toetreders is niet gelimiteerd.

Complexer ligt het bij de academisch opgeleide zorgverleners en dan in het bijzonder voor de dokters. Om zelfstandig praktiserend arts te worden moet iemand drie achtereenvolgende trajecten doorlopen. Hij moet de medicijnenstudie voltooien. Hij moet vervolgens door co-assistentenschappen in de praktijk zijn artsdiploma (basisarts) halen. Daarna moet hij een vervolgopleiding volgen voor medisch specialist, huisarts, verpleeghuisarts, arts verstandelijk gehandicapten of sociaal geneeskundige. De medicijnenstudie en de opleiding tot basisarts vindt plaats onder verantwoordelijkheid van

de Universitaire Medische Centra, die onderdeel zijn van de universiteiten. De overheid heeft invloed op de samenstelling van het studiepakket en kan daaraan eisen stellen. De overheid bepaalt het aantal studenten, dat toegelaten wordt tot de medicijnenstudie. Jarenlang is er een numerus fixus geweest, dat het totaal aantal medicijnenstudenten inperkte. Daardoor is er een tekort aan artsen ontstaan. Nu is er een inhaalslag gaande, omdat de opleidingscapaciteit bij UMC's de laatste jaren fors is uitgebreid.

De vervolgopleiding tot medisch specialist, huisarts etc. is geen onderdeel van het reguliere onderwijs. Deze vervolgopleiding is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf. Medisch specialisten leiden hun eigen collegae op. Zij bepaalden tot voor kort ook het curriculum en de duur van de opleiding en het aantal artsen dat tot de opleiding wordt toegelaten. Daarmee bepaalde de beroepsgroep zelf de beschikbaarheid van zorgverleners in de toekomst¹⁷. De overheid had tot voor kort geen invloed op de capaciteitsplanning en op het curriculum. Sinds enige jaren is dat in beperkte mate wel het geval¹⁸.

1.5 Kwaliteit van de gezondheidszorg

De verantwoordelijkheid van de overheid voor de kwaliteit van de gezondheidszorg komt tot uitdrukking in wetgeving en toezicht.

De Wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg), die vanaf 1993 is ingevoerd, stelt regels aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening van zorgverleners en schept condities om de vakbekwaamheid van bepaalde beroepen vast te leggen. Er zijn criteria opgesteld, waaraan iemand moet voldoen om als medicus, verpleegkundige of anderszins in het BIG register geregistreerd te worden. Alleen BIG geregistreerden mogen het betreffende beroep uitoefenen. De registratie geldt voor vijf jaar. Herregistratie is alleen mogelijk als iemand in de afgelopen periode voldoende het vak heeft uitgeoefend en zich voldoende heeft bijgeschoold. Onderdeel van de regelingen van de BIG is dat de beroepsgroep een eigen tuchtrecht heeft. Dat tuchtrecht is – naast uitschrijving uit het register – een van de mogelijkheden om vakgenoten die hun werk niet goed doen te redresseren. Het tuchtcollege dat bestaat uit vakgenoten en juristen kan sancties opleggen waarvan de meest extreme is het ontzeggen van de bevoegdheid om het beroep nog uit te oefenen.

De huidige opleidingsstructuur en de afbakening tussen de verschillende beroepen is sterk in ontwikkeling. In opdracht van de minister van VWS is thans een commissie actief, die in vijf jaar zorg moet dragen voor de realisatie van nieuwe en op elkaar aansluitende curricula voor medische en verpleegkundige beroepen.

De kwaliteitseisen aan zorgorganisaties zijn in belangrijke mate vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen uit 1996. Deze kaderwet stelt eisen aan de wijze waarop zorgorganisaties de kwaliteit moeten borgen. Daartoe hoort onder andere het hebben van een goed functionerend integraal kwaliteitssysteem en het jaarlijks uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag.

Sinds 1995 is de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) van kracht en opgenomen in het Burgerlijk Wetboek (BW). Deze wet heeft als uitgangspunt dat er tussen patiënt en behandelaar een overeenkomst tot stand komt volgens burgerlijk recht. De patiënt is opdrachtgever van de zorgverlener. Hij kan dus dingen wensen of weigeren. Hij heeft recht op informatie en recht om zijn dossier in te zien. Omgekeerd heeft de zorgverlener recht om een opdracht te weigeren als die niet strookt met de professionele standaards, die in zijn beroepsgroep gelden. Een zorgverlener kan zowel een natuurlijk persoon als een rechtspersoon zijn.

Het toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg berust bij de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), die onderdeel is van het ministerie van VWS.

1.6 Bestuurlijke organisatie zorgaanbieders

Zorg wordt verleend door natuurlijke personen, zoals de huisarts, en door rechtspersonen, zoals een stichting, die verpleeghuizen exploiteert. Zowel de natuurlijke personen als de rechtspersonen zijn onderworpen aan het privaatrecht. Natuurlijke personen hebben geen bestuurlijke organisatie nodig. Zij blijven in deze paragraaf buiten beschouwing. We gaan verder in op de bestuurlijke organisatie van de zorgorganisatie, die een rechtspersoon heeft.

De inrichting van de rechtspersoon moet voldoen aan de wetgeving uit Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek. Zorgorganisaties zijn privaatrechtelijke rechtspersonen. Ze hebben meestal de stichting als rechtspersoon. Een stichting heeft geen leden en geen aandeelhouders en mag geen winst uitkeren. Niemand is eigenaar van de stichting.

De raad van bestuur is het wettelijk bestuur van de stichting. Deze bestaat uit een of meer leden, die van het besturen hun vak hebben gemaakt en daarmee hun inkomen verdienen. Op de raad van bestuur wordt toegezien door een raad van toezicht.

De positie van de raad van toezicht is geregeld in de statuten. De raad van toezicht heeft geen wettelijke basis. De raad van toezicht heeft een vergelijkbare functie als de raad van commissarissen bij een onderneming. Hij benoemt en ontslaat de leden van de raad van bestuur, beoordeelt diens functioneren en bepaalt diens arbeidsvoorwaarden. De raad van toezicht houdt integraal toezicht op het beleid van het bestuur en de algemene gang van zaken binnen de zorgorganisatie. De raad van toezicht staat de raad van bestuur met advies terzijde.

De raad van toezicht legt aan niemand verantwoording af. De positie van de raad van toezicht wijkt op dit punt af van de positie van de raad van commissarissen. Er is niet één duidelijke belanghebbende (zoals de aandeelhouders) aan wie verantwoording afgelegd zou kunnen worden en die de raad bij wanbeleid naar huis kan sturen¹⁹. De raad van toezicht benoemt en ontslaat zichzelf²⁰. Gebruikelijk is thans dat de raad van toezicht bestaat uit 5 tot 7 leden met een maximale zittingsperiode van tweemaal vier jaar²¹.

Binnen een zorgorganisatie is de medezeggenschap van medewerkers geregeld via een ondernemingsraad conform de Wet op de Ondernemingsraden (WOR). De Wet Mede-

zeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) verplicht iedere zorgorganisatie tot de instelling van een Cliëntenraad. Deze cliëntenraad heeft bevoegdheden, die overeenkomen met de bevoegdheden van de ondernemingsraad en op sommige punten zelfs verder gaan. Gebruikelijk is dat de cliëntenraad bestaat uit cliëntvertegenwoordigers, familieleden of buitenstaanders en niet of maar voor een klein deel uit cliënten, die van deze organisatie zorg ontvangen.

Bij ziekenhuizen is de medezeggenschap van medisch specialisten geregeld via het bestuur van de medische staf. De medische staf bestaat uit alle medisch specialisten verbonden aan het ziekenhuis. Uit zijn midden kiest de medische staf een stafbestuur, dat gesprekspartner is voor de raad van bestuur. In het kader van de Integratie Medisch Specialistische Zorg, heeft het stafbestuur mede verantwoordelijkheid gekregen voor het besturen van het ziekenhuis. De medische staf is daarmee een organisatie van de beroepsgroep die enerzijds de belangen van haar leden moet bewaken en anderzijds mee moet denken over het beleid van het ziekenhuis.

Naast de medische staf wordt in ziekenhuizen vaak een Verpleegkundige Adviesraad of Verpleegkundig Convent ingericht, dat evenals de medische staf overlegt met de raad van bestuur en inbreng heeft in de beleidskeuzen van het ziekenhuis. De VAR is een vertegenwoordigend orgaan waarin een aantal verpleegkundigen namens hun collegae optreden.

De arbeidspositie van medewerkers wordt bepaald door CAO's die in normale onderhandelingen tussen werkgevers- en werknemersorganisaties tot stand zijn gekomen²². De gezondheidszorg heeft een eigen pensioenfonds.

Binnen zorgorganisaties of daaraan verbonden (medisch specialisten) werken professionele beroepsbeoefenaren, wiens positie in de Wet BIG is geregeld. Zij moeten als zodanig in een publiek register geregistreerd zijn om hun beroep uit te mogen oefenen. Zij zijn autonoom in de beslissing over de behandeling van een individuele patiënt. Veel professionals zijn in loondienst van de stichting. Medisch specialisten zijn vaak vrij gevestigd. Dat betekent dat zij (samen met hun vakgenoten) voor eigen rekening en risico hun vak uitoefenen en een samenwerkingsovereenkomst hebben met het ziekenhuis²³.

Zorgorganisaties zijn gehouden tot veel vormen van publieke verantwoording. De jaarverslagen moeten voldoen aan strikte eisen vanuit VWS en bevatten veel meer verantwoording dan het jaarverslag van een onderneming. Sinds enige jaren is een verantwoordingsdocument verplicht, dat ook gegevens over kwaliteit en prestaties omvat.

1.7 Stakeholders en hun rol

Zorgorganisaties hebben met een groot aantal stakeholders te maken, wiens belangen niet altijd met elkaar te verenigen zijn. De belangrijkste stakeholders en hun rol worden in deze paragraaf beschreven. De focus is gericht op die stakeholders, die in de zorg een bijzondere rol hebben. Niet benoemd worden stakeholders waar iedere organisatie mee te maken heeft, zoals bijvoorbeeld een Arbodienst, leveranciers, de vakbonden of omwonenden bij een bouwplan.

1.7.1 *Cliënten*

De cliënt is degene waar om het zou moeten gaan. Iedere burger die behandeling, verpleging, verzorging of ondersteuning zoekt van een zorgorganisatie wordt cliënt van die organisatie²⁴. Als er geen cliënten meer zijn die zorg willen afnemen van de organisatie, dan verliest die organisatie haar bestaansrecht. Cliëntgerichtheid en keuzevrijheid voor de cliënt hebben de laatste jaren in de zorg zowel politiek als in het beleid en handelen van de zorgorganisaties grote aandacht gekregen. De keuzevrijheid van de cliënt op individueel niveau betekent dat op macro niveau de som van de individuele wensen zou bepalen wat de gezondheidszorg totaal kost. Hierin schuilt een paradox, want tegelijkertijd tracht de overheid de totale kosten van de gezondheidszorg op macro niveau te maximaliseren. Een tweede paradox ligt in de scheiding van zorgvrager en zorgbetaler. De cliënt ontvangt de zorg, maar de zorgverzekeraar betaalt de rekening. Is de echte klant van een zorgaanbieder het individu aan wie zorg wordt verleend of de zorgverzekeraar met wie productieafspraken worden gemaakt? Ondanks beide paradoxen is de gerichtheid van zorgaanbieder op de wensen van de cliënt vergroot en is de zeggenschap van de cliënt over de wijze waarop de zorg aan hem verleend wordt de laatste jaren sterk toegenomen.

Cliënten hebben door de WMCZ georganiseerd zeggenschap gekregen over het beleid van de zorgorganisatie van wie zij zorg ontvangen.

Op regionaal en landelijk niveau hebben patiëntenorganisaties en consumentenorganisaties steeds meer invloed op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Regionaal zijn er de patiënten/consumentenplatforms, die bij alle belangrijke ontwikkelingen van een zorgorganisatie in de regio gesprekspartner van de raad van bestuur horen te zijn. Landelijke verenigingen van patiënten zorgen voor belangenbehartiging en daadwerkelijke ondersteuning van leden bij het omgaan met hun ziekte. Dat levert ook vernieuwende impulsen op voor de behandelaars van die ziekten.

Cliënten voelen zich ook steeds meer consument en gedragen zich daarnaar. Landelijke patiëntenorganisaties en consumentenorganisaties krijgen daardoor een gezamenlijk belang. Consumenten willen weten welke zorgaanbieder goede kwaliteit levert en waar plaats is. De druk van consumentenorganisaties heeft mede geleid tot het publiceren van wachtlijstgegevens en van kwaliteitsgegevens. Sinds juni 2004 worden door de Inspectie Gezondheidszorg ontwikkelde indicatoren voor de kwaliteit van ziekenhuizen gepubliceerd, waardoor onderlinge vergelijking mogelijk wordt.

1.7.2 *Burgers*

Inwoners van Nederland kunnen als burgers andere belangen bij de gezondheidszorg hebben dan als cliënt of als potentiële cliënt. Burgers hebben er belang bij dat er macro niet te veel geld aan de gezondheidszorg besteed wordt²⁵. Cliënten hebben er belang bij dat er voldoende zorg beschikbaar is.

Burgers hebben er belang bij dat er een goede en goed gespreide infrastructuur van zorgaanbieders is. Bij functieverandering van een ziekenhuis²⁶ komen de burgers en de lokale politiek dan ook direct in opstand²⁷. Zorgorganisaties zijn sinds enige jaren ver-

plicht om intensief met hun lokale stakeholders te overleggen over beleidsvoornemens, die tot functiewijziging kunnen leiden. Dat leidt meestal niet tot meer begrip, enerzijds omdat niet in alle openheid over alle argumenten gesproken kan worden²⁸, anderzijds omdat niet altijd duidelijk is dat uiteindelijk de raad van bestuur van de zorgorganisatie de beslissing moet nemen op meer gronden dan alleen wat de burger er van vindt.

Organisaties voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten lopen vaak tegen hetzelfde probleem aan, maar dan in omgekeerde richting. Het beleid is erop gericht de grote gesloten inrichtingen te ontmantelen en te komen tot kleine woonvoorzieningen voor gehandicapten of mensen met een psychiatrische handicap in gewone woonkernen. Dergelijke voornemens stuiten vaak op grote weerstand van burgers in die wijk. Veel plannen tot deconcentratie moeten daardoor herzien worden of lopen vertraging op. Ook bij de bouw van aanvullende voorzieningen (zoals een parkeergarage van een ziekenhuis) hebben weerstanden en acties van burgers grote invloed op de beleidskeuzen en beleidsrealisatie van zorgaanbieders.

1.7.3 Medewerkers

Zorg wordt verleend door een breed scala van medewerkers met zeer verschillende opleidingen en denkniveaus. Om de zorg rond de patiënt goed te kunnen verlenen moeten medewerkers van heel verschillende niveaus en van verschillende disciplines nauw met elkaar samenwerken. Dat vereist een goede taakverdeling en protocollering. Het vereist mandatering van hoger opgeleide professionals naar medewerkers met een lagere opleiding.

Medewerkers hebben vaak een driedubbele loyaliteit. In de eerste plaats naar de cliënt, want daar doen ze het toch voor. In de tweede plaats naar hun team of groep, gegroepeerd rondom de cliënt en in de derde plaats naar hun eigen beroepsgroep. Pas daarna komt betrokkenheid bij de organisatie die vaak meer gezien wordt als faciliterend dan als iets waar je loyaliteit aan geeft.

Om dingen voor elkaar te krijgen kan de leiding van een organisatie dan ook niet van zijn macht gebruik maken, maar moet redeneren en overtuigen en de dialoog aangaan. Het afleggen van verantwoording 'naar boven toe' is niet vanzelfsprekend. Dat maakt het moeilijk om als bestuur te weten wat er inhoudelijk gebeurt in de organisatie en om veranderingen in te zetten. Ingesleten werkwijzen zijn vaak moeilijk te veranderen. Anderzijds hebben zorgverleners ideeën en opvattingen over hoe de zorg beter kan en bereiken die ideeën niet altijd de bestuurders.

1.7.4 Professionals

Zorgorganisaties zijn professionele organisaties. Dat woord heeft twee betekenissen. Enerzijds dat er professioneel gewerkt wordt, dus volgens vastgelegde kwaliteitsstandaarden, met protocollen en met procedures voor als er iets mis gaat. In die betekenis zijn alle medewerkers professioneel bezig.

De andere betekenis is die van een organisatie waar professionals werken. Een professional is een hoog opgeleide persoon, die op grond van zijn kennis en ervaring, de

standaarden van zijn beroepsgroep en een vorm van persoonlijke certificering²⁹, zelfstandig beslissingen neemt bij de uitoefening van zijn vak. Voor die beslissingen kan hij ter verantwoording worden geroepen door zijn vakgenoten, maar niet door zijn naast hogere leidinggevende. Professionals hebben het recht en de plicht autonoom te zijn in hun inhoudelijke beslissingen bij de behandeling van patiënten. De beslissing in de spreekkamer is een autonome professionele beslissing. Dat is ook de betekenis van het begrip professionele autonomie. Professionals hebben echter de neiging dat begrip op te rekken en ook te laten gelden voor meer profane zaken, zoals het op tijd komen en het op orde hebben van de administratie. In dat soort zaken zijn ze echter gewoon medewerkers die zich aan de regels van het huis moeten houden.

De meeste professionals zijn in loondienst van de zorgorganisatie. Dat geldt niet voor een deel van de medisch specialisten, verbonden aan een ziekenhuis. Sommige groepen zoals kinderartsen zijn meestal wel in loondienst, anderen, zoals cardiologen en orthopeden zijn meestal 'vrij gevestigd'. Hun relatie met het ziekenhuis is geregeld in een zogenaamde 'toelatingsovereenkomst'. In die overeenkomst wordt de specialist toegelaten tot het ziekenhuis om zijn werk te doen en zijn rechten en plichten van ziekenhuis en specialist geregeld. Een van die plichten is om zijn vak samen met de collegae van dezelfde discipline in één groep (maatschap) uit te oefenen. Een specialist, die met ruzie uit de maatschap stapt, moet daardoor ook het ziekenhuis verlaten. De toelatingsovereenkomst is voor raden van bestuur een onvoldoende instrument om een niet functionerende specialist te dwingen weg te gaan.

Professionals hebben op grond van hun professie soms inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor bepaalde zorginhoudelijke handelingen in een organisatie. Zij leggen daarover zelf – naast de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur – extern verantwoording af. Zo moet een GGZ organisatie een psychiater aanwijzen als 'eerste geneeskundige'. In het kader van de Wet Bijzondere Opname Psychiatrische Patiënten (BOPZ) draagt de eerste geneeskundige eindverantwoordelijkheid voor inhoudelijke beslissingen, die tegen de wil van de patiënt in genomen worden, zoals opsluiten of vastbinden³⁰. Op grond van dit soort verantwoordelijkheden hebben zij een bijzondere positie in de organisatie, die afdoet aan de integrale verantwoordelijkheid van de raad van bestuur.

1.7.5 Andere zorgaanbieders

De gezondheidszorg is over het algemeen regionaal georganiseerd. Een aanbieder heeft in een regio dan ook met andere zorgaanbieders te maken. Deels is dat in de vorm van samenwerking, omdat een aansluitend pakket van zorg geboden moet worden. Waar nog wachtlijsten staan, worden tussen aanbieders vaak afspraken gemaakt over een goede invulling van de openvallende plaatsen.

Aan de andere kant van het spectrum staat concurrentie tussen aanbieders. Die dient zich aan als de cliënt keuze krijgt uit verschillende alternatieven. Nieuwe initiatieven van commerciële aanbieders vergroten de concurrentie. Dat sluit aan bij het beleid waarin (een beperkte en beheerste) vorm van marktwerking wordt nagestreefd. Voor curatieve zorg is de concurrentie niet meer regionaal, maar nationaal of zelfs internationaal.

Er komen nieuwe zorgaanbieders bij. De grenzen tussen sectoren zijn vervaagd waardoor aanbieders uit de ene sector zich begeven op het terrein van een andere sector. Woningcorporaties bieden woon-zorg arrangementen aan waarbij ze de zorg van een ander betrekken. Ziekenhuizen doen hun eigen reguliere zorg concurrentie aan door aparte productiestraten voor standaard behandelingen onder te brengen in aparte ZBC's. Als ze dat niet zelf doen dan wordt hen die concurrentie wel aangedaan door privé-klinieken op commerciële basis, al dan niet bemand door hun 'eigen' dokters.

Het speelveld waarin zorgaanbieders opereren verandert daardoor voortdurend. Allianties worden aangegaan en verbroken. Er wordt op onderdelen met anderen samengewerkt, terwijl er tegelijk op andere onderdelen wordt geconcurrereerd.

1.7.6 De zorgverzekeraar

In feite zijn zorgverzekeraars de echte klanten van zorgaanbieders, want zij sluiten een productiecontract en zij betalen uiteindelijk de rekening. De laatste jaren is door de overheid steeds meer verantwoordelijkheid bij de zorgverzekeraar gelegd voor de organisatie van de zorg, de beschikbaarheid van de zorginfrastructuur en de beheersing van de kosten.

De overheid is er daarbij vanuit gegaan dat er concurrentie tussen zorgverzekeraars zal ontstaan. Door fusie is het aantal zorgverzekeraars verminderd tot een aantal grote regionale en landelijke spelers. De grootste regionale zorgverzekeraar is daarnaast uitvoeringsorgaan van de AWBZ onder de titel zorgkantoor.

Met de invoering van de nieuwe zorgverzekering is het onderscheid tussen particuliere verzekering en ziekenfonds vervallen. De rol van de verzekeraar als uitvoeringsorgaan van de AWBZ vervalt of vermindert als de WMO wordt ingevoerd. Zorgverzekeraars zullen op prijs en kwaliteit gaan concurreren om verzekerden. Zij zijn er dus bij gebaat om hun zorg zo goedkoop mogelijk in te kopen en grote contracten met een beperkt aantal zorgaanbieders te sluiten. Voor de cliënt betekent het dat hij niet meer bij iedere zorgaanbieder terecht kan. Voor de zorgaanbieder betekent het dat hij contracten moet afsluiten met verschillende verzekeraars, waarbij de prijs van levering per contract kan verschillen.

1.7.7 Lokale en regionale overheden

In het verleden hadden gemeenten en provincies directe bemoeienis met de gezondheidszorg. Waar niet het particulier initiatief zorgde voor ziekenhuizen en tehuizen voor ouderen richtten gemeenten die op. Provincies hebben in het verleden vooral psychiatrische ziekenhuizen tot stand gebracht. In de afgelopen 15 jaar zijn al deze instellingen geprivatiseerd en omgevormd tot stichtingen. Provincies hadden een planningstaak ten aanzien van bejaardenoorden, maar zijn deze kwijtgeraakt toen bejaardenoorden als verzorgingshuizen onder de AWBZ kwamen. Daarna hebben provincies nog een taak overgehouden ten aanzien van regionale visies op zorg, maar met de introductie van marktwerking is die ook verdwenen. Provincies vervullen nog wel een rol als bemiddelende instantie bij conflicten over het sluiten van ziekenhuislocaties.

Daarentegen worden steeds meer verantwoordelijkheden voor gezondheidszorg bij gemeenten gelegd. Gemeenten behoren een beleidsplan gezondheidszorg te hebben. De uitvoering van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) is enige jaren geleden naar de gemeenten gedecentraliseerd en de financiering is onderdeel geworden van het gemeentefonds. De jeugdgezondheidszorg is met ingang van 1 januari 2003 de verantwoordelijkheid van de gemeenten geworden en de geormerkte financiering daarvoor is naar gemeenten gegaan. Er zijn nu plannen om een groot deel van de AWBZ verstrekkingen, die met maatschappelijke ondersteuning³¹ te maken hebben, via de WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) onder te brengen bij de gemeenten. De gemeenten zijn daarmee zorginkoper geworden naast de zorgverzekeraar.

Gemeenten zullen andere afwegingen maken dan het zorgkantoor en niet automatisch voor de bestaande aanbieders kiezen. Een van die afwegingen kan zijn dat het volume aan zorg dat ingekocht moet worden zo omvangrijk wordt dat de regels voor Europees aanbesteden gaan gelden. Dat betekent dat de reguliere zorgaanbieders in concurrentie kunnen komen te staan met nu nog onbekende andere aanbieders.

Vanouds hebben zorgaanbieders natuurlijk al op andere manieren met de regionale en lokale overheden te maken. Plannen voor uitbreiding vragen bouwvergunningen en aanpassingen van het bestemmingsplan. Plannen voor functieverandering vereisen overleg met de gemeenten en de provincie als belangrijke stakeholder. Deconcentratieplannen vragen de medewerking van de gemeente. Vrijgekomen terreinen van intramurale instellingen worden soms gebruikt voor de bouw van nieuwe woonwijken, waarbij de gemeente een belangrijke rol heeft. Alle ontwikkelingen samen leiden ertoe dat gemeenten een steeds belangrijker stakeholder voor zorgaanbieders worden en ook één die voor de inkomsten van de organisatie van belang is. Provincies spelen op dit moment een minder grote rol.

1.7.8 De rijksoverheid

De Rijksoverheid is een belangrijke stakeholder die veel invloed wenst te hebben op het reilen en zeilen van zorgorganisaties. De overheid vindt dat zij een systeemverantwoordelijkheid heeft voor toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Maar volgens VWS is zorg verlenen de primaire verantwoordelijkheid van private zorgaanbieders en wordt voor die zorgverlening betaald binnen de privaatrechtelijke verhoudingen tussen patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. VWS propageert ook sterk de marktwerking in de zorg en de eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders. Het ministerie van VWS laveert voortdurend tussen het benadrukken van het private karakter van de zorgverlening en de wens tot overheidssturing om de kosten te beheersen.

De overheid heeft een groot aantal wetten en uitvoeringsorganen in het leven geroepen om het aanbod in de zorg te beheersen. De WTG (Wet Tarieven Gezondheidszorg) bepaalt dat voor iedere verrichting tarieven moeten worden vastgesteld. De uitvoering van die wet ligt in handen van het CTG (College Tarieven Gezondheidszorg), een ZBO. Het CTG stelt beleidsregels vast binnen welke marges zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen onderhandelen over prijzen voor verrichtingen. De door het CTG vastgestelde tarieven hebben geen relatie met de werkelijke kostprijzen van de verrichtingen. Die kostprijzen zijn over het algemeen niet bekend.

In bijna alle onderhandelingen worden daarom de maximum tarieven gehanteerd. Het CTG beoordeelt van alle zorginstellingen de jaarrekening en de zogenaamde rekenstaat en stelt op grond daarvan vast of de juiste tarieven zijn gehanteerd.

Het College Bouw (CBZ), eveneens een ZBO, voerde de Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV) uit. Dit college stelt basiseisen voor de bouw van voorzieningen en geeft vergunningen af voor nieuwbouw en grote verbouwprojecten. Het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) is eveneens een ZBO dat zijn bestaansrecht ontleent aan de WZV. Dit college komt in actie als er ergens gesaneerd moet worden. Het beoordeelt alle uitgaven en stelt zonodig subsidie beschikbaar om de sanering te voltooien. Het College verenigt in zich de rol van curator bij een faillissement en geldverstrekker van de doorstart na afwikkeling van het faillissement.

De WZV is per 1 januari 2006 vervangen door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). In voorbereiding is een Wet Marktwerking Gezondheidszorg (WMG). Bij die wet wordt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) opgericht, die moet toezien op de marktwerking in de zorg. Sinds medio 2005 fungeert het CTG onder de naam CTG/ZA i.o. als voorloper van de zorgautoriteit. Met de nieuwe wetgeving vervalt de rol voor het vaststellen van tarieven, omdat prijzen immers tot stand gaan komen in onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Er liggen voornemens om de kosten van onroerend goed onderdeel te laten worden van de exploitatie van zorginstellingen. Die moeten dan hun eigen afweging maken en kunnen niet meer voor sanering bij de overheid aankloppen. De functie van CBZ en CSZ komt daarmee op termijn te vervallen.

Uiteindelijk blijven er dan maar twee toezichthoudende instanties over. De IGZ voor de kwaliteit en de NZA voor het toezicht op de markt.

1.7.9 Politiek en publieke opinie

Gezondheidszorg is een maatschappelijk, politiek en publicitair beladen onderwerp. Iedereen hecht aan een goede gezondheid. Als je gezond bent moeten de premies voor ziek worden niet te hoog zijn, maar als je ziek bent dan wil je dat voor jou alles uit de kast wordt gehaald en doen de kosten er niet toe. In de huidige maatschappij is nauwelijks te accepteren dat herstel niet meer mogelijk is. Evenmin is het te accepteren dat er ook in de gezondheidszorg net als in alle bedrijfstakken fouten gemaakt worden. Deze opvattingen in de maatschappij weerspiegelen zich in de politiek.

Zodra er iets fout gaat of dreigt te gaan in de gezondheidszorg wordt dat publicitair uitgebuit en is dat reden voor Tweede Kamer leden om vragen aan de minister te stellen. Dat geldt nog meer voor beleidsbeslissingen van zorgaanbieders die slecht liggen bij het publiek, zoals de sluiting van ziekenhuislocaties of een tekort aan IC bedden. De minister van VWS wordt dan onmiddellijk door de Kamer ter verantwoording geroepen. Dan is niet meer aan de orde dat de Rijksoverheid 'slechts' een systeemverantwoordelijkheid heeft voor toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg en dat de levering van zorg een zaak is van burgerlijk recht tussen private partijen. Dan wordt van de Minister direct een oplossing verwacht, niet alleen voor dit geval maar ook voor de komende situaties. De Minister wijst er zelden op dat hij voor dit onderwerp geen enkele verantwoordelijkheid draagt, maar belooft meestal nader onderzoek.

Het subtiel onderscheid tussen een publiek financieringsstelsel dat door private partijen wordt uitgevoerd is in de publieke opinie en in de pers toch al moeilijk te maken. Regelmatig verschijnen er berichten over ‘de overheid’, waarbij zorginstellingen als deel van de overheid en hun medewerkers als ambtenaren worden geafficheerd.

1.7.10 Europese gemeenschap

In de verdragen van Maastricht en Rome hebben de Europese leiders nadrukkelijk met elkaar afgesproken dat de besturing van de gezondheidszorg geen zaak voor de Europese Unie is, maar dat iedere lidstaat daarover zelf blijft beslissen. Dit besluit had een praktische kant omdat daarmee niet de noodzaak ontstond om heel verschillende systemen tot één geheel te smeden. Maar de lidstaten hadden ook de nadrukkelijke wens om ieder op zijn eigen manier te kunnen sturen op de inrichting van de gezondheidszorg voor de eigen burgers. Ondanks deze verdragsafspraken neemt de invloed van de Europese Gemeenschap op de Nederlandse gezondheidszorg gaandeweg toe. Het vrije verkeer van mensen en goederen in de EU maakt het mogelijk dat zorgverleners hun beroep in een ander land gaan uitoefenen³². Verschillende arresten van het Europese Hof hebben ertoe geleid dat patiënten zorg of behandeling, die ze in het buitenland hebben genoten, door hun Nederlandse verzekeraar vergoed krijgen. Nu werkt een aantal zorgverzekeraars er actief aan dat hun verzekerden in het buitenland geholpen worden als het in Nederland te lang duurt.

Bij het ontwerp van de nieuwe Nederlandse basisverzekering, waarbij de overheid de spelregels bepaalt (publiek) maar de uitvoering aan zorgverzekeraars (privaat) overlaat, was een belangrijke vraag of de Europese Commissie dit goed zou keuren of zou vinden dat het een vorm van protectie is van de belangen van de Nederlandse verzekeraars. Verzekeraars besteden inmiddels de verstrekking van (orthopedische) hulpmiddelen al Europees aan. De verwachting is dat gemeenten dat ook zullen doen als ze vanwege de WMO bijvoorbeeld de huishoudelijke verzorging voor heel hun gemeente zullen aanbesteden.

1.8 Privaat, publiek, professioneel

De voorgaande introductie maakt duidelijk dat private, publieke en professionele elementen in de hele organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg voortdurend door elkaar heen lopen en met elkaar verbonden zijn. We geven daarvan een samenvattend beeld op hoofdlijnen.

De daadwerkelijke zorgverlening is geheel een zaak tussen private partijen. De cliënt sluit een zakelijke overeenkomst met een organisatie of een persoon om hem zorg te verlenen. Die cliënt betaalt de rekening niet zelf. Hij heeft eveneens een zakelijke overeenkomst met een verzekeraar, aan wie hij premie betaalt en die tot uitkering overgaat als er schade is, maar zich er wel van vergewist dat de schadeclaim terecht is. De betrokken partijen zijn natuurlijke personen of rechtspersonen naar privaatrecht en ook hun onderlinge overeenkomsten vallen onder de privaatrechtelijke spelregels uit het BW.

Zo bezien is de zakelijke regeling rondom de behandeling van een gebroken been niet anders dan de reparatie van autoschade.

Hier houdt de vergelijking echter op. Als er veel autoschade is, gaat de premie omhoog. Notoire brokkenmakers worden door de verzekering geweerd. Om allerlei redenen, die al eerder genoemd zijn, wordt het in Nederland niet gewenst geacht dat de premie voor zorgverzekeringen onbeperkt oploopt. Ook willen we niet dat zieke mensen uitgesloten worden van zorg. Publieke bemoeienis moet voorkomen dat in de gezondheidszorg die twee maatschappelijke effecten van het individuele zakelijke verkeer (premieverhoging en uitsluiting) optreden. De overheid stelt daartoe onder andere de hoogte van de premie en het basispakket, dat voor die premie verzekerd moet zijn³³, vast. De overheid dwingt verzekeraars om iedereen voor dezelfde premie hetzelfde basispakket te bieden.

De overheid verplicht alle burgers om voor het basispakket verzekerd te zijn en premie te betalen. Waar de plicht tot premie betalen bestaat, ontstaat het recht op uitkering (in geld of in natura) van de verzekerde zorg. Als iedere burger naar eigen goeddunken van dat recht op uitkering gebruik maakt, ontstaat een open eind regeling, waarvan de totale kosten voor de hele maatschappij niet te voorspellen zijn. Die kosten zouden alleen te betalen zijn als ieder jaar de premie wordt aangepast aan de schadelast, maar dat achten we voor de gezondheidszorg ongewenst gezien de inkomenseffecten en het beslag op de beschikbare bestedingsruimte binnen het Bruto Binnenlands product. Daarom probeert de overheid de totale kosten te maximaliseren en systemen te ontwikkelen om het recht op zorg te objectiveren³⁴. De gezondheidszorg is daardoor een gemengd privaat publiek systeem. De publieke invloed beperkt zich niet tot de financiering. De overheid voelt zich er ook verantwoordelijk voor dat er voldoende gezondheidszorginfrastructuur is (maar ook niet te veel) en bemoeit zich dus met de toelating van private partijen tot de markt, de werking van de markt en de kwaliteit van de spelers in die markt.

Het vaststellen van de schade en de behandeling, die daarvoor nodig is, is niet geheel te objectiveren. Zelfs bij zo iets simpels als autoschade zijn daarvoor experts nodig, wiens professionele oordeel bepalend is voor wat er gaat gebeuren. In de zorg speelt dat professionele oordeel een veel grotere rol. Daar is professionele kennis nodig om informatie over het probleem te verzamelen (anamnese), te bepalen wat er aan de hand is (diagnose), verschillende oplossingsmogelijkheden af te wegen en een behandeling in te zetten. Dat proces is niet geheel te standaardiseren maar is afhankelijk van het expert oordeel van iemand, die daarvoor doorgeleerd heeft. Dat doorleren en ervaring opdoen gebeurt binnen de eigen professie. Dat is een gesloten systeem, waarvan de leden als groep invloed hebben op de maatschappelijke keuzen die er in de zorg gemaakt worden. De artsen verbonden aan een ziekenhuis hebben grote invloed op de beleidskeuzen van dat ziekenhuis. De individuele beslissingen van de dokter in zijn spreekkamer bepalen uiteindelijk in belangrijke mate welke zorg verleend wordt en dus ook welke kosten er gemaakt worden. De individuele en groepsinvloed van professionals op de gezondheidszorg is groot.

De professionele invloed strekt zich ook uit tot de private contractvorming tussen patiënt en dokter. Waar een zakelijke transactie tussen partijen in de private wereld gelijkwaardigheid van de partijen veronderstelt en gelijke informatie nodig is voor een vrijwillig contract, is dat in relatie tussen patiënt en dokter niet zo. De patiënt heeft vaak weinig keus om te besluiten geen transactie aan te gaan³⁵ en maar in beperkte mate met welke dokter hij de overeenkomst aan zal gaan. Ook heeft hij een achterstand in informatie en kennis om te kunnen beoordelen of de aangeboden behandeling de juiste is en of hij die wel wenst.

2

Introductie in governance

2.1 Inleiding

Na de introductie in de gezondheidszorg in het vorige hoofdstuk wordt in dit hoofdstuk een introductie gegeven in het andere hoofdbegrip van het onderzoek, het begrip governance. We gaan in op het begrip governance en op de theorieën die over governance bestaan. Deze beide worden in het theoretisch deel II verder uitgewerkt. In deze introductie gaan we vervolgens in op de vraag welke doelen met governance gediend moeten worden en welke rol macht binnen governance speelt. Tenslotte kijken we naar mogelijke principes en instrumenten die bij governance gebruikt worden. Deze kernelementen worden zowel in het theoretisch als het empirisch onderzoek telkens gebruikt. De lezer heeft de kennis uit dit hoofdstuk nodig om de indeling en redenering in het vervolg van dit onderzoek te kunnen plaatsen.

2.2 Wat is governance?

Governance heeft betrekking op bestuur, toezicht op dat bestuur en verantwoording over bestuur en toezicht. Het woord governance is afgeleid van het Engelse werkwoord 'govern', wat onder andere besturen en beheersen betekent. In het huidige tijdsgewricht staat het woord governance voor de combinatie van beide begrippen 'het beheersen van het besturen'. Uitgangspunt van governance is dat er iemand bestuurt en dat anderen daar inzicht in krijgen en daar invloed op kunnen uitoefenen.

Het begrip governance wordt in het bedrijfsleven gebruikt voor het samenstel van mechanismen, dat nodig is om 'het besturen' beheersbaar te houden. De principes van governance gelden vanouds in het openbaar bestuur, de term governance is daar echter pas in de negentiger jaren van de vorige eeuw in gebruik genomen. De meeste definitieën benoemen governance als een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor bestuur, toezicht en verantwoording. Zo'n definitie is gebaseerd op drie vooronderstellingen, namelijk:

- dat er overeenstemming bestaat over de aard van het spel, waarvoor spelregels en omgangsvormen gewenst zijn¹,
- dat de noodzaak van zo'n stelsel van spelregels en omgangsvormen geaccepteerd is²,
- dat duidelijk is welke doelen gediend worden door het stelsel en waar het gebruik van het stelsel toe moet leiden.

Het is bepaald niet zeker dat die vooronderstellingen door alle betrokkenen gedeeld worden en nog minder dat alle betrokkenen bereid zijn zich aan die spelregels te houden. Ondanks die vooronderstellingen en de onzekerheden over acceptatie wordt in de huidige tijd governance als een vanzelfsprekend iets beschouwd.

Dat is het niet. De vraag kan gesteld worden, waarom governance er eigenlijk is. Waarom is er bestuur, waarom is er toezicht op het bestuur en waarom wordt er over het bestuur en over het toezicht verantwoording afgelegd? Waarom is governance eigenlijk nodig? Waar komt die noodzaak vandaan?

Hoewel het woord governance in de huidige betekenis nog maar twee decennia bestaat, is de combinatie van bestuur, toezicht en verantwoording al veel ouder. Frentrup (2002)³ legt het begin van corporate governance bij de oprichting van de Verenigde Oost-Indische Compagnie (VOC). Vrij kort na de oprichting van de VOC vonden de aandeelhouders dat het bestuur zich niet voldoende verantwoordde en zijn eigen gang ging. Uiteindelijk was ingrijpen van de overheid nodig. Kennelijk bestaat er al eeuwenlang de behoefte om daar waar bestuurd wordt, toezicht te houden en verantwoording te laten afleggen. Kennelijk bestaat er tevens behoefte aan overheidsingrijpen als er binnen de onderneming geen oplossing wordt gevonden.

De behoefte aan private governance ontstaat als het belang van de een door de ander behartigd moet worden. Dan wil de belanghebbende weten en erop vertrouwen dat zijn belang in goede handen is. De verkoopopdracht voor een huis aan een makelaar en de vraag om genezing van de patiënt aan de dokter brengen in principe dezelfde governance behoefte met zich als de overdracht van de leiding van een bedrijf door de eigenaar aan een directeur. In deze simpele voorbeelden is governance bedoeld om er voor zorgen dat je erop kunt vertrouwen dat een ander het, door jou aan hem toevertrouwde, belang goed behartigt. Als blijkt dat hij jouw belang niet goed behartigt dan moeten sancties mogelijk zijn, met als uiterste dat je naar een andere belangenbehartiger (makelaar, dokter, directeur) gaat.

Ook publieke governance is gebaseerd op het principe dat de overheid de belangen van haar burgers behartigt. Klassieke overheidstaken hebben betrekking op die zaken die de inwoners van een grondgebied afzonderlijk en gezamenlijk niet voor elkaar krijgen. Dan wordt de overheid verantwoordelijk voor beveiliging tegen indringers in de gemeenschap, aanleg en onderhoud van infrastructuur en rechtsspraak. Die verantwoordelijkheid leggen de burgers gezamenlijk in handen van die overheid. Daarbij hoort logischerwijs het afleggen van verantwoording aan de burger en het houden van toezicht 'namens' die burger. De Nederlandse staatsinrichting is daarop gebaseerd⁴. De regering bestuurt en legt verantwoording af aan de Staten Generaal, die toezicht houden op het bestuur en daar zelf iedere vier jaar verantwoording over afleggen aan de kiezer⁵. Dit is de ene kant van publieke governance.

De andere kant van publieke governance gaat over de uitvoering van overheidstaken. Iedere overheid kan alleen besturen als zij anderen dingen laat doen. Zij moet dan waarborgen dat die anderen handelen in haar belang⁶. Daarvoor zijn spelregels en om-

gangsvormen voor bestuur, toezicht en verantwoording nodig, dus een vorm van governance⁷. Ook deze governance moet gebaseerd zijn op vertrouwen en er moeten sancties mogelijk zijn als blijkt dat de uitvoerder zich niet aan de spelregels houdt.

De manier, waarop professionals hun gezamenlijk belang behartigen vertoont vergelijkbare kenmerken. Het belang van alle professionals is dat hun beroepsgroep maatschappelijk goed staat aangeschreven, dat er waarborgen zijn voor kwaliteit en dat er maatschappelijk vertrouwen in die kwaliteit bestaat. Dat gold al voor het gilde van bijvoorbeeld smeden in de middeleeuwen en geldt nog steeds voor medisch specialisten in de huidige tijd. Om maatschappelijk betrouwbaar te zijn moet je als groep garanderen dat je toekomstige leden goed worden opgeleid en aan professionele standaards voldoen. Dat voldoen aan die standaards moet je permanent controleren, ook bij ervaren beroepsbeoefenaren. Alleen zo kun je gezamenlijk bewaken dat niemand het vak te schande maakt, hetgeen negatieve consequenties voor alle leden van de professe kan hebben. De opleiding leg je in handen van diegenen die het vak goed uitoefenen en goed kunnen overdragen. Om dit allemaal te regelen is een vorm van bestuur, toezicht op dat bestuur en verantwoording door het bestuur nodig. Er moet bij de vakgenoten vertrouwen in het bestuur zijn en er moeten sancties mogelijk zijn als het bestuur niet voldoet. De kernelementen van governance zijn ook hier aanwezig en worden gebruikt om te waarborgen dat het belang van de groep behartigd wordt door enkelen.

Governance is dus noodzakelijk omdat in een samenleving de een het behartigen van zijn belang over laat aan de ander⁸. Het doel van governance is te zorgen dat degene die het belang behartigt dat zo goed mogelijk doet. Zo bezien is governance dus een systeem gericht op gecontroleerde belangenbehartiging.

Waar er slechts één belanghebbende zou zijn, met één duidelijk omschreven belang, en één belangenbehartiger, die precies weet wat er van hem verwacht wordt, zou governance eenvoudig vorm gegeven kunnen worden⁹. De werkelijkheid is echter complexer:

- De belanghebbende is meestal niet één persoon, maar een groot aantal personen (of entiteiten) die verschillende belangen kunnen hebben. Voor de ene aandeelhouder kan het aandeel een lange termijn investering zijn, de ander wil graag op korte termijn geld zien. De vermogende burger heeft een ander belang bij het handelen van de overheid dan de bijstandtrekker. Wat dus op het eerste oog één belang zou kunnen lijken, kan bij nadere beschouwing blijken te bestaan uit heel verschillende belangen onder één noemer (bijvoorbeeld 'aandeelhouderswaarde').
- Meestal is er niet één soort belanghebbende(n) maar zijn er meerdere betrokkenen, die verschillende belangen hebben bij de zaak of daar invloed op hebben¹⁰. De onderneming heeft niet alleen met aandeelhouders te maken, maar ook met klanten, personeel, leveranciers, vakbonden, overheden, concurrenten enzovoorts. Deze worden aangeduid als 'stakeholders'. Ook al zou één belang prevaleren, dan nog moet rekening gehouden worden met de belangen van alle stakeholders en de invloed, die de stakeholders hebben op het realiseren van het primaire belang.

- Voor organisaties zonder eigenaren is er geen zichtbaar primair belang (dat van de aandeelhouder/eigenaar), waardoor de vraag opkomt welk belang gediend moet worden. In de Nederlandse wetgeving bestaat het begrip ‘het belang van de onderneming/organisatie’ dat door de toezichthouders in het oog moet worden gehouden. Niet zonder meer is duidelijk wat dat belang is en hoe dat het beste gediend wordt.
- Belangenrealisatie vindt niet plaats in een ongereguleerde omgeving. Er moet rekening worden gehouden met ‘externe’ regelgeving, zoals overheidswetgeving voor ondernemingen en internationale verdragen en EU regelingen die de bestuursbevoegdheid van de Nederlandse regering inperken.

De gedachte dat governance gecontroleerde belangenbehartiging is biedt dus niet voldoende houvast als niet duidelijk is wie de belanghebbende is en welk belang gediend moet worden. Het bestuur van een organisatie, land of beroepsvereniging heeft te maken met verschillende en soms tegenstrijdige belangen. Van het bestuur wordt verwacht dat het de verschillende belangen afweegt, keuzen maakt en er voor zorgt dat die keuzen op een goede manier gerealiseerd worden. Juist omdat die belangenafweging niet eenduidig kan zijn en verschillende keuzen mogelijk zijn, moet inzichtelijk zijn hoe het bestuur die afweging gemaakt heeft. We verwachten dat het bestuur zich verantwoordt over de afwegingen, de gekozen doelen en de doelrealisatie (in relatie tot de gebruikte middelen)¹¹. Governance heeft dus betrekking op belangenafweging, het maken en realiseren van keuzen en verantwoording daarover.

Er moet dan iemand zijn aan wie verantwoording wordt afgelegd. Dat kan heel algemeen aan ‘alle stakeholders’ zijn, maar dan is er geen feedback. Het is gebruikelijk om een orgaan te creëren dat de verantwoording van het bestuur op zijn merites beoordeelt en toezicht houdt op het bestuur. In ondernemingen kan dat de raad van commissarissen¹² zijn. In het staatsbestel zijn dat de Staten Generaal¹³.

Het wordt niet vanzelfsprekend geacht dat het bestuur zonder inmenging van anderen de goede dingen op de goede manier zal doen, de juiste resultaten zal bereiken en rekening zal houden met de juiste belangen. Het risico bestaat dat het bestuur vooral zijn eigen belang nastreeft. Er zijn dus correctiemechanismen nodig om het bestuur op het goede spoor te houden. De toezichthouder moet iets kunnen doen, wanneer uit de verantwoording blijkt dat het bestuur niet de juiste keuzen maakt. Daarom krijgt de toezichthouder vaak goedkeurende bevoegdheid op belangrijke besluiten van het bestuur en de sanctie om het bestuur te ontslaan, wanneer dit zijn werk niet goed doet¹⁴. Bij het opstellen van een Grondwet worden vaak systemen ingebouwd om de macht van het bestuur te beperken. De maximale zittingsduur van twee termijnen van de Amerikaanse president is daar een voorbeeld van.

Governance kan dus ook gezien worden als inperking van de macht van het bestuur en mogelijkheden om het bestuur te corrigeren.

Governance op zichzelf brengt niets tot stand. Een onderneming maakt geen winst door alleen goed governance¹⁵. Good governance leidt niet tot de aanleg van wegen of professionele behandeling van patiënten. Wel draagt governance bij aan maatschappelijke stabiliteit en maatschappelijk vertrouwen.

Wanneer er niet goed bestuurd wordt, kunnen er maatschappelijke problemen ontstaan. De verschillende beurschandalen zijn daarvan een voorbeeld. Er wordt kapitaal vernietigd, er verdwijnen banen en het vertrouwen in beursgenoteerde ondernemingen taant. Kennelijk is een aantal besturen niet meer in staat de goede dingen te doen. Er ontstaat behoefte aan correctiemechanismen om te zorgen dat wel de goede dingen gebeuren. Gedragscodes en regelgeving voor ondernemingen zijn daarvan een uiting. De governance wordt uitgebreid als reactie op een maatschappelijke misstand.

Governance schept dus ook randvoorwaarden om maatschappelijke problemen op te lossen. Als het probleem is opgelost moet het governance systeem dienen om problemen in te toekomst te voorkomen.

Er ontstaat maatschappelijke vertrouwen¹⁶ als er een goed functionerend governance systeem is. Governance is dus ook een middel om maatschappelijk vertrouwen te scheppen.

In deze beschouwing zijn verschillende antwoorden op de vraag wat governance is de revue gepasseerd:

- 1 De instrumentele definitie dat governance een stelsel van spelregels en omgangsvormen is voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording.
- 2 De gedachte dat governance een systeem van gecontroleerde belangenbehartiging is.
- 3 De gedachte dat governance een systeem is van belangenafweging, het maken van keuzen, het realiseren van de gemaakte keuzen en het afleggen van verantwoording over alle drie.
- 4 Governance als middel om de macht van het bestuur te beperken en om het bestuur te corrigeren.
- 5 Governance als randvoorwaarde om maatschappelijke problemen op te lossen.
- 6 Governance als middel om maatschappelijke problemen te voorkomen.
- 7 Governance als middel om maatschappelijk vertrouwen te scheppen.

De verschillende antwoorden vullen elkaar aan met uitzondering van 2 en 3. Het is principieel verschillend of governance er is om één belang te behartigen of om belangen af te wegen. Dat leidt tot verschillende keuzen en oplossingen. We zullen dat dilemma verderop vaak tegenkomen.

2.3 Theorieën over governance

Governance is sinds twee decennia een belangrijk onderwerp. Zoals met de meeste ontwikkelingen is governance begonnen om praktische problemen in het ondernemingsbestuur op te lossen. Meestal komt daarna de wetenschappelijke ontwikkeling op gang, die het fenomeen onderzoekt en tracht te verklaren door theorieën te formuleren, te toetsen en te verifiëren. Dat geldt ook voor governance.

In de volgende hoofdstukken wordt onderzocht welke theorieën beschikbaar zijn en in welke mate zij een bijdrage leveren aan de verklaring van de praktische gang van zaken in een governance wereld. Van belang is of die theorieën alleen van toepassing

zijn in één governance wereld of bruikbaar zijn in meerdere werelden. Governance kan beschouwd worden vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines. Verschillende invalshoeken leveren verschillende verklaringen op. Economen beschrijven private governance als instrument voor waardecreatie voor aandeelhouders, juristen beschrijven de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en (vooral) de aansprakelijkheid van het bestuur van de onderneming. Publieke governance is meer het terrein van bestuurskundigen en staatkundigen, die vooral naar bestuurbaarheid en democratische legitimiteit kijken. Professionals governance is vooral het terrein van sociologen, bestuurskundigen en organisatiekundigen, die zich bezig houden met het managen van professionals, juristen en de professionals zelf. Waar nodig worden in dit onderzoek de verschillende invalshoeken naast elkaar gebruikt om zo veel mogelijk facetten van de governance van de gezondheidszorg te belichten.

Voor de zoekstrategie naar de theoretische onderbouwing van de drie governance werelden is het van belang te kijken naar:

- de beschikbare theorieën over governance vanuit verschillende wetenschappelijke gezichtspunten,
- de onderlinge samenhang tussen deze theorieën,
- de vraag of de theorieën alleen in deze wereld van toepassing zijn of een vergelijkbare pendant hebben in een andere governance wereld,
- de bruikbaarheid van deze theorieën voor de governance van de gezondheidszorg.

2.4 Doelen

Governance moet helpen om te waarborgen dat het bestuur de goede dingen op de goede manier doet en daarmee de belangen van anderen zo goed mogelijk dient. Logischerwijs vereist dat duidelijkheid over wat die belangen zijn en welk doel bereikt moet worden¹⁷. De werkelijkheid is anders. In de meeste governance situaties is er sprake van meerdere verschillende belangen. De doelen zijn meervoudig, met elkaar in tegenspraak en tamelijk abstract.

In private governance gaat het om het bereiken van doelen van (groepen) belanghebbenden, die daartoe een organisatie in het leven roepen en het bestuur van die organisatie opdragen hun belang te behartigen.

In de Amerikaanse opvatting over ondernemingen is de onderneming er om het belang van de aandeelhouder te dienen en is governance erop gericht te zorgen dat het bestuur van de onderneming de doelen van de aandeelhouders realiseert. Maar daarmee is nog niet duidelijk wat de doelen van de aandeelhouder zijn. Wil een aandeelhouder zijn rendement als een jaarlijkse dividenduitkering en is hij dus gebaat bij lange termijn continuïteit van de onderneming? Of wil hij alleen maar dat de prijs van de aandelen stijgt zodat hij zijn rendement maakt door verkoop?¹⁸ Bovendien is er niet één aandeelhouder maar zijn er meerderen die een verschillende opvatting over de te realiseren doelen kunnen hebben.

In de Europese opvatting is de onderneming er niet alleen voor de aandeelhouders maar ook voor andere belanghebbenden en volgens het Nederlandse BW heeft de vennootschap ook een eigen belang¹⁹. Het bestuur van de onderneming moet dus resultaten zien te bereiken, rekening houdend met de belangen van meerdere belanghebbenden, waarbij binnen iedere groep nog verschillen van opvatting kunnen leven over de aard en inhoud van het belang.

In het publieke domein worden maatschappelijke doelen geformuleerd. Als de (rijks)overheid zich verantwoordelijk maakt voor de realisatie daarvan, dan worden het volgens de WRR (2000) publieke doelen. Maar wat is dan een publiek doel? Ze zijn vaak abstract, zoals 'het waarborgen van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor alle burgers'²⁰. Of ze zijn juist te operationeel, zoals het terugbrengen van de wachtlijsten met x%. Bovendien wisselen de publieke doelen vaak sneller dan ze bereikt kunnen worden. Verandering van publieke doelen wordt vaak sterk ingegeven door incidenten en politieke druk. Politici zijn meer geïnteresseerd in het formuleren van doelen dan in het toetsen van de bereikte resultaten²¹. Er is door dit alles vaak onduidelijk wat de publieke doelen zijn en in welke mate ze bereikt zijn.

De publieke doelen moeten onder verantwoordelijkheid van de minister(s) gerealiseerd worden door het ambtelijk apparaat, publiekrechtelijke organen of privaatrechtelijke organisaties, waarmee een contract gesloten wordt. Dan moet een vertaalslag plaatsvinden van het algemene publieke doel, waarvoor de minister verantwoordelijk is, naar operationele doelen die de uitvoerder moet realiseren en de (afgeleide) doelen, die door de uitvoerder gediend moeten worden.

De doelen in professionals governance worden geformuleerd binnen de professionele groep en zijn het resultaat van besluitvormingsprocedures in het verenigingsverband. Op hoofdlijnen zijn die doelen het bewaken van de toegang tot het vak, het opleiden van nieuwe professionals, het bewaken van de kwaliteit en het op peil houden van de kennis van de zittende professionals en het opstellen van professionele standaards. Maar er kan ook geredeneerd worden dat dit slechts middelen zijn om een hoger doel, namelijk het instandhouden van de professie, te realiseren.

In alle drie de vormen van governance gaat het dus om het realiseren van doelen van de een (de aandeelhouders, de overheid namens de burgers, de beroepsgroep) door een ander (het bestuur van de organisatie respectievelijk de professional). Governance en het realiseren van doelen hangen dus direct samen. Als bepaalde doelen bereikt moeten worden, is governance nodig om te kunnen borgen dat die doelen werkelijk bereikt worden. Bij iedere vorm van governance is de vraag aan de orde:

Wat zijn de doelen, die bereikt moeten worden?

- Wie bepaalt de doelen en stelt deze vast?
- Hoe duidelijk zijn de doelen geformuleerd en vastgelegd?
- Wie moet die doelen realiseren?

2.5 Macht

Een ander element bij iedere vorm van governance is de wijze waarop met macht wordt omgegaan en vooral hoe de macht van het bestuur wordt ingeperkt. Veel maatschappelijke systemen zijn erop gericht te voorkomen dat individuele personen absolute macht krijgen en dat zij door anderen niet meer te beïnvloeden zijn.

In private governance wordt de inperking van de macht onder andere verwacht van de commissarissen en van de verantwoording aan de aandeelhoudersvergadering (AVA) en de goedkeuring, die de AVA moet geven aan het gevoerde beleid. In Nederland draagt ook de wettelijke bevoegdheid van de ondernemingsraad bij aan het inperken van de macht van de bestuurder. In de gezondheidszorg vervult de cliëntenraad eveneens een dergelijke rol.

De parlementaire democratie is voor een deel een antwoord op de wens de macht van de absolute monarch in te perken²². De scheiding van de wetgevende, uitvoerende en controlerende macht uit de Trias Politica van Montesquieu (1748) is een van de leidende principes van de inrichting van de Westerse staten. Binnen het publieke systeem moet onderscheid gemaakt worden tussen de inperking van de macht van het landsbestuur (de machthebber) en de wijze, waarop dat landsbestuur de macht inperkt van degenen, die voor hem werken. Beide hangen natuurlijk samen. Een minister kan alleen door de volksvertegenwoordiging aangesproken worden op hoe hij met zijn macht omgaat, als hij in staat is die macht ook uit te oefenen op anderen voor het bereiken van de publieke doelen. De machtsinperking van het landsbestuur is in de Nederlandse democratie in principe goed geregeld. De regering legt verantwoording af aan de Staten Generaal, die op hun beurt weer verantwoording afleggen aan de burger bij de verkiezingen²³. Dat deze verantwoordingslijn niet altijd zo werkt, doet aan het principe niets af.

De wijze waarop de minister de macht kan inperken van de uitvoerders van publieke doelen en kan voorkomen dat zij hun eigen doelen nastreven, is minder eenduidig. Een groot deel van de discussie in publieke governance gaat over de vraag hoe de overheid voor elkaar krijgt dat een organisatie werkt aan de realisatie van de publieke doelen en niet zo'n grote macht krijgt, dat 'het publieke belang' niet meer aan bod komt. Daar waar de minister vindt dat de top van een organisatie een publieke taak niet naar de zin van de minister uitvoert, ontstaat vaak letterlijk een machtsstrijd.

In professionals governance wordt de macht van de individuele beroepsbeoefenaar ingeperkt door de professionele standaards, de opleiding, de visitatie en de registratie. En als dat niet voldoende is, meestal ook nog door een vorm van eigen tuchtrecht. Het streven is erop gericht hiermee onverantwoord handelen en machtsmisbruik van individuele professionals te voorkomen. De leden van het bestuur van de professionele groep worden uit hun midden verkozen en kunnen door de groep weer worden afgezet. Dat beperkt hun macht. Zij moeten later immers weer als lid van de groep verder.

Machtsreductie is geen doel maar middel. Governance moet zo ingericht zijn dat de doelrealisatie goed geverifieerd wordt en dat er correctiemechanismen zijn als dat niet het geval is. Wanneer governance zo is ingericht dan zou de machtsreductie van degene die de doelen realiseert, ingebakken moeten zijn. Toch blijken er vaak extra regelingen nodig om te grote macht van de machthebber tegen te gaan. Het vastleggen van maximale zittingsperioden²⁴, of het tegengaan van een cumulatie van functies zijn daar voorbeelden van. Zowel in de regelingen als in de praktijk blijkt dat afzonderlijke aandacht voor het tot stand brengen van een machtsevenwicht als onderdeel van goede governance geen overbodige luxe is.

Het inperken van macht van het bestuur en het tot stand brengen van een machts-evenwicht (systeem van checks and balances) is een belangrijk aspect van een governance systeem. Tegelijkertijd is het een broos aspect. Ook in een democratie kan een dictator aan de macht komen, die het controlesysteem uitschakelt of doet verworden tot applausmachine. Ook in een beursgenoteerde onderneming kan de CEO of bestuursvoorzitter zo machtig worden, dat noch commissarissen, noch aandeelhouders grip op hem kunnen krijgen. Ook in een beroepsvereniging kan de voorzitter zo veel externe status en interne macht krijgen, dat zijn collegae geen motie van aftreden durven indienen. Veel regelsystemen en spelregels voor governance zijn erop gericht de macht van dat bestuur in te perken en een systeem van checks and balances tot stand te brengen, waardoor een tegenwicht (countervailing power) tegen het handelen van de machthebber ontstaat. Dit betekent dat het van belang is om in governance systemen zowel te kijken naar hoe de macht formeel verdeeld is en welk machts-evenwicht daarin vastligt, als naar de wijze, waarop het in de praktijk werkt.

Bij iedere vorm van governance kunnen de volgende vragen gesteld worden:

- Op welke wijze wordt een machts-evenwicht (checks and balances) tot stand gebracht? tussen de belanghebbenden en het bestuur dat daadwerkelijk doelen moet realiseren?
- Welke belanghebbenden hebben een formele rol in dit machts-evenwicht?
- Welke invloed hebben andere stakeholders?
- Hoe is het formeel geregeld en hoe werkt het in de praktijk?

2.6 Governance principles

Eerder hebben we gezien dat er behoefte is aan een vorm van governance, als degene die doelen realiseert een ander is dan degenen, wiens belangen gediend moeten worden. Daarbij moet voorkomen worden dat de uitvoerder zijn eigen belangen voor laat gaan. Er is een systeem van checks and balances nodig om ongebreidelde macht van de uitvoerder te voorkomen. Op basis van onder andere deze uitgangspunten wordt een governance systeem ingericht. De vraag is dan op welke principes het governance systeem stoelt en hoe dit systeem vanuit die principes wordt ingericht.

Het al dan niet vertrouwen op zelfregulering is een van de bepalende principes²⁵. Een dergelijke keuze dient zich ook in governance aan. Wordt uitgegaan van het zelfregulerend vermogen van organisaties en hun bestuurders en is het governance systeem gericht op het opsporen en bijsturen van de uitzonderingen? Of is het uitgangspunt dat strenge controle nodig is om de ondertoezichtgestelde te laten doen wat hij moet doen? Bij de keuze voor zelfregulering horen vrijwillige codes en herenakkoorden. Bij de tweede keuze horen strakke wetgeving en strenge controle en sancties op afwijken van de regel. In private en professionals governance staat het principe van zelfregulering voorop. In publieke governance is de principekeuze wisselend, afhankelijk van het politieke klimaat, en wordt ook in een en dezelfde situatie daardoor verschillend geacteerd.

Direct gerelateerd aan (interne) zelfregulering is de vraag welk principe wordt aangehangen voor externe reguleringsmechanismen. Wordt uitgegaan van het bestaan van maatschappelijke krachten, die zorgen dat een organisatie de juiste dingen doet? Of moet dat afgedwongen worden met externe regelgeving? Het vertrouwen op 'de tucht van de markt' of 'marktwerking' gaat uit van het eerste. De regelgeving voor de jaarverslaglegging gaat uit van het tweede. Beide principes komen in governance systemen naast elkaar voor²⁶.

Als er regelgeving nodig is komt de vraag aan de orde of uitgegaan wordt van het principe dat gehandeld wordt in de geest van de regelgeving of naar de letter. Uitgaan van de letter betekent dat alles wat niet is geregeld, is toegestaan. Bij 'handelen in de geest' is de redenering dat je iets niet doet als evident is dat de wetgever dat niet bedoeld heeft. Dit is niet alleen een maatschappelijke opvatting, maar hangt ook af van de aard en het gebruik van de regelgeving²⁷.

Een andere principiële keuze is of de toezichthouder dan wel de ondertoezichtgestelde de actieve partij is. De raad van bestuur van een organisatie verantwoordt zich actief naar de raad van commissarissen/raad van toezicht, waarbij het toezicht reageert op die verantwoording²⁸. Dan wordt dus achteraf gekeken of de verantwoording 'klopt'. In private en professionals governance is actieve verantwoording het principe. In publieke governance komt zowel actieve verantwoording als actief toezicht voor.

Voor de financiële verantwoording is het in de Westerse wereld een gebruikelijk principe dat een externe toets plaatsvindt door de accountant voordat de verantwoording definitief wordt. Die geeft een goedkeurende verklaring af, die mede de basis is voor vaststelling en goedkeuring van de jaarrekening. Die verklaring wordt geacht garanties te geven over de betrouwbaarheid van financiële verantwoording van de organisatie²⁹. Voor andere vormen van verantwoording is deze toets niet gebruikelijk. Het is in ieder geval belangrijk om in iedere governance wereld na te gaan waar het principe van externe toetsing wordt toegepast.

Daarbij is ook de vraag hoe die externe toetsing plaatsvindt. Is die gebaseerd op eigen onderzoek of op beoordeling van informatie van de ondertoezichtgestelde. Is de toetsing intensief of marginaal? Worden alle verantwoordende organisaties getoetst of gebeurt het steekproefsgewijs? Zo is bijvoorbeeld visitatie van de opleiding tot medisch specialist een

actieve vorm van toezicht, die volgens een vaste frequentie bij alle opleidingsklinieken plaatsvindt. Die visitatie heeft ook gevolgen. Wanneer niet aan de eisen voldaan wordt, verliest de betreffende groep het recht om opleiding te geven, wat in de medische wereld als een zware en ingrijpende sanctie wordt gezien.

Dat brengt ons bij het volgende governance principe, namelijk bij de vraag of er sancties mogelijk zijn als het niet goed gaat. In die vraag zit een aantal subvragen verborgen:

- Is er een norm aan de hand waarvan kan worden bepaald of het wel of niet goed gaat?
- Wie stelt de norm vast? Wie heeft daar invloed op?
- Wie stelt vast dat er in een bepaalde situatie niet aan de norm is voldaan?
- Als er niet aan de norm is voldaan, wat heeft dat dan voor consequenties?
- Als die consequentie een vorm van sanctie is, wie legt die dan op?

Bij het toezicht op snelheidsovertredingen is de norm duidelijk. Als er een bord 50 staat en je rijdt 70, dan overschrijd je de norm en is er reden tot sanctie. Bij de beoordeling van het beleid van de raad van bestuur door de raad van commissarissen is de norm vaak impliciet en kan de sanctie daardoor soms onverwacht komen.

Het is niet vanzelfsprekend dat de sancties worden opgelegd door de toezichthouder. Bij de verkeersovertreding is de politie de toezichthouder, maar is de rechtbank degene die de sanctie oplegt. Bij sommige constatering van zorginhoudelijk falen stelt de inspectie de afwijking van de norm vast, maar legt de minister de sanctie op. Er kan dus verschil zijn tussen de toezichthouder, die vaststelt dat iemand de gestelde norm niet naleeft, en een ander, die op advies van de toezichthouder de sanctie oplegt.

De aard van de norm kan verschillend zijn. Deze kan output gericht zijn, zoals winst van de onderneming. Maar ook procesgericht, zoals een protocol voor een medische behandeling. Vaak zal een combinatie aan de orde zijn. Sommige normen zijn slecht in resultaat termen te vatten of niet alleen te beïnvloeden door het bestuur. Dan zal de toezichthouder willen zien of er correct gehandeld is en of de juiste procedure doorlopen is. De wijze van verantwoorden en toezicht houden moet dus afgestemd zijn op de aard van de norm, waaraan getoetst wordt.

We zijn daarbij aangeland bij de vraag welke instrumenten gebruikt worden. Het opleggen van regels, het afleggen van verantwoording en het houden van toezicht zijn hoofdinstrumenten in een governance systeem.

Als dat niet voldoende is, wordt gezocht naar aanvullende instrumenten om goede governance af te dwingen. Die aanvullende instrumenten richten zich vaak op de functionaris, die de doelen moet realiseren. In private governance is dat de raad van bestuur, in publieke governance de uitvoerder van de publieke taak en in professionals governance de zelfstandig werkende professional. Er wordt uitgegaan van de kwaliteit van en het vertrouwen in die personen, maar dat vertrouwen is niet ongeclausuleerd. Er wordt ook erkend dat zonder governance systeem het risico bestaat dat die personen hun eigen belang zullen nastreven, niet voldoende kwaliteit zullen leveren of te veel macht naar zich toe zullen halen. De governance instrumenten zijn er dus op gericht dit soort ont-

sprongen te voorkomen en daarmee zowel op organisatieniveau als op maatschappelijk niveau te zorgen voor kwaliteit en stabiliteit. Aanvullende instrumenten, die daarbij gebruikt worden, zijn onder andere invloed op benoeming, inperking van de zittingsperiode, kwaliteitseisen, toelatingseisen, publiceren van functies en kwalificaties van het bestuur en beperking van cumulatie van functies.

Met het formuleren van governance principes en het kiezen van instrumenten is de inrichting van een governance systeem tamelijk compleet. Dan komt natuurlijk de vraag aan de orde of het systeem werkt en vooral of het effectief is. Worden private organisaties beter bestuurd omdat er een governance systeem is en komen er dus geen of minder excessen voor? Worden de doelen bereikt en de belangen van belanghebbenden goed gediend? Worden de publieke doelen bereikt en kan de overheid daaraan voldoende sturing geven? Levert de professionele groep als geheel de gewenste kwaliteit en blijft daardoor het maatschappelijk aanzien van de beroepsgroep intact? Het antwoord is niet te geven. Evenmin is te bepalen of de situatie slechter zou zijn zonder governance.

3

Governance in de Nederlandse gezondheidszorg

In de vorige hoofdstukken zijn introducties in de Nederlandse gezondheidszorg en in governance gegeven. In dit hoofdstuk worden deze bij elkaar gebracht en wordt gekeken naar de governance van de Nederlandse gezondheidszorg¹. Daarbij wordt de aandacht toegespitst op governance vraagstukken van zorgaanbieders (organisaties en zelfstandige professionals). De gedachte dat zorgaanbieders te maken hebben met drie verschillende governance werelden, wordt in dit hoofdstuk verder uitgewerkt.

In hoofdstuk 1 is beschreven dat zorgaanbieders natuurlijke personen of rechtspersonen volgens het privaatrecht zijn en dat de daadwerkelijke zorgverlening een privaatrechtelijke overeenkomst tussen cliënt en zorgaanbieder is. Privaatrechtelijke overeenkomsten tussen de cliënt en zijn zorgverzekeraar en tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder regelen de betaling van de geleverde zorg- en dienstverlening.

Als de zorg geleverd wordt door een rechtspersoon, is dit meestal een stichting die bestuurd wordt door een raad van bestuur onder toezicht van een raad van toezicht. Deze bestuursstructuur is overgenomen van de bestuurlijke inrichting van Nederlandse structuurvennootschappen². De governance van zorgorganisaties is dus ingericht volgens private governance principes.

De manier waarop private governance is ingericht hangt samen met de belangen die behartigd moeten worden. Private organisaties worden opgericht en instandgehouden om een 'privé' belang van iets of iemand te dienen. Dat kan het belang van personen zijn, maar ook het belang van die organisatie zelf³. De keuze van de rechtspersoon hangt af van de aard van het belang. Er zal altijd een privaatrechtelijke vorm gekozen worden. Het is slecht denkbaar dat private belangen bediend worden vanuit een publiekrechtelijke organisatie.

De governance is erop gericht zichtbaar te maken of de belangen, waartoe de organisatie in stand wordt gehouden, goed behartigd worden. Toezicht geschiedt namens de belanghebbenden en verantwoording moet aan die belanghebbenden afgelegd worden. De governance van privaatrechtelijke organisaties is ingericht vanuit deze principes⁴. In deze 'private governance' zit in principe een logische samenhang. Het gaat om private belangen, waartoe een privaatrechtelijke rechtspersoon in stand wordt gehouden. De private governance is gericht op bestuur dat de private belangen moet dienen, toezicht of dat goed gebeurt en verantwoording over de realisatie van de belangen aan de belanghebbenden.

Wanneer het niet gaat om de private belangen, maar om een maatschappelijk belang of een publiek belang, is een andere vorm van governance nodig. Het is nooit precies duidelijk wat een publiek belang is. De WRR (2000) formuleert een publiek belang als een algemeen maatschappelijk belang, waarvan vaststaat (of waarover overeenstemming bestaat) dat de overheid er zorg voor moet dragen dat dit publieke belang geborgd is of gerealiseerd wordt. Volgens de WRR betekent het aanmerken van iets als een publiek belang, dat de overheid de eindverantwoordelijkheid voor dat belang op zich neemt.

Governance is ingericht om te controleren of de publieke belangen goed gewaarborgd worden. De publieke bestuursverantwoordelijkheid komt samen bij de minister, die verantwoording aflegt aan de Tweede Kamer. Het publieke governance systeem moet het mogelijk maken dat de ministeriële verantwoordelijkheid gedragen kan worden en dat het toezicht op en de verantwoording door uitvoerders van publieke taken voorkomt dat de minister voor verrassingen komt te staan. Dit vraagt een andere vorm van governance dan de private governance. In de literatuur wordt die aangeduid als governance van de publieke sector of government governance. In deze studie wordt deze vorm van governance benoemd als *'publieke governance'*.

Zorgaanbieders opereren in een veld, waarin de overheid grote invloed uitoefent. De overheid acht zich verantwoordelijk voor de betaalbaarheid, de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Vanuit de wens die te waarborgen stelt de overheid regelgeving op waaraan zorgaanbieders zich te houden hebben en stelt zij instanties in, die een rol vervullen als regulator of toezichthouder in de zorg. Zorgorganisaties bevinden zich dus voor een deel in het publieke domein en hebben te maken met de spelregels van publieke governance.

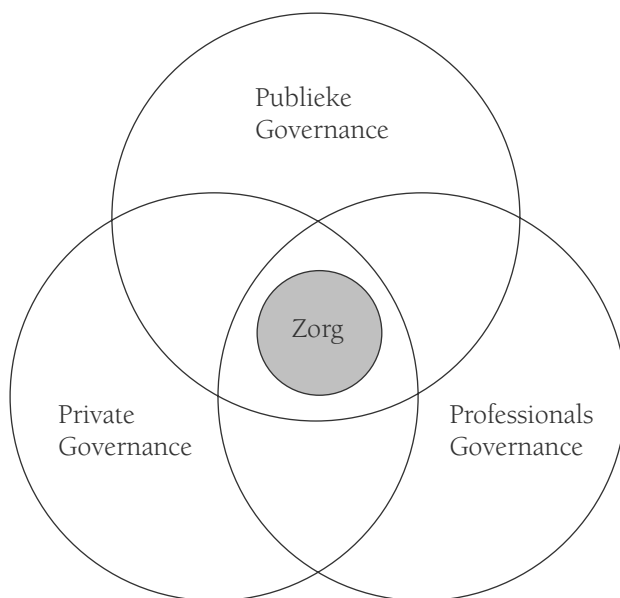
Een derde vorm van governance dient zich aan wanneer professionals in een organisatie actief zijn⁵. De zorg wordt voor een groot deel verleend door hoog opgeleide zelfstandige professionals die hun eigen systemen hebben voor aansturing op kwaliteit en vakbekwaamheid. De professional laat zich in zijn spreekkamer leiden door het belang van de patiënt en door professionele opvattingen en minder door instructies van de overheid of de leiding van de organisatie. Het bewaken van het professionele belang vindt plaats binnen de eigen professionele groep. Daar zijn bestuur, toezicht en verantwoording ingericht om de belangen van de professionals en de professie te borgen. Er is dus een derde vorm van governance, die zowel invloed heeft op de besturing en verantwoording van afzonderlijke zorgorganisaties, als op de besturing en verantwoording van het zorgsysteem als geheel. We duiden deze derde vorm van governance aan als *professionals governance*.

In de professionals governance is de raad van bestuur – in tegenstelling tot de twee andere vormen van governance – niet het subject van toezicht en verantwoording. Professionals governance richt zich op de kwaliteit van de professie en het functioneren van de individuele professional in zijn beroepsuitoefening. Toezicht en verantwoording in de wereld van professionals governance spelen zich deels buiten het gezichtsveld van de raad van bestuur af. Het bestuur van de zorgorganisatie heeft daar slechts beperkt invloed op⁶. Toch moet deze zich in de twee andere governance werelden verantwoorden over de professionele kwaliteit van de geleverde zorg als onderdeel van de totale publieke en private verantwoording.

Private, publieke en professionals governance dienen verschillende belangen. Ze hebben ieder hun eigen wereldbeeld en zijn gebaseerd op verschillende maatschappelijke en morele opvattingen. De mores en de cultuur is verschillend. Er worden verschillende principes, instrumenten en spelregels gehanteerd. Deze verschillen zijn zo groot dat we in deze studie spreken van *drie governance werelden*.

Een zorgaanbieder in Nederland moet zijn werk dus doen en zich handhaven in de combinatie van drie governance werelden. Zowel zorgorganisaties als zelfstandige zorgprofessionals functioneren dus in een complexe combinatie van drie governance werelden, die verschillende eisen stellen aan de zorgaanbieder en verschillende dingen van hem verwachten. In figuur 3.1. is de combinatie van de drie governance werelden weergegeven. De vergelijking kan worden gemaakt met een immigrantenkind dat thuis, op school en op straat te maken heeft met verschillende talen, culturen, hiërarchische verhoudingen, gedragscodes. Om te overleven moet hij/zij zich in iedere wereld anders gedragen en proberen evenwicht te vinden in die drie invloeden op zijn/haar bestaan. Veel immigrantenkinderen slagen er in hun weg te vinden in de drie verschillende werelden, waar ze thuis, op school en op straat in moeten leven. Een deel van hen slaagt daar niet in en komt in de problemen. Voor zorgaanbieders geldt een soortgelijke situatie in de omgang met de drie governance werelden. Ondanks de complexiteit en de imperfectie van drie governance werelden gaat er veel goed en worden veel problemen opgelost. Maar er zijn ook problemen die blijven voortwoekeren en waarvan het lijkt of ze daardoor alleen maar erger worden.

Voor dit onderzoek is de vraag hoe de samenhang van drie governance werelden in elkaar zit, hoe zorgaanbieders daarin (over)leven en hoe problemen (wel of niet) worden opgelost.



Figuur 3.1 Zorgaanbieders in drie governance werelden

4

Probleemstelling en onderzoekopzet

4.1 Probleemstelling

Het onderzoeksobject van deze studie is de governance van Nederlandse zorgaanbieders. Onder zorgaanbieders worden zowel zorgorganisaties¹ als zelfstandige beroepsbeoefenaren² verstaan.

De introductie in de voorgaande hoofdstukken heeft duidelijk gemaakt dat zorgaanbieders gelijktijdig moeten functioneren in private, publieke en professionals governance. Doel van het onderzoek is antwoord te krijgen op de vraag hoe die complexe combinatie van drie governance werelden in elkaar zit en hoe zorgaanbieders daarin kunnen functioneren. Het onderzoek moet inzicht geven in de theoretische achtergronden van governance van zorgaanbieders en de werking ervan in de praktijk.

De probleemstelling van het onderzoek is daarom als volgt geformuleerd:

Hoe functioneert de combinatie van de private, publieke en professionals governance werelden voor zorgaanbieders in Nederland?

Deze probleemstelling is voor de uitvoering van het onderzoek gesplitst in de volgende deelvragen:

- 1 Welke theoretische concepten en principes liggen ten grondslag aan iedere governance wereld afzonderlijk?
- 2 In welke mate zijn de theorieën en principes van de governance werelden van toepassing voor Nederlandse zorgaanbieders?
- 3 Welk beeld ontstaat, wanneer theorieën en principes van de drie governance werelden gecombineerd worden?
- 4 Hoe functioneert de combinatie van private, publieke en professionals governance in de praktijk van Nederlandse zorgaanbieders?
- 5 Welke conclusies kunnen getrokken worden uit het samenbrengen van theorie en praktijk?
- 6 Welke mogelijkheden zijn er om de governance van de gezondheidszorg te verbeteren?

4.2 Onderzoeksopzet

Het onderzoek bestaat uit een theoretisch en een empirisch gedeelte. Om de eerste drie vragen te beantwoorden is in het theoretisch onderzoeksdeel een uitgebreid literatuuronderzoek gedaan. Voor iedere governance wereld is onderzocht waarom er behoefte is aan deze governance, wat de wettelijke grondslag is en hoe de huidige governance praktijk in algemene zin³ is. Er is gezocht naar de beschikbare theorie over respectievelijk private, publieke en professionals governance. Vervolgens is beziend wat de praktijk en de theorie betekenen voor het bepalen van de doelen, de omgang met macht en het gebruik van principes en instrumenten in iedere governance wereld.

Voorafgaand aan deze beschrijving en analyse van iedere governance wereld afzonderlijk is onderzocht in welke mate verschillende maatschappelijke opvattingen hun invloed hebben op principekeuzen in governance. Beredeneerd wordt dat in iedere governance wereld een andere moraliteit geldt.

Het theoretisch deel van het onderzoek wordt afgesloten met het samenbrengen van de kennis over maatschappelijke opvattingen en moraliteiten en van de drie afzonderlijke governance werelden. Geanalyseerd wordt of en zo ja onder welke condities een samenhangend theoretisch concept mogelijk is voor governance van Nederlandse zorgaanbieders. Dat blijkt maar in beperkte mate het geval. Het samenbrengen van de theoretische concepten leidt wel tot een kijkrichting waarmee in het empirisch onderzoek gekeken wordt naar de combinatie van de drie governance werelden in de praktijk.

In het empirisch deel van het onderzoek zijn drie casussen onderzocht waar een of meerdere governance werelden samenkomen en bepalend zijn voor de keuzen die gemaakt worden en de resultaten die bereikt zijn. Onderzocht zijn de vorming van Sanquin Bloedvoorziening, de ontwikkeling van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de keuzen rond de toekomst van de IJsselmeerziekenhuizen. De casussen zijn onderzocht door beschrijving en analyse van openbare documenten. Voor de probleemstelling is van belang te weten hoe de combinatie van de drie governance werelden als 'systeem' werkt (of niet) en of die werking overeenkomt met de theoretische gedachtegang. De analyse heeft vanuit die optiek plaatsgevonden. Bij iedere casus is de vraag gesteld wat het probleem is en hoe het probleem is opgelost. Van daaruit is beziend of de combinatie van private, publieke en professionals governance helpt om tot oplossingen te komen of daar juist een belemmering voor is. Als dat laatste het geval is, is geanalyseerd wat er in de casus is gebeurd (en door wie) om de belemmeringen weg te nemen en tot een oplossing te komen. Het empirisch deel van het onderzoek geeft antwoord op de vierde onderzoeksvraag. Op grond van de drie casussen zijn conclusies getrokken over de werking van private, publieke en professionals governance in de praktijk van de zorgaanbieder.

Theorie en empirie zijn in het beschouwend deel samengebracht. Daarin wordt antwoord gegeven op de vijfde en zesde onderzoeksvraag en op de probleemstelling in algemene zin. Nadat conclusies zijn getrokken worden een aantal voorstellen voor verbetering in discussie gebracht.

4.3 Methodologische verantwoording

Aan het onderzoek ligt een ‘waarom’ vraag ten grondslag. Waarom kost het soms zo veel moeite om in de gezondheidszorg dingen tot stand te brengen, waarom lukt dat in andere gevallen wel? Die vraag kan vanuit veel verschillende optieken gezien worden. Dat is in de loop der jaren al door verschillende onderzoekers en auteurs gebeurd⁴. De vraag was voor zover bekend nog niet onderzocht vanuit governance perspectief. Governance is in gezondheidszorg de laatste jaren onder de naam Health Care Governance⁵ een begrip geworden. Veel aandacht is uitgegaan naar praktische verbetering van bestuur, toezicht en verantwoording. Daartoe zijn aanbevelingen opgesteld en is wet- en regelgeving ingevoerd. Telkens kwam daarbij de vraag naar boven of voor zorgaanbieders de principes van corporate governance of die van het openbaar bestuur gehanteerd moesten worden.

Bij het ontwerp van het onderzoek werd duidelijk dat er niet twee maar drie governance principes (privaat, publiek en professionals) om voorrang strijden. Ook werd duidelijk dat die schijnbare strijd om voorrang waarschijnlijk een belangrijk deel van het probleem is. Doordenkend op die lijn is het beeld ontstaan dat er drie governance werelden zijn die alle drie hun invloed hebben. Private, publieke en professionals governance van zorgaanbieders zijn te onderscheiden, maar slechts gedeeltelijk te scheiden. Het is – in de huidige Nederlandse verhoudingen – niet mogelijk om één van die governance werelden te elimineren en zeker niet om één boven de andere twee te stellen.

Met deze redenering werd de ‘waarom’ vraag een ‘hoe’ vraag. Als beredeneerd kan worden, zoals in de eerste drie hoofdstukken is gedaan, dat zorgaanbieders te maken hebben met de combinatie van drie governance werelden, dan is de vraag hoe die combinatie functioneert. Dat is de probleemstelling van dit onderzoek geworden.

De keuze voor deze probleemstelling bepaalt in belangrijke mate ook de methode van onderzoek.

Er was niet zonder meer een theoretisch concept te vinden dat de combinatie van drie verschillende governance werelden kan verklaren. Bovendien bestond het sterke vermoeden dat de theoretische onderbouwing van iedere governance wereld afzonderlijk nog wel iets te wensen zou kunnen overlaten. Als de theoretische basis van één van de governance werelden niet sterk is, hoe sterk is dan de basis voor een verklaring van de combinatie van drie governance werelden? Er is daarom gekozen voor een literatuuronderzoek dat een beeld geeft van iedere governance wereld afzonderlijk en van het totaal van de drie governance werelden. Al snel bleek dat maatschappelijke opvattingen een grote rol spelen in de keuzen, die in governance gemaakt worden. In de literatuur over publieke besturing komt telkens de vraag naar boven of hybride organisaties, die publieke én private belangen dienen, wel of niet gewenst zijn. Daarbij wordt vaak teruggegrepen op het gedachtegoed van Jacobs (1992), die het, commercial moral syndrome’ voor de private wereld en het ‘guardian moral syndrome’ voor de publieke wereld onderscheidt⁶. Professionals komen in die dichotomie maar beperkt voor⁷. Freidson (2001) daarentegen zet juist professionals als aparte groep af tegen markt en overheid. Dat daagde uit om te bezien of beide concepten met elkaar gecombineerd kunnen worden als deel van de verklaring voor het functioneren in drie governance werelden. De

ideeën van Jacobs en Freidson zijn gebruikt om private, publieke en professionele moraliteiten te onderscheiden.

In de beschrijving en analyse van de theoretische basis van iedere governance wereld is vanzelfsprekend eerst de vraag gesteld waarom er eigenlijk behoefte is aan deze governance. Er is voor gekozen de wettelijke grondslag van iedere governance wereld te beschrijven. Die keuze is gemaakt omdat het de auteur is gebleken dat in veel discussies de wettelijke grondslag over het hoofd wordt gezien, waardoor bijvoorbeeld van de overheid interventies worden verwacht, waartoe zij geen wettelijke middelen heeft. De beschrijving is beperkt tot de Nederlandse situatie omdat de dissertatie zich richt op Nederlandse zorgaanbieders. Om zicht te krijgen op de beschikbare theorie is vervolgens voor iedere governance wereld gekeken naar de werking van de praktijk. Uit praktijkbeschrijving en analyse van de theorie blijkt dat het belangrijk is te kijken naar welke doelen bereikt moeten worden, wie macht heeft om het bereiken van die doelen te bevorderen (of te belemmeren) en welke governance principes en instrumenten gebruikt worden. Bij iedere governance wereld en bij het samenbrengen tot een beeld van governance in de gezondheidszorg zijn die elementen⁸ daarom afzonderlijk te onderscheiden.

Voor het empirisch deel is gekozen voor een casestudy van drie verschillende casussen. Voor het onderzoek van deze casussen is uitsluitend documentatie gebruikt, die openbaar beschikbaar is. Een belangrijke reden hiervoor is de wens om de probleemstelling op conceptueel/systeemniveau te benaderen. We willen weten hoe de combinatie van de drie governance werelden in elkaar zit en hoe het als (samenhangend?) systeem functioneert. Het antwoord op die vraag kan verkregen worden door op enige afstand naar een aantal casussen te kijken en de vraag te stellen wat het probleem was, hoe het probleem (al dan niet) is opgelost en hoe het proces verlopen is. Het uitsluitend gebruiken van openbare documenten komt de verifieerbaarheid ten goede. Een ieder die dit wil kan deze documenten nalezen en vaststellen of de onderzoeker daaruit de juiste bevindingen heeft gehaald. Het bestuderen van documenten abstraheert van meningen en opvattingen van betrokkenen. Ze laten zien wat de uitkomst van het proces (althans op papier) is. De casussen zijn alle politiek beladen en belast met bijna evenveel meningen en standpunten als er betrokkenen zijn. Mede om die reden is analyse van de casussen door uitgebreide interviewrondes als mogelijke methode verworpen. Bovendien zijn er de laatste jaren al veel onderzoeken gedaan, die door interviews en/of participatie zichtbaar maken hoe moeilijk besturen in de gezondheidszorg is en voor welke dilemma's bestuurders en toezichhouders staan. Dit onderzoek had daar via interviews minder aan toe kunnen voegen dan door de nu gekozen werkwijze.

De keuze voor juist deze casussen is gebaseerd op inhoudelijke en pragmatische gronden. De drie casussen belichten verschillende invalshoeken van de combinatie van de drie governance werelden. Bij de vorming van Sanquin ging het over versterking van de publieke governance en vermindering van de private governance invloed, terwijl professionals governance⁹ hier niet sterk ontwikkeld was. De ontwikkeling van de LHV laat vooral de spanning tussen professionals governance en publieke governance zien, hoewel de private governance in de vereniging uiteindelijk een belangrijke rol heeft

gespeeld in de wens tot verandering. De IJsselmeerziekenhuizen casus laat de spanningen in de combinatie van de drie governance werelden zien.

De casussen zijn niet uniek, veel van de elementen komen ook in andere situaties in de gezondheidszorg voor. Bijna alle ziekenhuizen, die zich geplaatst zien voor afbouw van klinische functies op een kleine locatie, komen vergelijkbare problemen tegen als de IJsselmeerziekenhuizen. In dezelfde jaren als waarin de casus IJsselmeerziekenhuizen zich ontvouwt, waren er maatschappelijke discussies rond Velp, Baarn, Oldenzaal, Kerkrade en andere ziekenhuislocaties. In de positionering van andere professionele groepen, zoals medisch specialisten, apothekers en notarissen, zijn aspecten te herkennen van de casus LHV. Een nieuwe afbakening tussen private en publieke verantwoordelijkheden doet zich evenals bij de Sanquin casus voor bij de vorming van het CIZ in de zorg, maar ook bij de discussie over de splitsing van energiebedrijven. Conclusies uit de gebruikte casussen kunnen vanwege deze overeenkomsten veralgemeniseerd worden. Dat was een belangrijke overweging om juist deze casussen te kiezen.

Daarnaast zijn er pragmatische overwegingen voor deze keuze. De casussen zijn alle drie uitgebreid gedocumenteerd aan de hand van openbare documenten. Dat maakt het mogelijk het verloop van de casus goed te volgen. Het adviesbureau van de auteur is direct of indirect bij alle drie casussen betrokken, waardoor extra inzicht bestaat in het verloop van de casus. Bij de vorming van Sanquin was de auteur van 1996 tot begin 1998 interim-directeur van twee van de 20 bloedbanken, die tot Sanquin fuseerden¹⁰. De auteur heeft in 2001 een advies uitgebracht aan de raad van bestuur van IJsselmeerziekenhuizen over de situatie op dat moment. Een van de collegae van de auteur heeft onder verantwoordelijkheid van het LHV bestuur in 2004 documenten opgesteld voor de besluitvorming over de LHV nieuwe stijl. In alle gevallen heeft de auteur geen doorslaggevende invloed gehad op de genomen besluiten en de ingeslagen koers. Naar het oordeel van de auteur en diens promotoren beïnvloedt de kennis van de auteur over deze casussen zijn oordeel in het kader van dit wetenschappelijke onderzoek niet.

Het onderzoek naar de casussen is – zoals eerder gezegd – gebaseerd op het gebruik van openbare documenten. Welke documenten gebruikt zijn, is in tekst en referentielijst verantwoord. Waar mogelijk is de beschrijving van de casus geverifieerd bij personen, die betrokken waren bij de casus, maar deze voldoende op afstand kunnen beoordelen. Voor de casus Sanquin heeft die verificatie plaatsgevonden door de secretaris van de raad van bestuur, die een belangrijke ondersteunde rol in het hele proces heeft gehad. De casus LHV is ter verificatie voorgelegd aan een voormalig lid van zowel het LHV als het NHG bestuur en de voormalige directie van het NHG. Bestuur en directie van de LHV waren tijdens de onderzoeksperiode in transitie, waardoor verificatie daar niet mogelijk was. Verificatie van de IJsselmeerziekenhuizen casus is niet mogelijk gebleken door de vele wisselende betrokkenen en de sterk uiteenlopende standpunten. De research voor dit onderzoek is afgesloten in mei 2006. Informatie over de casussen, die daarna is verschenen, is in het onderzoek niet meer meegenomen.

De uitkomsten van het theoretisch deel zijn gebruikt als referentiekader voor de analyse van de casussen. Als op theoretische gronden beredeneerd kan worden dat iets op een bepaalde manier zou moeten gaan vanuit de gekozen uitgangspunten, dan is een afwij-

king van dat patroon vanuit het referentiekader bezien een probleem. Die manier van kijken is in zekere zin normatief. Er is een norm (volgens de theorie mag A verwacht worden), terwijl de praktijk anders is (B). In het onderzoek worden de afwijkingen van de norm gesignaleerd en benoemd. Als er in alle drie governance werelden mogelijkheden zijn om in te grijpen als de zorg niet aan de standaarden voldoet en er komt vanuit geen van de drie werelden actie als die situatie zich voordoet, dan is er kennelijk onvoldoende corrigerend vermogen in het overlappende gebied van de drie governance werelden. Dat houdt geen oordeel in over het wel of niet goed functioneren van een van de spelers (raad van bestuur, minister, professionals of anderen), maar legt wel zwakten in de samenhang van de drie werelden bloot.

4.4 Relevantie van het onderzoek

De relevantie van het onderzoek wordt in de eerste plaats bepaald door mijn persoonlijke interesse als onderzoeker. Als bestuursadviseur en interim-bestuurder ben ik al zo'n 14 jaar bezig met bestuur, toezicht en verantwoording van zorgorganisaties. Ik heb bijgedragen aan de eerste governancecodes voor zorgaanbieders (commissie Meurs, 1999) en zorgverzekeraars (commissie Glasz III, 2002). Bijdragen aan het verbeteren van de bestaande kaders is één, je afvragen waarom het zo is, is twee. Gaandeweg nam mijn verwondering toe dat het soms zo moeilijk is om in de zorg tot besluiten te komen en problemen op te lossen, terwijl dat in andere gevallen vlot verloopt. Verwondering mondt uit in nieuwsgierigheid. Nieuwsgierigheid naar de achtergronden, naar de vraag hoe het in elkaar zit en waarom het gaat zo als het gaat. Daarin ligt de *persoonlijke* relevantie voor mij om een promotieonderzoek naar governance in de gezondheidszorg ter hand te nemen. Gaandeweg schoof die nieuwsgierigheid op van het functioneren van het raad van toezicht model naar het functioneren van het systeem als geheel. Zo ontstond het beeld van drie governance werelden en de behoefte om die combinatie theoretisch en empirisch te onderzoeken.

Het onderzoek is naar mijn oordeel *wetenschappelijk relevant* omdat gezocht wordt naar theoretische onderbouwing van governance in de gezondheidszorg. In algemene zin staat de theoretische onderbouwing en de wetenschappelijke benadering van governance nog aan het begin van zijn ontwikkeling. De meeste governance ontwikkelingen zijn tot stand gebracht als reactie op problemen en hebben dan ook vooral een praktische invalshoek. Op grond van welke theoretische analyses een governance model beoordeeld moet worden en welke criteria daarvoor kunnen worden aangelegd is zeker nog geen gemeengoed. Deze studie beoogt daaraan een bijdrage te leveren. Bovendien maakt het onderzoek inzichtelijk hoe het complexe systeem werkt en welke zaken wel of niet bijdragen aan het bereiken van oplossingen.

Daarmee is ook de *praktische relevantie* aan de orde. Het onderzoek maakt inzichtelijk voor bestuurders, toezichthouders en politici hoe de governance van de gezondheidszorg in elkaar zit, wie voor wat verantwoordelijk is en welke interventies wel en welke niet zinvol zijn. Het onderzoek levert praktische aandachtspunten op om zaken voor elkaar te krijgen in de gezondheidszorg.

Het onderzoek is *beleidsrelevant* omdat het de samenhang en de combinatie van governance principes uit de private, de publieke en de professionals governance wereld zichtbaar maakt.

Er worden voorstellen in discussie gebracht voor verbetering van de samenhang tussen de drie governance werelden en voor maatschappelijke keuzen die gemaakt moeten worden om tot goede Health Care Governance te komen.

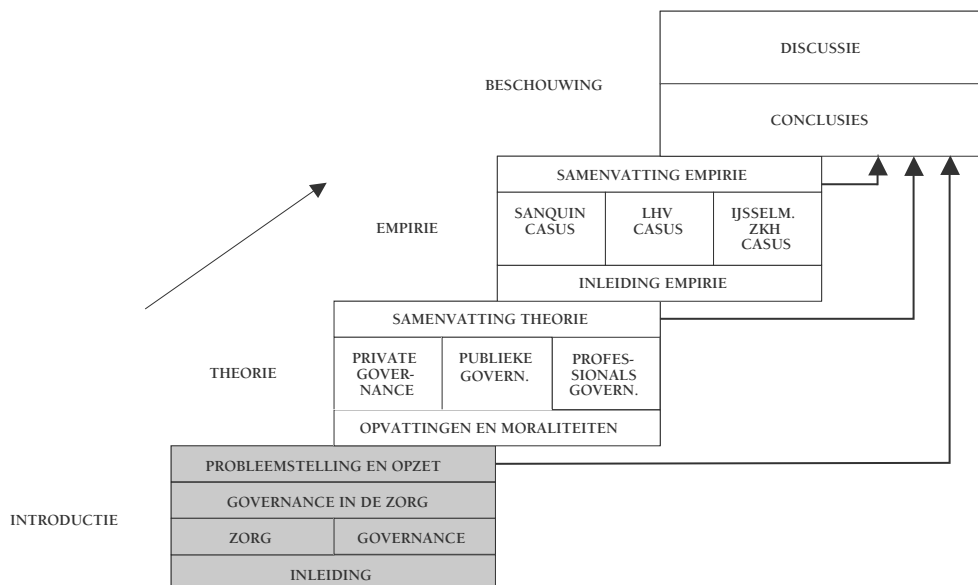
De *maatschappelijke relevantie* is dat verbeteringen in de governance van zorgorganisaties bijdragen aan grotere inzichtelijkheid in het functioneren van die organisaties en in het oplossen van maatschappelijke problemen. Uiteindelijk moet betere governance toch leiden tot betere gezondheidszorg.

Deel II Theorie

Routekaart studie private, publieke en professionals governance zorgaanbieders

Deel I Introductie is voltooid.

We staan nu aan het begin van deel II Theorie.



5

Algemene principes

5.1 Inleiding op het theoretisch deel

De probleemstelling van dit onderzoek is hoe de combinatie van private, publieke en professionals governance voor zorgaanbieders in Nederland functioneert. Die probleemstelling is uiteengelegd in een aantal deelvragen. De eerste drie daarvan hebben betrekking op de theoretische onderbouwing. Dit deel II van dit boek gaat daarover. In dit deel (hoofdstukken 5 t/m 9) wordt antwoord gezocht op de eerste drie deelvragen van de probleemstelling¹:

- Welke theoretische concepten en principes liggen ten grondslag aan iedere governance wereld afzonderlijk?
- In welke mate zijn de theorieën en principes van de governance werelden van toepassing voor Nederlandse zorgaanbieders?
- Welk beeld ontstaat, wanneer theorieën en principes van de drie governance werelden gecombineerd worden?

In de hoofdstukken 6, 7 en 8 worden de drie governance werelden vanuit theoretisch perspectief beschreven en geanalyseerd. Bezien wordt onder andere waarop de governance behoefte in iedere wereld gebaseerd is en hoe governance zich ontwikkeld heeft. Gekeken wordt naar de wettelijke grondslag voor governance en de theoretische onderbouwing. Daarna wordt gekeken naar de doelen, die gediend moeten worden, de wijze waarop met macht wordt omgegaan en de governance principes en instrumenten.

Voorafgaand aan het onderzoek van iedere governance wereld afzonderlijk wordt in hoofdstuk 5.2. gekeken naar de invloed van maatschappelijke opvattingen op de verdeling tussen privaat, publiek en professioneel. Die verdeling wordt anders als bijvoorbeeld de opvattingen over de rol van de staat en de markt veranderen. In iedere governance wereld leven verschillende opvattingen over wat wel en niet betamelijk is en hoe iemand geacht wordt te handelen. In deze studie duiden we dat aan met het begrip moraliteiten. In 5.3. worden de verschillende moraliteiten beschreven en wordt beredeneerd dat iedere governance wereld inderdaad zijn eigen moraliteit heeft.

De hoofdstukken 6, 7 en 8 beogen antwoord te geven op de eerste twee deelvragen. Door de afzonderlijke analyses van de drie governance werelden samen te brengen met

de kennis uit hoofdstuk 5 kan antwoord gegeven worden op de derde deelvraag. Daartoe dient hoofdstuk 9, dat tevens de afsluiting is van het theoretisch deel.

5.2 Maatschappelijke opvattingen

5.2.1 *Opvattingen over organisaties*

De vraag of er meerdere governance werelden zijn en hoe maatschappelijke functies verdeeld zijn over die werelden, wordt in belangrijke mate bepaald door maatschappelijke opvattingen. In het Verenigd Koninkrijk wordt de gezondheidszorg in hoofdzaak geleverd door de National Health Services (NHS), die onder directe verantwoordelijkheid van de overheid staat. Daar is invloed van private governance op de gezondheidszorg dus veel kleiner dan in Nederland². In de USA beperkt de overheid zich vooral tot gezondheidszorg voor armen en gepensioneerden en is de invloed van publieke governance op de gezondheidszorg kleiner.

De denkwijze en de opvattingen over wat kan en mag, verschillen tussen de private en de publieke sector. Dat is vaak een van de redenen om tot verschuivingen van verantwoordelijkheden tussen beide sectoren te komen. De verwachting dat het systeem van (private) vraag en aanbod leidt tot een effectievere en efficiëntere manier van werken, leidt tot vergroten van de private governance invloed. Als (verwacht wordt dat) de werking van de markt leidt tot onacceptabele negatieve maatschappelijke effecten, is er behoefte aan meer overheidssturing door publieke governance.

De inrichting van governance wordt eveneens bepaald door maatschappelijke opvattingen. In private governance zijn er grote verschillen in opvattingen tussen de Angelsaksische landen³ en het Europese continent over de invloed van belanghebbenden op het ondernemingsbestuur. In de USA staat eigendom voorop en bepalen de eigenaren van een onderneming dus wat er met de onderneming gebeurt. Daar telt alleen waardevermeerdering voor de aandeelhouders (shareholders value), terwijl bijvoorbeeld in Duitsland en Nederland ook de belangen van anderen meewegen in het ondernemingsbeleid (stakeholdersbenadering).

Verskillende opvattingen bestaan er ook tussen de Angelsaksische en de Rijnlandse ondernemingswereld⁴ over het combineren van bestuur en toezicht in één orgaan – de one tier board – of het scheiden daarvan in een raad van bestuur en een raad van commissarissen – het two tier board systeem. Waar het in de USA tot voor kort gebruikelijk was dat de hoogst verantwoordelijke voor de leiding van de onderneming, de CEO (chief executive officer)⁵ als chairman⁶ ook de board of directors leidt⁷, wordt dat op het vasteland van Europa, maar ook in de UK, als een ongewenste cumulatie van functies en dus van macht gezien⁸.

Ook in het landsbestuur zijn dergelijke verschillen zichtbaar. De Amerikaanse president is ook de leider van de regering. In Italië en Duitsland heeft de president slechts een ceremoniële functie en ligt de macht bij de premier/bondskanselier. In Frankrijk is de macht tussen president en premier gedeeld, wat tot forse spanningen leidt als beiden niet van dezelfde partij zijn⁹.

De discussies, die aan weerszijden van de oceaan zijn ontstaan naar aanleiding van de problemen met bedrijven, maken nog een belangrijk cultuurverschil zichtbaar. Kort na de beursschandalen is in de USA de Sarbanes-Oxley wet aangenomen die strenge regels stelt aan de wijze van rapporteren van bedrijven. Op die wet is vanuit Europa grote kritiek gekomen. Daarbij bleek een belangrijk verschil van opvatting over de waarde van regels. De klassieke Europese opvatting over een set van regels is, dat deze er zijn om een kader voor het handelen aan te geven. De regels zijn globaal en iedereen wordt geacht 'in de geest van de regels' te handelen. Men kan daar achteraf op getoetst worden. Pas als blijkt dat handelen in de geest van de regels steeds weer problemen geeft, worden er nieuwe regels opgesteld.

De Amerikaanse wijze van omgaan met regels is anders. Daar geldt dat iemand zich uitsluitend aan de letter van de wet te houden heeft. Dat heeft twee consequenties. De ene is dat er behoefte is aan een steeds toenemende regeldichtheid om iedere uitzondering te regelen. De andere is dat een dergelijke cultuur ertoe leidt dat de grenzen van de regels worden opgezocht. Wat niet in de regels staat, is toegestaan en daar maak je dan als onderneming dankbaar gebruik van. Een dergelijke rechtsopvatting leidt tot zeer gedetailleerde contracten tussen civiele partijen, tot zeer gedetailleerde overheidsregels en tot sterke protocollering van professioneel handelen, omdat ook een beroepsgroep steeds strakkere regels onderling zal afspreken.

Deze verschillende opvattingen over de waarde van regels is niet uitsluitend een cultuurverschil tussen Europa en de Verenigde Staten. Het speelt bijvoorbeeld ook tussen de beroepsgroep medici en het openbaar ministerie bij de meldingsprocedure voor euthanasie¹⁰.

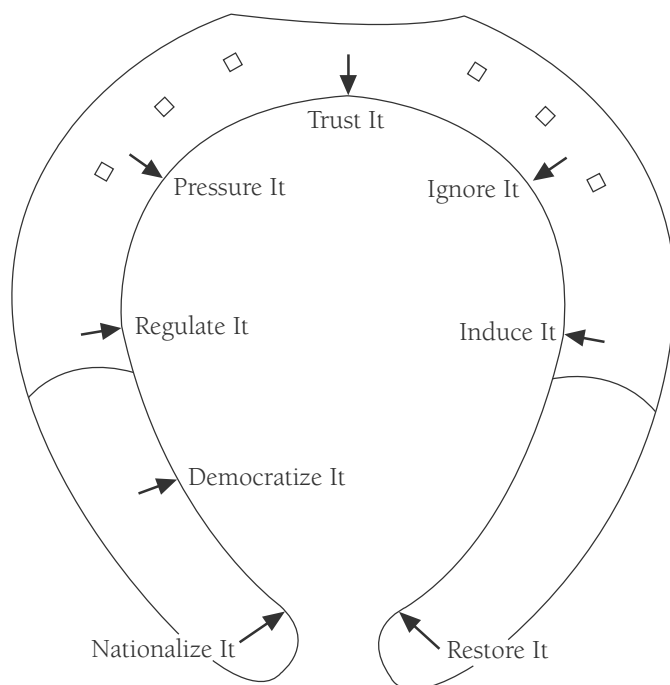
Fundamentele verschillen zijn er tussen de USA en Nederland over de positie van de onderneming zelf. In Nederland is de rechtspersoon een zelfstandige entiteit, die kan denken en iets kan willen. In de USA is de onderneming niet meer dan een contract tussen de vennoten, die alleen maar rechtspersoonlijkheid krijgt om namens die vennoten te kunnen handelen. Volgens Van der Ploeg (1999)¹¹ heeft dit verschil in opvatting directe consequenties voor de positionering van de organisatie. In de Amerikaanse visie op de onderneming kan een organisatie geen eigen doelen en belangen hebben. In de Nederlandse opvatting wordt een organisatie door het aannemen van een rechtspersoon een institutie met eigen belangen en eigen denken en doen. Daardoor is het mogelijk om in het BW te spreken over 'het belang van de vennootschap en de met haar verbonden onderneming'. Dit verschil in kijken naar de positie van de rechtspersoon bepaalt mede de inrichting van de governance structuur.

Direct samenhangend met dit verschil in denken over de rechtspersoon is het denken over het eigendom van de onderneming. In de USA zijn de aandeelhouders eigenaar van de onderneming. In Nederland is dat niet zo. In het BW staat niet dat de aandeelhouders eigenaar van de vennootschap zijn. Ze houden aandelen in het kapitaal van de vennootschap en niet meer dan dat. De aandeelhouder is ook voor niet meer dan zijn volgestorte kapitaal aansprakelijk. In de wet staat bovendien dat bestuur en commissarissen zich moeten richten naar het belang van de vennootschap en de met haar verbonden onderneming, dus niet naar het belang van de aandeelhouders. Of de aandeelhouders als de

eigenaren van de onderneming gezien worden of uitsluitend als kapitaalverschaffers, heeft uiteraard consequenties voor de inrichting van de governance. In het eerste geval dient de onderneming uitsluitend het belang van de eigenaren en moeten zij (laten) toezien of het bestuur hun belangen goed dient¹². In het tweede geval staan de belangen van de organisatie voorop¹³. Voor non-profit organisaties, waar geen eigenaren zijn, kan de governance alleen vanuit de laatste opvatting worden ingericht. Daarbij dient zich wel de vraag aan of de organisatie dan haar eigen belang dient, het belang van verschillende belanghebbenden (stakeholders) of een maatschappelijk belang¹⁴.

5.2.2 Opvattingen over invloed op organisaties

Al voordat governance zijn huidige betekenis kreeg beschreef Mintzberg (1989)¹⁵ verschillende opvattingen over de zeggenschap over ondernemingen. In zijn essay 'Who Should Control The Corporation?' signaleert hij dat grote organisaties zich gaan afsluiten van externe invloeden en dat dan de vraag ontstaat wie het voor het zeggen heeft over een onderneming¹⁶. Hij schetst de 'Conceptual Horseshoe', die is weergegeven in figuur 5.1. Daarin zijn de verschillende opvattingen weergegeven over de controle op het ondernemingsbestuur.



Figuur 5.1 Conceptual Horseshoe van Mintzberg (1989)

In tijden van vertrouwen is de opvatting ‘trust it’. Heb maar vertrouwen in het ondernemingsbestuur en laat de controle van de onderneming maar aan het bestuur over, dan loopt het allemaal goed en worden de juiste dingen op de juiste manier gedaan. Bestuurders zelf zijn vaak aanhanger van deze visie, wat niet onbegrijpelijk is. Aan de andere kant van de schaal staan opvattingen, die geen vertrouwen hebben in het ondernemingsbestuur en vinden dat er een strakke controle moet komen. Vanuit een socialis-tische maatschappijopvatting leidt dit tot de behoefte de onderneming te nationaliseren (‘nationalize it’) en volledig onder controle van de overheid te brengen. Vanuit een extre-mere vrije markt opvatting, waarbij de onderneming eigendom is van de aandeelhouders, is de oplossing om de macht van deze aandeelhouders te herstellen (‘restore it’) en hen de controle over de onderneming te geven. Het ondernemingsbestuur wordt dan de uitvoerder van wat de aandeelhouders opdragen. In de huidige codes over corporate governance wordt goeddeels teruggegrepen op deze gedachte¹⁷.

Aan de linkerkant van het spectrum liggen tussen het nationaliseren en het vertrouwen een aantal minder extreme opvattingen. De controle over de onderneming wordt beter als niet alleen de aandeelhouders, maar ook medewerkers en gebruikers invloed hebben op de besluiten van het ondernemingsbestuur¹⁸. Mintzberg noemt dit ‘democratize it’, een gedachte, die in Nederland normaal is, maar in de USA zeker niet. Als volgende optie noemt Mintzberg: ‘regulate it’, het opstellen van regels en de controle op het naleven van de regels door de overheid of een controlerende instantie. In afwijking van de vorige opties blijft hier de verantwoordelijkheid van het ondernemingsbestuur niet intact, maar wordt deze ingeperkt door de controle en besluitvorming van het regelend orgaan (regulatory agency). Het ondernemingsbestuur blijft wel intact bij de volgende optie ‘pressure it’, waarbij veranderingen tot stand komen door druk van externe actiegroepen¹⁹. Feitelijk heeft ieder ondernemingsbestuur te maken met zowel externe regelgeving en invloed van externe toezichthouders, als met druk uit de maatschappij en van actiegroepen. Waar invloed van medewerkers en gebruikers nog een keuze is, is opgelegde regelgeving en externe druk vanzelfsprekend. Waar controle op basis van vertrouwen faalt, ontstaat onder externe druk behoefte aan regelgeving²⁰. Meestal wil de ondernemingswereld dan eerst tot zelfregulering komen en pas als dat niet lukt wordt overheidsregulering verwacht.

De rechterzijde van het hoefijzer representeert een beperkte invloed op het ondernemingsbestuur. Hier gaat het niet zozeer om controle om te zorgen dat de doelen van de onderneming bereikt worden, maar om de vraag of een onderneming bij moet dragen aan maatschappelijke ontwikkeling. Mintzberg noemt dit ‘attribute to social needs’. ‘Ignore it’ gaat er van uit dat je het wel kunt vergeten dat een onderneming bijdraagt aan de maatschappij. ‘Induce it’ gaat er van uit dat ondernemingen uitsluitend maatschap-pelijk gaan ondernemen als dit voor hen lonend gemaakt wordt (‘it pays to be good’). De ‘Conceptual Horseshoe’, opgesteld in 1989, geeft goed weer welke gedachten er ook in de eenentwintigste eeuw leven over de controle op het besturen van ondernemingen. Thans wordt het meeste effect verwacht van regelgeving en het herstellen van de macht van de aandeelhouders.

5.2.3 Opvattingen over de overheid

Het essay van Mintzberg gaat over controle op de onderneming, dus over private governance. Vergelijkbare verschillen zijn er in de vraag wat de taak van de overheid is en daarmee welke zaken tot het publieke domein behoren. In de USA is er vanouds een grote afkeer van macht van de overheid en van een grote overheid. In het naoorlogse Europa zijn met de inrichting van de verzorgingsstaat steeds meer verantwoordelijkheden bij de overheid komen te liggen. De opvattingen over wat de staat moet doen verschillen naar politieke partij en verschuiven in de tijd. In landen met een getrapte bestuursstructuur, zoals de Bundesrepubliek Deutschland en de United States of America, gaat de discussie niet alleen over de taken van de overheid, maar ook over de verdeling daarvan tussen de afzonderlijke staten en de federatieve overheid. In Europa gaat het ook over de verdeling tussen verantwoordelijkheden van landen en de Europese autoriteit.

Ongeacht de verschillen in opvatting is er een aantal verantwoordelijkheden die bijna iedereen van de overheid verwacht²¹. Dat zijn onder andere:

- Het land beveiligen tegen externe indringers.
- De veiligheid en rechtszekerheid in het land bewaken.
- Het monopolie op het gebruik van geweld.
- Het uitoefenen van helder bestuur over het land met duidelijkheid in de verantwoordelijkheid tussen verschillende bestuurslagen.
- Het zorgdragen voor goede wetgeving.
- Het organiseren van een onafhankelijke rechtsspraak.
- Het beschermen van het land tegen de gevolgen van natuurrampen.
- Het organiseren van rampenbestrijding.
- Het beschermen van de bevolking tegen ziekten en plagen.

Over andere overheidstaken wordt verschillend gedacht. Het tot stand brengen van een goede infrastructuur is in veel landen een overheidstaak. Dat is vaak eigenbelang van de machthebber, want het stelt hem in staat legers, goederen en informatie snel te vervoeren. In landen met een sterk centraal gezag (het Romeinse Rijk, het huidige Frankrijk) zal de overheid veel aandacht geven aan infrastructuur. In landen met minder geloof in de centrale overheid (de USA, Italië) is dat niet vanzelfsprekend. Bijna overal wordt van de overheid een rol verwacht in het stimuleren van de welvaart en het welzijn van de burgers, maar in het ene land leidt dat vooral tot protectie en in het andere tot een verzorgingsstaat.

Bijna overal wordt ook een rol van de overheid verwacht in het reguleren van de vrije markt. Dat kan enerzijds zijn door overheidssteun²² en anderzijds door overheidsregulering. In het kader van deze studie is vooral dit laatste van belang. Frentrop (2002) beschrijft hoe al kort na het ontstaan van de VOC de aandeelhouders de hulp van de overheid inriepen om door regelgeving af te dwingen, wat hen in het zakelijk verkeer met het bestuur van de onderneming niet lukte. Tenminste verwacht men van de overheid een zodanige wet- en regelgeving, dat er een betrouwbaar en veilig speelveld ontstaat, waarin private partijen zaken met elkaar kunnen doen. Koning Willem I²³ voerde

de registratie van ondernemingen in bij de Kamer van Koophandel omdat er behoefte was aan betrouwbare informatie over ondernemingen. Regels voor de jaarverslaglegging hebben hetzelfde doel. Het BW beschrijft een aantal basisregels voor private transacties. Van de overheid worden maatregelen verwacht om concurrentievervalsing tegen te gaan. De overheid stelt aan sommige private activiteiten vestigings- of bekwaamheidseisen ter bescherming van haar burgers.

Ook de opvattingen over hoe de overheid zijn werk moet doen verschuiven in de tijd. Renate Mayntz (1999) beschrijft hoe de publieke governance zich in de laatste halve eeuw heeft ontwikkeld en hoe het overheidsmanagement steeds een andere rol kreeg in het maatschappelijke veld, waarin overheidsdoelen gerealiseerd moeten worden. Van het geloof in planning en de maakbaarheid van de samenleving waarin de overheid bepalend is voor de maatschappelijke ontwikkeling, verschuift de overheid naar een positie als één van de onderhandelingspartners in een sterk gedifferentieerd veld van partijen met alle hun eigen belangen.

5.2.4 Opvattingen over de rol van professionals

De rol van een professie in de maatschappij stoelt op het aloude Gilden systeem. Een groep ambachtslieden in een gebied zorgt ervoor dat er voldoende vaklieden zijn en dat zij voldoende kwaliteit hebben. Ze leiden hun eigen vakgenoten op en bepalen daarmee de toetreding tot de professie. Van de machtshebber krijgen ze het monopolie op de beroepsuitoefening in het gebied. Welke beroepsgroepen een dergelijk monopolie krijgen en op grond waarvan, verschilt in de tijd en per gebied. In vroegere eeuwen lagen er vooral monopolies bij ambachten en was bijvoorbeeld de chirurgijn een niet beschermd beroep. Hij deed zijn werk op de kermis.

Door de industriële revolutie verloren veel ambachten hun monopolie en werd hun werk gestandaardiseerd en geïndustrialiseerd. Daardoor verloren ze het monopolie en hielden op als professie te bestaan. De ontwikkeling van de geneeskunde sinds de negentiende eeuw leidde er omgekeerd toe dat dokters meer status kregen en hun werk de kenmerken van een professie kreeg. In de twintigste eeuw hebben verpleegkundigen geprobeerd een soortgelijke ontwikkeling door te maken, maar met minder succes. Hun vakbekwaamheid wordt door de maatschappij veel minder als een professie gezien en medici hadden er geen belang bij om naast hun eigen professie een andere beroepsgroep te laten ontstaan met vergelijkbare status.

In bijna alle Westerse landen genoten dokters in de twintigste eeuw een hoge status en werd hen het monopolie op de beroepsuitoefening toegestaan. De professie kon zich gesloten houden en daarmee de magie van het vak in stand houden. Gaandeweg is dat aan het veranderen. Waar vroeger de professional almachtig was en niet aangetast kon worden in zijn professionele autonomie²⁴ is de laatste tijd een verschuiving opgetreden naar protocolleren van het handelen, werken volgens de best practices en evidence based medicine. De professional moet zich bijscholen en verantwoorden en gaandeweg is er een ontwikkeling dat zijn prestaties ook openbaar gemaakt gaan worden en zowel professioneel als vanuit cliëntperspectief vergeleken zullen worden. Dat laatste is in de USA al heel gewoon, terwijl er in Nederland een begin mee gemaakt wordt.

De autonomie van de professional is verschillend. In Nederland is het niet gebruikelijk dat medisch specialisten in een hiërarchisch systeem werken, terwijl er in Duitsland een strenge hiërarchie onder medici heerst. Ook maatschappelijke ontwikkelingen, zoals het normaliseren van de werktijden van arts-assistenten²⁵ en het invoeren van de Wet BIG, hebben grote invloed op de positie van professionals.

Hoe de professionals zelf denken over hun positie en hun werk, bepaalt in eerste instantie de maatschappelijke positie van hun beroepsgroep. Maar wat de maatschappij van de professional verwacht en hoe zijn positie gezien en gewaardeerd wordt, heeft grote invloed op de keuzen die in de professionals governance wereld gemaakt worden. Die governance wereld is er immers juist om het beroep kwaliteit en eerbiedwaardigheid te verschaffen.

5.2.5 Opvattingen over vertrouwen en integriteit

In governance discussies worden de woorden openheid en transparantie als sleutelwoorden gebruikt. Openheid en transparantie hebben alles te maken met de wijze van verantwoording. Het gaat erom dat belanghebbenden kunnen zien wat de doelen zijn, wat de resultaten zijn en hoe het bestuur heeft gehandeld om die resultaten te bereiken. Openheid heeft direct te maken met twee andere sleutelbegrippen, integriteit en vertrouwen. Bij de inrichting van governance kan worden uitgegaan van de integriteit van de bestuurder en het vertrouwen, dat hij zijn positie niet zal misbruiken. Dat veronderstelt ook dat de bestuurder actief meewerkt aan het systeem en in openheid verantwoording aflegt over zijn daden.

De omgekeerde redenering is ook denkbaar. Dan is er geen vertrouwen en zijn er controlesystemen nodig, gericht op het voorkomen van wangedrag en inperking van de bewegingsvrijheid van de ondertoezichtgestelde. De opkomst van governance heeft veel te maken met situaties, waarin het vertrouwen geschonden is. Stappen om meer toezicht tot stand te brengen en meer verantwoording te vragen, worden gezet als dat vertrouwen een aantal malen geschonden is en er aan de integriteit van besturen getwijfeld gaat worden²⁶. Verschillende auteurs, waaronder Geert Mak (2004)²⁷, hebben de laatste tijd betoogd, dat er een cyclische beweging zit in het vertrouwen, dat in bestuurders gesteld kan en mag worden. Volgens Mak zijn er perioden, zoals de Gouden Eeuw, waarin fatsoenlijk gedrag als vanzelfsprekend wordt beschouwd. Er is een superklasse van adel of goeude burgerij, die de maatschappij bestiert. In die superklasse vertrouwt men elkaar. Men kan zich niet veroorloven anderen te bedriegen of zichzelf te verrijken ten koste van anderen. Het ergste wat je sociaal kan gebeuren, is dat je te boek staat als een zakkenvuller. Er is respect en verantwoordelijkheidsgevoel, orde en rust en veel sociale controle, die uitwassen voorkomt. In zo'n (top van de) samenleving hoef je niet alles met gedetailleerde regelgeving vast te leggen. Er is letterlijk een (g)old boys netwerk, dat elkaar in evenwicht houdt. Deze situatie is echter niet stabiel. Gaandeweg komen er nieuwkomers, die wel rijk zijn en macht hebben, maar niet de ongeschreven wetten volgen. Volgens Mak speelde dat in Nederland aan het eind van de zeventiende eeuw, toen er een bovenlaag kwam die zichzelf instandhield met nepfuncties en hoge beloningen voor semi-ambtelijke functies. Volgens Frentrop (2002) ontstonden toen ook de problemen in de VOC, waar de bestuurders het contact met hun investeerders kwijtraakten en

alleen met hun eigen gewin bezig waren. Zowel Mak als Frentrop komen tot de conclusie dat we rond de eeuwwisseling naar de eenentwintigste eeuw in een vergelijkbare situatie leven, waarin fatsoen en vertrouwen en sociale zelfregulering niet vanzelfsprekend zijn en de bovenlaag van de samenleving ontspoot. Dat zijn perioden, waarin strikte en gedetailleerde regelgeving moet proberen datgene te bereiken, wat een halve eeuw eerder onder bestuurders nog vanzelfsprekend was²⁸. Volgens Fennema en Heemskerk (2004) is de nieuwe topklasse veel minder dan de oude topklasse georiënteerd op het instandhouden van de samenleving, omdat ze veel kosmopolitischer is en minder plaatsgebonden en geïsoleerder leeft van de samenleving. Bovendien gelooft deze klasse, dat alles door eigen individueel succes bereikt is, en is daardoor individualistisch ingesteld. Volgens Mak geldt dat niet alleen in het bedrijfsleven, maar ook in de publieke sector.

Fukuyama (1995) heeft er op gewezen dat het belangrijk is voor het vertrouwen in een samenleving, dat burgers bereid zijn de regels van de overheid te volgen. Hij maakt een onderscheid tussen 'high trust societies' (vertrouwensamenleving) en 'low trust societies' (wantrouwensamenleving). In een high trust society hebben burgers vertrouwen in de staat en wordt wetgeving gerespecteerd. Daar houden burgers zich aan de regels en komt men (ook onderling) afspraken na. Voorbeelden daarvan zijn de USA, Duitsland, Zweden en Japan²⁹. In low trust societies, zoals Italië, wantrouwt men overheid en burgers die men niet kent. Daar wordt de overheid niet serieus genomen en regelt men zijn zaken zelf wel³⁰. Om zaken voor elkaar te krijgen is men aangewezen op eigen verbanden, zoals familie of stamverband.

Wanneer we de opvattingen van Mak c.s en Fukuyama combineren, dan ontstaat het beeld dat samenlevingen waar vertrouwen overheerst zeer kwetsbaar zijn voor het ontstaan van een nieuwe bovenlaag, die zich niet aan die vertrouwensspelregels houdt en zijn eigen gewin nastreeft.

Het verlies van vertrouwen in een samenleving tast de moraliteit aan. Er is dan geen basis meer waarop transacties gedaan kunnen worden³¹. Er ontstaat behoefte aan regelgeving van buitenaf en aan zeer gedetailleerde contracten, die alle risico's uitsluiten. Dit verlies van vertrouwen komt het hardste aan in de private wereld, omdat zaken doen op vertrouwen gebaseerd is. Voor de professionals wereld is het noodzakelijk om te zorgen dat de maatschappij vertrouwen heeft in de beroepsbeoefenaren. Alleen door kwaliteit en professionaliteit te standaardiseren en te garanderen kan de beroepsgroep zich onderscheiden van beunhazen en kwakzalvers. In de publieke governance wereld zijn vertrouwen en rechtsgelijkheid³² een premisse voor de acceptatie van de overheid³³. Hoe in een governance wereld wordt omgegaan met vertrouwen is derhalve een belangrijk element in de verschillende governance werelden en de invloed daarvan op de gezondheidszorg.

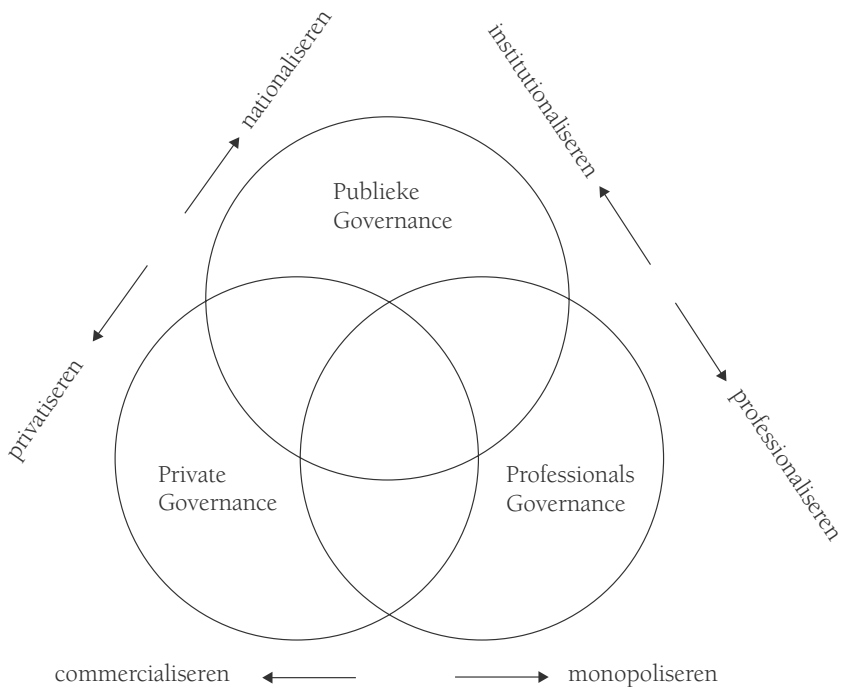
5.2.6 *Privaat, publiek en professional*

Per land en per tijdsgewricht verschillen de maatschappelijke opvattingen over welke taken en verantwoordelijkheden tot het private en welke tot het publieke domein behoren en welke professies maatschappelijk geaccepteerd worden. De speelruimte van

het ene domein is daarmee de beperking van een ander domein. De extremen zijn een volledig door de staat geleide economie, een volledige vrije markt, of een situatie waarin de professionals volledig de dienst uitmaken. In beide eerste extremen is geen plaats voor professionele autonomie omdat ofwel de staat ofwel de markt bepaalt wat de 'professionals'³⁴ te doen staat. Beide extremen komen zelden voor. Het derde extreem, dat professionals de dienst uit maken, bestaat alleen in deelmarkten en niet voor een hele maatschappij.

De werkelijkheid is dat er in iedere samenleving een mix is van markteconomie en sturing door de overheid en dat die overheid professionele groepen de mogelijkheid geeft om zich tegen de werking van de markt te beschermen. Verschuivingen tussen de drie werelden komen tot stand omdat er veranderende maatschappelijke opvattingen zijn, de politieke signatuur verandert³⁵, door technologische ontwikkelingen, of omdat er maatschappelijke onvrede is over het functioneren van de huidige situatie. Vaak is er sprake van een combinatie van redenen tot verandering³⁶. De wens tot verandering kan van verschillende kanten komen. Het is echter in hoofdzaak de overheid die de spelregels kan veranderen

Wanneer de noodzaak tot veranderen voortkomt uit disfunctioneren van het bestaande, dan zegt dat ook iets over de governance. De corporate governance structuur in de USA werkte kennelijk niet zodanig dat schandalen voorkomen konden worden. De afstoting



Figuur 5.2 Verschuivingen tussen governance werelden

van overheidstaken komt soms voort uit het onbestuurbaar worden van een te grote overheid. Een tekort aan medische professionals leidt er toe dat de overheid zich gaat bemoeien met de planning van de instroom van professionals. Governance systemen zijn bedoeld om binnen de eigen wereld problemen te voorkomen of op te lossen. Als dat niet (tijdig) gebeurt, worden de invloeden van de andere governance werelden groter en zal met name de publieke governance wereld de neiging hebben zijn governance invloed uit te breiden. Er treden dan verschuivingen tussen de governance werelden op. Een beeld daarvan is weergegeven in figuur 5.2.

Zo'n verschuiving brengt niet alleen met zich mee dat de verantwoordelijkheid verschuift en er andere governance instrumenten ingezet moeten worden, maar het betekent ook dat er een andere moraliteit gaat gelden. Soms is dat een bewuste keuze en is de verschuiving bedoeld om vaste patronen te doorbreken en is de verwachting dat het handelen in een andere moraliteit tot vernieuwing en verbetering zal leiden. In andere gevallen treden ongewenste of onverwachte effecten op. Privatisering van het busvervoer kan leiden tot meer efficiency en lagere maatschappelijke kosten. Maar het kan ook leiden tot het afstoten van onrendabele lijnen, waardoor een deel van Nederland niet meer bereikbaar is via openbaar vervoer. Die afweging is dan een zaak van privaat belang en niet meer van publieke belang³⁷.

5.3 Moraliteiten

5.3.1 *Verschillende moraliteiten*

De opvattingen over wat wel of niet betamelijk is en wat dit betekent voor het handelingsrepertoire, verschillen per governance wereld. We hebben dit eerder moraliteiten genoemd. Een verschil in moraliteit heeft uiteraard invloed op de spelregels voor bestuur en toezicht, zodat het waarschijnlijk is dat de moraliteit van de private en de publieke governance wereld verschillen. De vraag dient zich aan of de professionals governance wereld een derde eigen moraliteit heeft.

Om het onderscheid tussen publiek en privaat te analyseren wordt vaak gebruik gemaakt van het gedachtegoed van Jane Jacobs (1992). In haar boek 'Systems of survival, A Dialogue on the Moral Foundations of Commerce and Politics' beschrijft ze een fictieve dialoog tussen een aantal mensen. Die dialoog leidt tot de conclusie dat er in de wereld van handel en dienstverlening een andere moraliteit geldt dan in de overheidswereld en dat beide moraliteiten elkaar uitsluiten en niet gecombineerd kunnen worden. Ieder beroep valt onder één van beide moraliteiten³⁸ en iedere poging de moraliteit van de ene wereld te gebruiken in de andere wereld is tot mislukken gedoemd en corrupteert het systeem. Jacobs komt via een andere weg tot dezelfde conclusie als Plato maar verfijnt diens gedachtegang op basis van eigen denkwerk en het combineren van andere denkers en praktijkervaring. Het menselijk handelen kan opgesplitst worden in twee fundamenteel verschillende manieren om te overleven. Jacobs noemt dit 'taking or trading'. Taking heeft betrekking op de jacht, landbouw (voor eigen gebruik) of verovering van eigendom van anderen. Trading betekent ruil met anderen ter weder-

zijds voordeel. Die twee basisstrategieën komen volgens haar terug in de moraliteiten van de publieke en de private sector. Een overheid heeft verantwoordelijkheid over een gebied en moet dus de macht en het gezag hebben om dat gebied te besturen. Haar handelen is gebaseerd op 'Taking'. Daar horen bepaalde opvattingen, spelregels en normen en waarden bij, die Jacobs 'Guardian'³⁹ Moral Syndrome' noemt. Het 'Commercial Moral Syndrome' weerspiegelt de 'Trading' manier van overleven en is van toepassing op handel, industrie en zakelijke dienstverlening. Het woord 'Syndrome'⁴⁰ wordt gebruikt in de betekenis van verschijnselen, die altijd gezamenlijk voorkomen⁴¹. De kenmerken van een moral syndrome komen altijd gezamenlijk voor en kunnen niet los van elkaar worden gezien.

Het 'Commercial Moral Syndrome' berust onder andere op vertrouwen, vrijwillige overeenkomsten, het vermijden van geweld, makkelijke omgang met vreemden, inventiviteit, zuinigheid en aanpassing om je doel te bereiken. Het 'Guardian Moral Syndrome' berust op het vermijden van handel, het gebruik van geweld, het demonstreren van macht door pracht en praal, vrijgevigheid, traditie, en hiërarchie.

Jacobs concludeert dat beide syndromen naast elkaar bestaan en dat de maatschappij beide nodig heeft. De syndromen sluiten elkaar uit. Ieder beroep kan maar in een van beide syndromen uitgeoefend worden. Wanneer de grenzen van een moraliteit overschreden worden, leidt dat tot corruptie en instabiliteit van de maatschappij. Beide moraliteiten hebben elkaar nodig om corrumperen van het systeem tegen te gaan. Zo kan de eerlijkheid en het vertrouwen in het commercial syndrome alleen blijven bestaan, als de overheid zorgt voor wetgeving en rechtspraak, die houvast biedt als een van de partijen zich niet aan de vrijwillige overeenkomst houdt.

Wanneer we de theorie van Jacobs vertalen naar de terminologie van dit onderzoek dan betekent die dat in de wereld van private governance een andere moraliteit geldt dan in de wereld van publieke governance. We hebben dan nog geen antwoord op de vraag welke moraliteit geldt in de wereld van professionals governance. In het navolgende verkennen we eerst de moraliteiten van de private en de publieke governance werelden op basis van het gedachtegoed van Jacobs. Daarna zullen we onderzoeken met welke moraliteit de professionals governance wereld te maken heeft.

5.3.2 *De moraliteit van de private governance wereld*

Voor de marktsector is volgens Jacobs 'The Commercial Moral Syndrome' van toepassing. Dat bepaalt het morele kader voor de waarden en normen en de wijze van omgaan met elkaar in de private sector. In de private sector is er geen hiërarchie tussen partijen, maar doen mensen vrijwillig zaken met elkaar. Dat doen ze als die transactie beide partijen voordeel oplevert. De transacties zijn vrijwillig en komen alleen tot stand als beide partijen er van uitgaan dat zij hun afspraken zullen nakomen. Eerlijkheid en het respecteren van contracten zijn dus fundamentele waarden in de private omgang tussen partijen. Volgens Jacobs moet daarom het gebruik van macht en geweld vermeden worden⁴². In de private wereld moet je makkelijk met verschillende partijen⁴³ kunnen samenwerken. Je sluit met iedere partij een contract met daarin de beste condities, die per situatie verschillend kunnen zijn⁴⁴. Omdat ook de wederpartij zoekt naar de beste condities is competitie inherent onderdeel van de private moraliteit. Wil je goede con-

ditities waar kunnen maken dan zul je inventief moeten zijn en open staan voor vernieuwing maar ook efficiënt en spaarzaam moeten zijn. Je moet durven investeren en dat vraagt weer een optimistische kijk op de wereld.

Volgens Weber (1904) bepaalt ook de religieuze achtergrond van een Westerse samenleving de moraliteit in de private sector. Zijn beschrijving van de protestantse ethiek komt in veel elementen overeen met hetgeen Jacobs stelt. Door het ontbreken van de hiërarchie, die de katholieke kerk kent, is men in de protestantse kerken op elkaar aangewezen. Ieder verricht zijn taak, hoe nederig ook. Alleen door samenwerking en taakverdeling komen zaken tot stand. Dat betekent dat je op vrijwillige basis zaken met elkaar doet. Spaarzaamheid is vanzelfsprekend en wordt als een deugd beschouwd. Volgens Weber vertonen protestantse samenlevingen stelselmatig een hogere productiviteit en hebben zij op die wijze een grote bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het kapitalisme. In katholieke samenlevingen is hiërarchie en het nastreven van een hogere positie belangrijk. Dat gaat met pracht en praal gepaard en brengt derhalve verspilling met zich mee⁴⁵. Ook betekent het volgens Weber dat veel mensen hun baan alleen maar zien als een tussenstap naar een nog hogere baan en dus minder investeren in die baan maar wel in de hiërarchie, die hen de volgende baan moet bezorgen. De gedachtegangen van Weber en Jacobs vertonen grote overeenkomsten. De katholieke kerk zou volgens de beschrijving van Weber voldoen aan het guardian moral syndrome en de samenwerking in de protestantse kerk aan het commercial moral syndrome.

Ook Fukuyama (1995, 1999) stelt dat vertrouwen een belangrijke basis is voor de samenwerking van individuen en bijdraagt aan het verkrijgen van welvaart. Hij noemt dit sociaal kapitaal een belangrijke informele norm, die de samenwerking tussen individuen bevordert. Fukuyama maakt onderscheid tussen samenlevingen met een hoge mate van vertrouwen en een lage mate van vertrouwen. Het kan geen toeval zijn dat Fukuyama vooral landen met een overwegend protestantse of confuciaanse achtergrond als high trust society definieert en katholieke landen als low trust society. Hij bevestigt daarmee het beeld van Weber.

Vertrouwen in degene met wie je zaken doet, is dus een onmisbare voorwaarde voor het functioneren van een markt. Daarbij wordt onderkend dat de belangen van beide partijen verschillend zijn en dat beide zich in moeten spannen om tot een voor beide voordelige situatie te komen.

De moraliteit van de private governance wereld, respectievelijk het 'commercial moral syndrome' van Jacobs, omvat de volgende gedragscodes:

- Vermijd geweld.
- Kom tot vrijwillige overeenkomsten.
- Wees eerlijk.
- Werk gemakkelijk samen met onbekenden en vreemdelingen.
- Concurrereer.
- Respecteer contracten.
- Gebruik initiatief en wees ondernemend.

- Sta open voor inventiviteit en vernieuwing.
- Wees efficiënt.
- Bevorder welbevinden en gebruiksgemak.
- Wijk af in het belang van de taak.
- Investeer voor productieve doeleinden.
- Wees vlijtig.
- Wees spaarzaam.
- Wees optimistisch.

5.3.3 *De moraliteit van de publieke governance wereld*

Jacobs stelt dat voor de autoriteit over een bepaald gebied 'the guardian moral syndrome' geldt. Die autoriteit is de hoeder/bewaker van het gebied en houdt zich bezig met het beschermen, verwerven, administreren en controleren van territoriale grondgebieden. Deze autoriteit – de overheid – moet de condities creëren waarbinnen burgers veilig met elkaar om kunnen gaan volgens het 'commercial moral syndrome'. De morele gedachtewereld van de guardian stoelt op het gebruik van macht en geweld aan de ene kant en gehoorzaamheid en discipline aan de andere kant. Daarvoor zijn van bovenaf opgelegde regels nodig, waarvan de naleving wordt afgedwongen. De guardian vermijdt handel en is dus geen partij in het commerciële verkeer. Als er iets voor elkaar gebracht moet worden, wordt macht of zo nodig geweld gebruikt. Geweld tegen de buitenwereld om het territorium te behoeden tegen externe indringers, maar ook tegen de eigen burgers om veiligheid binnen het territorium te garanderen.

De Westerse maatschappelijke opvatting dat het monopolie op het gebruik van geweld bij de staat ligt, sluit daarbij aan. Als je macht hebt moet je dat ook tonen. Dat blijkt uit moed en bekwaamheid (prowess), geestkracht en vastberadenheid (fortitude). Het blijkt ook uit pracht en praal ten toon spreiden (ostentatious), vrijgevigheid (largesse) en het gebruik van tijd voor 'nutteloze' dingen (leisure). Loyaliteit en eer zijn belangrijker dan oprechtheid. Hiërarchie en traditie worden gerespecteerd. Als het nodig is wordt er wraak genomen. Misleiden van de tegenpartij om de eigen burger te beschermen is in dit morele syndroom geoorloofd en noodzakelijk, maar de inwoners van het gebied mogen niet bedrogen worden en moeten kunnen rekenen op de consistentie van de overheid.

Het beeld dat Jacobs schetst voor de morele kaders voor territoriale machthebbers, komt in belangrijke mate overeen met de adviezen die Machiavelli (1513, uitgave 1998) in 1513 in *Il Principe* gaf aan de heerser over Florence. Ook hij noemde pracht en praal en vrijgevigheid als kenmerken van het heersen⁴⁶. Geacht en gevreesd worden, zijn volgens Machiavelli belangrijke pijlers voor het behoud van de macht over een heerser. Gevreesd wordt men door discipline en straffen als het nodig is. Geacht wordt men door succesvolle operaties (meestal oorlogen), die de bevolking veiligheid en welvaart brengen. Door hiërarchie en discipline en het nemen van wraak dwingt de machthebber loyaliteit en gehoorzaamheid af. Ook Machiavelli vindt dat een machthebber zijn woord niet hoeft te houden als dat in het belang van de zaak is.

In de ideaaltypische beschrijving van Weber (1947) van een bureaucratie komen hiërarchie, loyaliteit en strakke regels eveneens voor. Weber legt er de nadruk op dat zo'n systeem het mogelijk maakt om gelijke gevallen gelijk te behandelen⁴⁷. Jacobs beschrijft dat eveneens in haar boek, al komt het element niet als zodanig in haar samenvatting van het syndroom voor. Machiavelli zou zijn heerser juist geadviseerd hebben per geval verschillend te handelen en alleen naar het resultaat te kijken. Het element van gelijke behandeling voor burgers doet dan ook pas sinds de Franse Revolutie opgeld.

In ieder geval berust de macht van de overheid nu enerzijds op haar democratische legitimering en anderzijds op het voldoen aan de normen en waarden die hiervoor genoemd zijn. Een overheid, die daaraan niet kan voldoen, verliest haar geloofwaardigheid en op den duur haar macht. Als de overheid haar verantwoordelijkheid niet waar kan maken, dan neemt het vertrouwen in die overheid af. Dan neemt men of het recht in eigen hand of er ontstaat chaos. De adviezen van Machiavelli en de beschrijving van Weber ondersteunen Jacobs in haar beschrijving van de moraliteit van de overheid.

De gedragscodes van het 'guardian moral syndrome' respectievelijk van de moraliteit van de publieke governance wereld zijn⁴⁸:

- Vermijd handel.
- Toon moed en bekwaamheid.
- Wees gehoorzaam en gedisciplineerd.
- Houd vast aan traditie.
- Respecteer hiërarchie.
- Wees loyaal.
- Neem wraak.
- Bedrieg in het belang van de taak.
- Maak volop gebruik van vrije tijd.
- Vertoon pracht en praal.
- Wees vrijgevig.
- Wees exclusief.
- Toon standvastigheid.
- Wees fatalistisch.
- Waardeer eer.

5.3.4 *De moraliteit van de professionals governance wereld*

Volgens Jacobs zijn er niet meer dan twee moraliteiten en valt ieder beroep in de ene of de andere moraliteit. Freidson (2001) is een andere mening toegedaan. Hij benoemt de moraliteit van de wereld van professionals als 'the Third Logic'. Hier is kennis het sturingsmechanisme tegenover de sturing door de markt (privaat) en sturing door hiërarchie (publiek)⁴⁹. Waar consumenten de sturing van de markt in handen hebben en bestuurders de controle over de bureaucratie, hebben volgens Freidson de professionals zelf de controle over de professionele wereld.

De beschrijving van Freidson van de sturing door markt en hiërarchie sluit in hoofdlijnen aan bij het onderscheid dat Jacobs maakt. Zijn opvatting over het handelen van professionals heeft in de theorie van Jacobs geen plaats. Wanneer we Freidson volgen

in zijn gedachte, dat voor professionals een andere logica/moraliteit geldt, dan is de openstaande vraag waaruit die moraliteit dan bestaat en of we die kunnen determineren in vergelijkbare termen als de 'moral syndromes' van Jacobs. Alleen dan immers zijn de moraliteiten van de drie governance werelden met elkaar te vergelijken. In de rest van deze paragraaf zullen we de kenmerken van deze moraliteit verkennen.

Een van de belangrijke kenmerken van een professie is het monopolie op de vakuitoefening. De beroepsgroep ontleent zijn macht en maatschappelijke positie aan het monopolie op kennis en op de uitoefening van taken, waarvoor die kennis nodig is. Het verlenen van de bevoegdheid tot uitoefening van het vak is dan ook altijd een kenmerk van een professie.

Het monopolie kan alleen behouden worden als de buitenwereld het idee heeft dat het werk van de professionals zo bijzonder is, dat een leek dat niet zo maar kan. Dat betekent enerzijds dat het kennisdomein van de professie een zekere abstractie moet hebben en dat het gebruik daarvan alleen mogelijk is door een vakman, die onbenoembare kennis kan gebruiken in zijn werk. Anderzijds betekent het dat de beroepsgroep er belang bij heeft om kennis te mystificeren en impliciet te laten wat de professionele groep nu eigenlijk weet en hoe de individuele professional tot zijn oordeel komt.

De professionele groep sluit gezamenlijk het professionele terrein voor de buitenwereld af. De individuele professional doet dat in zekere zin ook bij de uitoefening van zijn vak in individuele gevallen. Dan moet hij onafhankelijk tot zijn oordeel kunnen komen en wenst (en krijgt) hij professionele autonomie. Dat wil zeggen dat hij geen instructies kan ontvangen hoe te handelen, noch van een hiërarchisch boven hem gestelde, noch van een collega professional. Hoewel die autonomie in de huidige tijd is ingeperkt⁵⁰, blijft het een wezenlijk kenmerk van een professie.

Wil deze autonomie maatschappelijk aanvaardbaar blijven, dan moet je als professionele groep zorgen dat er niet te veel mis gaat. In de eerste plaats moet je zorgen dat er voldoende professionals zijn om de maatschappij te bedienen, zonder de spoeling voor de vakgenoten te dun te maken. Het monopolie blijft alleen als er geen tekort is aan professionals. Het vak verliest ook zijn professionele status als vakgenoten concurreren om schaarse klanten.

Je moet in de tweede plaats aan de maatschappij laten zien dat je als groep de professie onder controle hebt. Daarom mogen er niet te veel fouten blijken. Dus worden lichte fouten binnen de groep verborgen gehouden. Voor zwaardere fouten is een eigen systeem van professionele controle nodig. Zware fouten moeten zichtbaar (maar wel anoniem) bestraft worden. Voor het straffen van zware fouten dient een eigen tuchtrecht, dat zo'n status moet hebben dat fouten daar gemeld worden en niet bij de reguliere rechtspraak. De geloofwaardigheid van het tuchtrecht hangt af van de mate, waarin slecht functionerende vakgenoten sancties opgelegd krijgen. De status wordt mede verhoogd door naast beroepsgenoten ook juristen een rol te laten spelen in het tuchtrecht.

Het monopolie wordt alleen behouden als er voldoende cohesie binnen de professionele groep is. Het moet voor een professional vanzelfsprekend zijn dat hij tot de groep behoort en wil behoren. En het moet nagenoeg onmogelijk zijn om buiten de groep om het vak uit te oefenen.

Die groepscohesie wordt mede behouden door een sterke beroepsorganisatie, die dingen bereikt voor haar leden⁵¹. Die beroepsorganisatie moet in staat zijn de toelating en uitstoting uit het vak te beheersen. Daartoe zal ze verantwoordelijk zijn voor de opleiding en voor de registratie. Voorts zal ze voor elkaar moeten krijgen dat niet toegelaten of uitgestoten beroepsbeoefenaars als niet meer bevoegd en daarmee als niet meer bekwaam worden aangemerkt. Dat vraagt om een duidelijke affichering van de bevoegdheid.

Die bevoegdheid krijg je door een gestructureerde opleiding van de vakgenoten zelf. Dat kan alleen als er statusverschil en hiërarchie is tussen de ervaren professionals en degenen, die opgeleid worden. Als iemand echter zelf 'meester' is geworden, is die hiërarchie juist ongewenst omdat deze de autonomie vermindert.

De status van de professie bepaalt mede de acceptatie van de professie door de maatschappij. Het is dus noodzakelijk die status en vaak ook de welstand van de professie te laten zien⁵². Hier komt deze wereld overeen met elementen uit het guardian moral syndrome van Jacobs.

In het bijzonder voor de medische professie geldt anderzijds dat de welstand er wel mag zijn en getoond mag worden, maar dat niet de indruk gewekt mag worden dat het alleen om geld gaat. Het draagt bij aan de mystiek als dokter zijn een roeping is en geen broodwinning. Voor 'klassieke' professies als de notaris geldt dat benadrukken van het maatschappelijk belang ook. Recentere professies als de accountancy zijn er niet in geslaagd het beeld, dat het alleen om geld verdienen gaat, te voorkomen.

Uit deze beschouwing is een moraliteit van de professionele wereld te distilleren, die afwijkt van de beide andere moraliteiten. Freidson's gedachte van een 'third logic' wordt hiermee onderbouwd. Er ontstaat een beeld van een 'professional moral syndrome' vergelijkbaar met de eerdere moraliteiten van Jacobs. Als moraliteit van de professionals governance wereld gelden de volgende gedragscodes:

- Monopoliseer de taakuitoefening.
- Bescherm het kennisdomein.
- Mystificeer wat je doet.
- Wees autonoom in je vakuitoefening.
- Verberg lichte fouten en straf grove fouten zwaar af.
- Organiseer een eigen tuchtrecht.
- Zorg voor grote cohesie binnen de professionele groep.
- Zorg voor een sterke beroepsorganisatie.
- Reguleer de toelating en uitstoting uit het vak.
- Afficheer de bevoegdheid en bekwaamheid tot vakuitoefening.
- Leidt vakgenoten in een gestructureerd en hiërarchisch eigen systeem op.
- Vermijd hiërarchie tussen de volleurde vakgenoten.
- Toon de status van de professie en van de individuele professional.
- Duidt de professie als een roeping en maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Deze moraliteit vertoont kenmerken van de beide syndromen van Jacobs. Er zitten elementen van traditie, het uitoefenen van macht, afficheren van de status en loyaliteit in die komen uit het guardian moral syndrome. Maar tegelijk is het leveren van professionele diensten aan klanten toch een vorm van handel, waarbij vrijwillige overeenkomsten

worden aangegaan, waar in het belang van de zaak afgeweken wordt van de standaard en waarin welzijn bevorderd wordt.

Hoe kan het dan dat Jacobs met stelligheid⁵³ de aanwezigheid van een derde moraliteit afwijst?

Een professie is over het algemeen een combinatie van wetenschappelijke kennis en de kunst van het uitoefenen van het vak. Jacobs schaaft de wetenschap onder het commercial moral syndrome en de kunst onder het guardian moral syndrome. Daarin kan een deel van de verklaring liggen. De zakelijke kant van de professie en het deel dat gestoeld is op wetenschap (evidence based medicine) kan inzichtelijk zijn voor de burger, die de diensten afneemt. Daar is het commercial moral syndrome min of meer van toepassing. Wanneer de patiënt via internet inzicht krijgt in zijn ziekte en de mogelijke behandeling, dan wordt hij een meer gelijkwaardige contractpartij voor de dokter. Waar de kennis nog niet zo duidelijk is en het aankomt op de kwaliteit, het inzicht en het talent van de individuele dokter is er nog steeds meer sprake van kunst dan van kunde. Dan speelt het ten toon spreiden van moed en bekwaamheid (van de dokter) en diens status en reputatie een grotere rol en helpt een zeker fatalisme over de afloop.

Naarmate de kennis meer inzichtelijk wordt en de kennis en het handelen beter reproduceerbaar worden, neemt het 'kunst' gedeelte van een professie af. Sommige auteurs⁵⁴ gaan er van uit dat een professie slechts tijdelijk bestaansrecht heeft, zolang het delen van de kennis van die professie nog niet perfect geregeld is. Ambachten zoals de timmerman hebben hun status als professie verloren, zodra hun werk vertaald kon worden in industriële productie. Zo bezien zou het bestaan van een derde governance wereld een tijdelijke toestand zijn en het bestaan van een aparte moraliteit een tijdelijke 'anomalie'. Dat zou betekenen dat een professie op den duur opschuift naar de private kant en onder het commercial moral syndrome gaat vallen ofwel naar de publieke kant schuift en onder het guardian moral syndrome gaat vallen⁵⁵. Deels is die ontwikkeling al gaande met productiestraten voor heup- of staaroperaties aan de ene kant en door de overheid gereguleerde indicatiestelling voor de AWBZ zorg aan de andere kant.

Dat laat onverlet dat op dit moment een aparte moraliteit van de professionals governance wereld te onderscheiden is.

5.3.5 *Combinatie van verschillende moraliteiten*

In het voorgaande is beredeneerd dat de drie verschillende governance werelden stoelen op verschillende moraliteiten. In figuur 5.3 zijn deze in overzicht naast elkaar gezet.

Private governance wereld	Publieke governance wereld	Professionals governance wereld
Commercial moral syndrome	Guardian moral syndrome	Professional moral syndrome
<ul style="list-style-type: none"> - Vermijd geweld. - Kom tot vrijwillige overeenkomsten. - Wees eerlijk. - Werk gemakkelijk samen met onbekenden en vreemdelingen. - Concurrer. - Respecteer contracten. - Gebruik initiatief en wees ondernemend. - Sta open voor inventiviteit en vernieuwing. - Wees efficiënt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vermijd handel. - Toon moed en bekwaamheid. - Wees gehoorzaam en gedisciplineerd. - Houd vast aan traditie. - Respecteer hiërarchie. - Wees loyaal. - Neem wraak. - Bedrieg in het belang van de taak. - Maak volop gebruik van vrije tijd. - Vertoon pracht en praal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monopoliseer de taak-uitoefening. - Bescherm het kennisdomein. - Mystificeer wat je doet. - Wees autonoom in je vak-uitoefening. - Verberg lichte fouten en straf grove fouten zwaar af. - Organiseer een eigen tucht-recht. - Zorg voor cohesie binnen de professionele groep. - Zorg voor een sterke beroepsorganisatie.
<ul style="list-style-type: none"> - Bevorder welbevinden en gebruiksgemak. - Wijk af in het belang van de taak. - Investeer voor productieve doeleinden. - Wees vlijtig. - Wees spaarzaam. - Wees optimistisch. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vertoon pracht en praal. - Wees vrijgevig. - Wees exclusief. - Toon standvastigheid. - Wees fatalistisch. - Waardeer eer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reguleer de toelating en uitsluiting uit het vak. - Afficheer de bevoegdheid en bekwaamheid tot vak-uitoefening. - Leidt vakgenoten in een gestructureerd en hiërarchisch eigen systeem op. - Vermijd hiërarchie tussen de volleurde vakgenoten. - Toon de status van de professie en van de individuele professional. - Duidt de professie als een roeping en maatschappelijke verantwoordelijkheid.
Sturing door <i>ruil</i> en overeenkomsten tussen gelijkwaardige partijen	Sturing door <i>macht</i> en hiërarchie van de overheid	Sturing door <i>kennis</i> en groepsbinding

Figuur 5.3 Overzicht moraliteiten

In de marktsector komen zaken tot stand door vrijwillige overeenkomsten tussen gelijkwaardige partijen en moeten deze overeenkomsten dus wederzijds voordeel opleveren. Die overeenkomsten komen er alleen als alle spelers zich houden aan dezelfde moraliteit. Een handelaar, die geweld gebruikt, zal op den duur geen zaken meer kunnen doen.

In de publieke sector komen zaken tot stand doordat de overheid regels oplegt en zijn macht gebruikt om de naleving van die regels af te dwingen. Ook dat systeem werkt alleen maar als zowel de heerser als de onderdanen zich houden aan de morele gedragsregels. Een overheid, die over alles met de burgers wil onderhandelen, verliest zijn gezag en kan de wachterfunctie niet meer vervullen. Datzelfde geldt als een meerderheid van de burgers zich iets aan trekt van de regels van de overheid en deze handhaving niet kan afdwingen.

In een professionele sector werkt noch hiërarchie noch handel drijven. Hier komen zaken tot stand door als groep de kennis en vaardigheden van het vak te monopoliseren. De toetreding tot de groep is gebaseerd op het verwerven van de kennis. Als je eenmaal lid bent van de groep moet je je houden aan de moraliteit van de groep, want anders volgt uitstoting. Daarmee wordt duidelijk dat het te rechtvaardigen is om de moraliteit van de professionals wereld te onderscheiden van beide anderen.

We hebben nu drie moraliteiten onderscheiden. De vraag dient zich aan of ze ook te scheiden zijn. Volgens Jacobs sluiten de beide 'moral syndromes' elkaar uit en kun je maar vanuit één moraliteit handelen⁵⁶. Ook Freidson vindt dat zijn 'Third logic' niet vermengd kan worden met beide andere moraliteiten, omdat er een ander sturingsprincipe geldt.

Beiden onderkennen dat de moraliteiten naast elkaar bestaan en een eigen maatschappelijke betekenis hebben. Ze hebben elkaar nodig. De private wereld heeft de publieke wereld nodig om afwijkingen te voorkomen⁵⁷. De guardian moet zorgen voor standaardisatie van geld en meeteenheden⁵⁸, rechtspraak om de naleving van contracten af te dwingen en veiligheid om de gelijkwaardigheid in transacties te waarborgen. Hij kan zijn werk alleen maar doen als de commerciële bereid zijn belasting te betalen en het recht van de guardian om regels te stellen en naleving af te dwingen, accepteren. De professionals wereld kan alleen maar bestaan bij de gratie van het toekennen van het monopolie door de overheid en doordat vanuit de private wereld geen (succesvolle) pogingen tot concurrentie gedaan worden om dat monopolie te doorbreken.

We kunnen concluderen dat de drie moraliteiten naast elkaar bestaan en elkaar nodig hebben om goed te functioneren.

Eén maatschappelijke speler heeft in verschillende situaties met de verschillende moraliteiten te maken. Als de overheid een contract wil afsluiten voor de levering van kantoorinventaris dan zal zij moeten handelen volgens de commerciële moraliteit en op basis van gelijkwaardigheid een overeenkomst met een leverancier moeten sluiten. Bij het beheersen van straatoproer handelt de overheid volgens de wachter moraliteit en gebruikt geweld om de orde te herstellen.

Grote organisaties vertonen intern vaak de kenmerken van het 'guardian moral syndrome', waarin tegenover de bescherming die de werkgever biedt de hiërarchie en machtsuitoefening van hoger geplaatsten staat⁵⁹. Tegelijkertijd moet die organisatie zich op haar markt gedragen volgens de commerciële moraliteit. Wanneer er professionals in de organisatie werken, gedragen die zich volgens de professionals moraliteit en zijn weinig gevoelig voor de hiërarchie in de organisatie of de marktpositie van de organisatie⁶⁰.

In verschillende speelvelden kunnen dus verschillende moraliteiten gelden. Iets anders is of in één speelveld elementen uit verschillende moraliteiten kunnen gelden. Volgens Jacobs en Freidson kan dat niet. Jacobs spreekt van 'monstrous hybrids'. Wanneer de moraliteit van de ene wereld wordt toegepast binnen de andere, dan corrupteert het systeem. Ambtenaren die gaan handelen, worden gevoelig voor corruptie. De Maffia gebruikt geweld om zakelijke contracten af te dwingen. Problemen ontstaan ook als meetgrootheden uit het bedrijfsleven gebruikt worden in een situatie, waarin de guardian protectie moet geven. Jacobs noemt als voorbeeld een prestatiecontract van de politie. Een verzekering, een commerciële overeenkomst tussen verzekerde en verzekeraar, ontardt volgens Jacobs in handen van de overheid in liefdadigheid⁶¹.

Jacobs ziet twee oplossingen voor de combinatie van haar beide syndromen. De ene is een strakke indeling van de maatschappij in kasten, groepen die slechts één beroep uitoefenen en die niet met elkaar gemengd mogen worden en waar soms zelfs de geboorte bepaalt welk beroep je mag uitoefenen⁶². Die oplossing is volgens haar tijdelijk van aard en zal op den duur verwateren door vermenging van de groepen. Een professie, zoals we die hier als derde moraliteit onderscheiden, heeft veel kenmerken van zo'n kaste. Dat onderbouwt de gedachte uit de vorige paragraaf dat een professie uiteindelijk slechts tijdelijk bestaansrecht heeft en op den duur zal opschuiven naar een van de beide andere moraliteiten.

De andere oplossing voor de combinatie noemt Jacobs 'knowledgeable flexibility'. Ze noemt als voorbeeld een overheid, die oplegt dat binnen een bepaalde termijn aan een doel voldaan moet worden door het bedrijfsleven⁶³. Hoe dat doel bereikt moet worden, wordt aan het bedrijfsleven overgelaten, maar de overheid biedt wel mogelijkheden voor commercieel voordeel voor bedrijven die meewerken⁶⁴. Volgens Jacobs is het in een complexe democratische samenleving nodig dat mensen flexibel zijn in het werken met en het afwisselen van beide syndromen. Ze moeten dan het onderscheid wel goed kennen en weten wanneer ze volgens welke moraliteit kunnen en moeten handelen. Jacobs is optimistisch en denkt dat de mens als enige diersoort in staat is tot deze 'welingelichte flexibiliteit'. Het is de vraag of iedere actor zich altijd van de verschillen in moraliteit bewust is en daarin flexibel handelt⁶⁵. Waarschijnlijker is dat dit niet altijd het geval is en dat soms gehandeld wordt vanuit de ene moraliteit, terwijl de andere moraliteit in die situatie van toepassing is⁶⁶.

In de praktijk zijn de moraliteiten niet te scheiden en komen ze in allerlei combinaties voor. Waar het alleen gaat om de combinatie van het commercial en het guardian moral syndrome wordt gesproken over hybride organisaties⁶⁷. Hybriditeit staat voor de combinatie van publieke en private doelen en/of publieke en private financiering in één organisatie. Voor de gezondheidszorg is het beeld van hybriditeit nog te eenvoudig, omdat er sprake is van drie soorten doelen, moraliteiten en governance werelden in plaats van twee. Het heeft geen zin in dergelijke situaties te streven naar het elimineren van twee van de drie moraliteiten zodat een 'zuiver' model over blijft. De realiteit is dat alle drie de moraliteiten er zijn en dat een actor deze moet kennen, respecteren en flexibel omgaan met deze verschillen. De 'welingelichte flexibiliteit' van Jacobs is nodig om te kunnen handelen in een situatie, waar meerdere moraliteiten een rol spelen.

6

Private governance

6.1 Inleiding

Het begrip *privaat* heeft in deze studie twee betekenissen die met elkaar samenhangen. Allereerst gaat het om organisaties die *private doelen* nastreven, zoals het maken van winst of het behartigen van belangen van personen. Die private doelen kunnen worden nagestreefd door natuurlijke personen, samenwerkingsverbanden¹ of rechtspersonen. Het handelen van deze natuurlijke personen en rechtspersonen² valt onder het *privaatrecht*. Dat is de tweede betekenis van het woord, het gaat om *privaatrechtelijke partijen*. Private governance heeft betrekking op alle private organisaties, die private doelen nastreven.

Wanneer er over corporate governance gesproken wordt, dan wordt meestal de governance van beursgenoteerde ondernemingen bedoeld. Private governance principes gelden echter ook voor andere private organisaties, zoals besloten vennootschappen, verenigingen en stichtingen.

Bij besloten vennootschappen berust het eigendom van de onderneming (deels) in andere handen dan het bestuur van de onderneming. Het bestuur van de onderneming moet dus verantwoording afleggen aan de eigenaren, die op de besturing (laten) toezien.

Verenigingen³ zijn er voor het behartigen van de belangen van hun leden. Daarvoor wordt een bestuur gekozen. Dat moet verantwoording afleggen aan de leden. Er wordt toezicht op het bestuur gehouden door bijvoorbeeld een jaarlijkse kascommissie.

Zowel besloten vennootschappen als verenigingen hebben te maken met alle private governance principes.

Stichtingen worden voor allerlei doeleinden gebruikt, variërend van het beheren van geld en goederen, tot het exploiteren van een organisatie voor maatschappelijke dienstverlening. Stichtingen mogen geen direct belanghebbenden hebben, zoals aandeelhouders of leden, en ze mogen geen winst uitkeren. Ze hebben wel te maken met vaak grote belangen van verschillende partijen. Dat betekent dat ook stichtingen met governance vraagstukken te maken hebben. De inrichting van de governance van stichtingen wijkt door het ontbreken van direct belanghebbenden af van die van andere private rechtspersonen.

6.2 Behoeftte aan private governance

Toezicht en verantwoording zijn in het maatschappelijk verkeer tussen individuele personen geen vanzelfsprekendheid. Het handelen van individuen is onderhevig aan maatschappelijke conventies, wetten en normen en vindt plaats in een bepaalde sociale context. Dat perkt de autonomie van het handelen wel in, maar daarmee is dat handelen nog niet aan toezicht onderhevig en is er geen verantwoordingsrelatie. De 'normale' toestand is dat mensen beslissen en handelen zonder toezicht. De uitzonderingstoestand is dat iemand onder toezicht staat (curatele, gedwongen opname in psychiatrische inrichting, tbs, toezicht door de kindbescherming). Door iemand onder toezicht te stellen neem je hem een deel van zijn eigen verantwoordelijkheid af⁴.

Dat wordt anders als de individuele beslissingen niet meer over het eigen belang gaan, maar over dat van een ander. Dan zal die ander willen weten of je zijn belang goed behartigt. Hij wil dat je daarover rapporteert (verantwoording) en hij wil het zelf verifiëren (toezicht houden). Uit deze simpele redenering kunnen we afleiden dat de behoefte aan governance ontstaat, wanneer je een ander iets laat doen, dat direct met jouw belang te maken heeft. Het begin van governance ligt in de behoefte te weten en te vertrouwen dat je belang bij een ander in goede handen is. Daarvoor kan een systeem van toezicht en verantwoording nodig zijn.

Zo bezien is governance al heel oud en bestaat deze vanaf het moment dat mensen transacties met elkaar deden en zaken aan een ander overlieten. Waar mensen handelen in het belang van anderen is de normale situatie dat er verantwoording wordt afgelegd aan de belanghebbende en dat deze belanghebbende op enigerlei wijze 'toeziet' hoe zijn belangenbehartiger handelt en welke resultaten dat oplevert. Glasz (1992) formuleert als uitgangspunt dat er dan geen bestuur zonder toezicht kan zijn.

De complexiteit van de governance structuur neemt toe als de belanghebbende niet meer zelf toezicht houdt, maar dat toezicht aan een ander over laat. Dan ontstaat de commissaris of de 'non-executive director'⁵. Deze houdt toezicht namens een ander. De naam commissaris is daar van afgeleid. Het is iemand die 'commissie' – mandaat – heeft van de eigenaren om namens hen toezicht te houden.

De eigenaren laten nu twee dingen aan anderen over. Zij laten het leiden van de onderneming over aan de directeur. Zij laten het toezicht op de directeur over aan de commissaris. Er ontstaan twee toezichtrelaties. De commissarissen zien toe op het directe handelen van de directeur, het functioneren van de onderneming en de bereikte resultaten. De eigenaren zien toe op de manier waarop commissarissen hun toezicht op de directie uitoefenen.

Bij een organisatie, waar de eigenaren elkaar, de directie en de commissarissen persoonlijk kennen functioneert de governance mede door de persoonlijke ontmoeting.

Die situatie wordt anders bij een onderneming, waar het aandelenkapitaal gespreid is over een groot aantal personen en instituties, die directie en commissarissen niet meer persoonlijk kennen. Dat is het geval bij de naamloze vennootschap⁶. De aandelen zijn een middel om geld te verdienen. De aandeelhouders zijn niet direct betrokken bij de onderneming.

De governance moet geformaliseerd worden om de aandeelhouders zicht geven op de staat van de onderneming en hen in staat te stellen de gang van zaken te beïnvloeden.

Een onderneming heeft niet alleen met aandeelhouders te maken. Volgens het Nederlandse ondernemingsrecht heeft de vennootschap en de met haar verbonden onderneming zelf een belang dat door het bestuur gediend moet worden en door de commissarissen getoetst. Er moet op enigerlei wijze rekening gehouden worden met andere belanghebbenden.

De mensen, die als werknemer bij de organisatie werken, hebben groot belang bij de organisatie⁷. Waar aandeelhouders geld investeren, investeren werknemers hun werkracht en kenniswerkers ook hun gedachtegoed in de onderneming. Werknemers zijn voor hun levensonderhoud afhankelijk van de organisatie. In Nederland hebben werknemers directe medezeggenschap in de organisatie door middel van de ondernemingsraad. Als medewerkers georganiseerd zijn, worden hun vakbonden belanghebbenden en gesprekspartners van de organisatie. Zij oefenen directe (zoals bij CAO onderhandelingen) en indirecte invloed uit op het ondernemingsbestuur.

Klanten van de organisatie zijn belanghebbenden. Dat belang en de invloed nemen toe naarmate er een meer bestendige relatie is tussen de klant en de organisatie. Grote vaste klanten kunnen in belangrijke mate invloed hebben op de keuzen die het ondernemingsbestuur maakt. Vertrek van een paar grote klanten kan immers het voortbestaan van de organisatie in gevaar brengen.

Toeleveranciers, voor wie de organisatie een grote klant is, hebben belang bij de koers die de organisatie vaart en de continuïteit van de organisatie. De organisatie zelf is mede afhankelijk van de kwaliteit en continuïteit van de leveranciers.

Zeker bij productiebedrijven heeft de fysieke omgeving waarin de onderneming zich bevindt belang bij de strategie en de werkwijze van de organisatie. Dat kan te maken hebben met vervuiling van het milieu en met verkeerstoever, maar ook met werkgelegenheid voor omwonenden.

In bredere zin heeft het handelen van de organisatie consequenties voor de maatschappij in werkgelegenheid, bijdrage aan de economie, belasting van het milieu, bijdragen aan maatschappelijke ontwikkelingen en soms zelfs invloed op de politiek. Dat maakt maatschappelijke organisaties, de overheid en het politieke systeem eveneens tot belanghebbenden bij de organisatie.

Al die stakeholders hebben er belang bij dat de onderneming lange termijn continuïteit garandeert. Daarvoor moet de onderneming goed worden bestuurd, moet er goed toezicht zijn en moeten de resultaten en het handelen van de onderneming inzichtelijk zijn. De governance behoefte is daardoor een stuk complexer geworden dan de simpele relatie waarin iemand zijn belang door een ander laat behartigen.

6.3 De wettelijke grondslag voor private governance

6.3.1 *Rechtspersonen*

De wettelijke grondslag van Nederlandse private rechtspersonen ligt vast in Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek⁸ (BW). Het BW vormt de basis voor de inrichting van private

governance in Nederland. Via een breed scala van nadere wetgeving zijn de principes verfijnd en aangescherpt.

Het BW onderscheidt de volgende rechtspersonen⁹:

- verenigingen;
- coöperaties en onderlinge waarborgmaatschappijen;
- naamloze vennootschappen;
- besloten vennootschappen met beperkte aansprakelijkheid;
- stichtingen.

Het staat groepen burgers vrij om een rechtspersoon op te richten.

Iedere rechtspersoon moet worden opgericht bij notariële akte. In de statuten moet het doel van de rechtspersoon staan. Dat doel bepaalt wat de rechtspersoon wel en niet kan doen in het maatschappelijk verkeer. De statuten omvatten ook de regelingen voor verantwoordelijkheden en besluitvorming. Statuten kunnen alleen bij notariële akte worden gewijzigd. De statuten worden gedeponereerd in een openbaar register bij de Kamer van Koophandel. Bij de KvK moet ook een inschrijving plaatsvinden, waaruit blijkt wie de verantwoordelijke bestuurders zijn. Deze informatie is voor iedere burger opvraagbaar. Vennootschappen mogen alleen worden opgericht als de betrouwbaarheid van de oprichtende partijen in het maatschappelijk verkeer vaststaat. Daartoe moet het ministerie van Justitie een verklaring van geen bezwaar afgeven, die iets zegt over een eventueel strafblad of eerder faillissement van de oprichters van de vennootschap. Bij de oprichting van verenigingen en stichtingen geldt deze voorwaarde niet.

Iedere rechtspersoon¹⁰ moet jaarlijks een jaarverslag en jaarrekening opstellen. Bij grote organisaties is daarover een goedkeurende verklaring van een registeraccountant verplicht. De volledige en goedgekeurde jaarrekening moet bij alle rechtspersonen ten kantore ter inzage liggen voor direct betrokkenen (leden, aandeelhouders). Een uittreksel moet openbaar gemaakt worden en is eveneens ter inzage bij de KvK.

Een *vereniging* is een rechtspersoon met leden en is gericht op een bepaald doel. Dat kan een doel zijn voor de leden zelf of een maatschappelijk doel. Een vereniging mag wel winst maken, maar mag die niet onder haar leden verdelen. Een *coöperatie* en een *onderlinge waarborgmaatschappij* zijn verenigingen, die ten doel hebben 'in bepaalde stofelijke behoeften van haar leden te voorzien' dan wel voor hun leden verzekeringen te regelen¹¹. In tegenstelling tot de gewone vereniging is het voor een coöperatie en onderlinge waarborgmaatschappij niet verboden om winst uit te keren aan haar leden. Beide zijn immers opgericht om de leden voordeel te bezorgen. In tegenstelling tot de gewone vereniging hebben beide rechtspersonen mede daarom ook de plicht om overeenkomsten met hun leden te sluiten. Het BW regelt de verhouding tussen de leden en het bestuur. Grote coöperaties met een vermogen van € 13 miljoen of meer, meer dan 100 werknemers en een ondernemingsraad zijn verplicht een raad van commissarissen in te stellen.

De rechtspersonen voor bedrijven zijn in Nederland in hoofdzaak de *besloten vennootschap* en de *naamloze vennootschap*. Kenmerkend voor een vennootschap is dat er vennoten zijn, die aandelen in het bedrijf hebben. Bij een besloten vennootschap zijn de

eigenaren aan elkaar en aan de leiding van de vennootschap bekend en geregistreerd via een aandelenregister, dat ten kantore van de vennootschap beschikbaar moet zijn. Er worden geen aandeelbewijzen uitgegeven. Bij de naamloze vennootschap zijn de aandeelhouders niet met naam en toenaam bekend bij de onderneming. Er worden wel aandeelbewijzen uitgegeven en er wordt geen register bijgehouden. De wet regelt niet wat het doel van een vennootschap moet zijn. Uiteraard mag een vennootschap winst uitkeren aan aandeelhouders, maar een vennootschap heeft niet wettelijk tot doel om winst te maken. De wet regelt de verantwoordelijkheid van bestuur, commissarissen en aandeelhouders.

Een bijzondere naamloze vennootschap is de structuurvennootschap. Structuurvennootschappen zijn naamloze vennootschappen met een geplaatst kapitaal inclusief reserves van € 13 miljoen of meer, meer dan 100 werknemers (in Nederland) en een ondernemingsraad. Voor hen gelden afwijkende regels voor bestuur, toezicht en verantwoording. Zij zijn onder andere verplicht een raad van commissarissen in te stellen. Deze wordt sinds de wijziging van de regeling in 2004 benoemd en ontslagen door de AVA.

Een *stichting* mag geen leden en geen aandeelhouders kennen. Volgens het BW beoogt een stichting een doel te bereiken met een daartoe bestemd vermogen. Dat doel moet in de statuten vastliggen. De stichting mag geen uitkeringen doen aan de oprichters of anderen, tenzij die uitkeringen een ideële of sociale strekking hebben. Het is niet uitgesloten dat de stichting winst maakt¹², alleen het uitkeren daarvan is verboden. De stichting kent als enige rechtspersoon geen directe belanghebbenden (leden of aandeelhouders). Het BW regelt dan ook alleen de bevoegdheid van het stichtingsbestuur en niet de relatie naar belanghebbenden.

Bij de coöperatie, de onderlinge waarborgmaatschappij en de vennootschap gaat de wetgever er expliciet van uit dat deze rechtspersonen een bedrijf zullen uitoefenen, respectievelijk een onderneming zullen voeren. Bij de vereniging en de stichting is daarover niets wettelijk geregeld. Het is echter niet uitgesloten¹³.

6.3.2 Bestuur en toezicht

De bestuurstaak is voor alle rechtspersonen op gelijke wijze geformuleerd in het BW: *'Behoudens beperkingen in de statuten is het bestuur belast met het bestuur van de rechtspersoon'*¹⁴. Artikel 9 stelt dat elke bestuurder tegenover de rechtspersoon gehouden¹⁵ is tot behoorlijke vervulling van de hem opgedragen taak. Hij is daarop ook aansprakelijk. De wet laat in het midden wat onder de bestuurstaak moet worden verstaan en wat 'behoorlijke vervulling' van die taak is. Benoeming en ontslag van het bestuur geschieden:

- door de Algemene Ledenvergadering van een vereniging, coöperatie of onderlinge waarborgmaatschappij;
- door de Algemene Vergadering van Aandeelhouders bij vennootschappen. Als er een raad van commissarissen is, benoemt en ontslaat deze het bestuur;
- door het bestuur zelf bij een stichting. De mogelijkheid dat er een raad van toezicht is, die het bestuur benoemt, is niet wettelijk geregeld.

Voor het toezicht zijn er in hoofdzaak twee mogelijkheden. De eerste is dat het toezicht rechtstreeks geschiedt door de vergadering van belanghebbenden, dus door de Algemene Ledenvergadering respectievelijk de Algemene Vergadering van Aandeelhouders. De tweede mogelijkheid is dat er een raad van commissarissen wordt ingesteld voor het toezicht op het bestuur. Die mogelijkheid bestaat wettelijk bij coöperaties, onderlinge waarborgmaatschappijen en vennootschappen, maar ontbreekt bij de gewone verenigingen. De instelling van een raad van commissarissen moet in de statuten geregeld worden. Bij grote coöperaties en vennootschappen is de raad van commissarissen verplicht. Bij andere vennootschappen biedt de wet de mogelijkheid voor de instelling van een raad van commissarissen.

De commissarissen worden door de Algemene Ledenvergadering respectievelijk de Algemene Vergadering van Aandeelhouders benoemd en ontslagen¹⁶.

De taak van de commissarissen is in alle gevallen gelijk gevall:

‘De raad van commissarissen heeft tot taak toe te zien op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken in de vennootschap en de met haar verbonden onderneming. Hij staat het bestuur met raad terzijde. Bij de vervulling van hun taak richten de commissarissen zich naar het belang van de vennootschap en de met haar verbonden onderneming’¹⁷.

Bij stichtingen is geen enkele vorm van toezicht wettelijk geregeld. Dus is evenmin de taak, de benoeming en het ontslag van toezichthouders geregeld. Stichtingen, die kiezen voor het raad van toezicht model, regelen het toezicht en de benoeming van de raad van toezicht in hun statuten.

6.3.3 Medezeggenschap

Voor alle rechtspersonen is de medezeggenschap van medewerkers geregeld via de Wet op de Ondernemingsraden (WOR)¹⁸. Hier geldt het aantal medewerkers¹⁹ als criterium of er een ondernemingsraad moet komen en niet de rechtsvorm.

De invloed van gebruikers is bij vereniging, coöperatie en onderlinge waarborgmaatschappij geregeld via het lidmaatschap. Voor vennootschappen gelden geen wettelijke regelingen voor invloed van cliënten. Uitgaande van de vrije markteconomie, waarin ondernemingen geacht worden te opereren, kan de klant immers kiezen of hij bij de ene of de andere vennootschap diensten of producten af wil nemen. Een wettelijke regeling van de invloed van de klant op het ondernemingsbestuur is daar strijdig mee.

In algemene zin is de invloed van gebruikers op de stichting evenmin geregeld. Gezien de wettelijke bedoeling van de stichting (het gebruiken van vermogen om een doel te bereiken) is het niet vanzelfsprekend dat een stichting gebruikers heeft, dus is er ook geen reden hun invloed te regelen. In de gezondheidszorg is invloed van cliënten geregeld via de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ).

Er zijn geen algemeen geldende wettelijke regelingen voor de invloed van andere belanghebbenden op het bestuur van de rechtspersoon. Er zijn evenmin generieke wettelijke regelingen voor de invloed van de overheid op individuele rechtspersonen. Uiteraard oefent de overheid via specifieke wet- en regelgeving (fiscaal, milieu, ARBO) grote

invloed uit op het strategisch beleid van rechtspersonen. Ook zijn er per sector specifieke regelingen voor invloed van de overheid. Een algemene wettelijke rol voor de overheid in de governance van individuele privaatrechtelijke rechtspersonen is er echter niet.

6.3.4 Ingrijpen rechtbank

Het BW omvat voorzieningen om de rechtbank te laten ingrijpen in het beleid en het bestuur van een rechtspersoon, wanneer er iets mis is. Daarmee wordt de bestuursvrijheid van private rechtspersonen ingeperkt.

Leden van een vereniging of aandeelhouders van een vennootschap hebben wettelijk²⁰ (mits zij over tenminste 10% van de stemmen in de algemene vergadering beschikken²¹) het recht om de Ondernemingskamer van de Rechtbank te Amsterdam te vragen een onderzoek te doen naar (wan)beleid van de rechtspersoon. Ook verenigingen van werknemers zoals vakbonden hebben wettelijk dit recht. Dit wordt het enquêterecht genoemd. Voor stichtingen geldt dit enquêterecht alleen als zij een onderneming in stand houden, waarvoor een ondernemingsraad moet worden ingesteld. Aangezien leden of aandeelhouders bij een stichting ontbreken geldt het enquêterecht hier alleen voor verenigingen van werknemers. Wanneer het gewenst is andere belanghebbenden, zoals ondernemingsraad of cliëntenraad, het recht van enquête te geven, dan kan dit alleen via de statuten²².

De Ondernemingskamer toetst of het verzoek rechtsgeldig is en voert vervolgens een onderzoek uit. Als uit het onderzoek blijkt dat er sprake is van wanbeleid, kan de Ondernemingskamer voorzieningen treffen zoals schorsing of vernietiging van een besluit, schorsing of ontslag van bestuurders en commissarissen of de tijdelijke aanstelling van bestuurders of commissarissen.

In artikel 297 tot 299 van het BW is geregeld dat een rechtbank²³ een bestuurder van een stichting kan ontslaan²⁴ als deze zich niet aan wet of statuten houdt of zich schuldig maakt aan wanbeheer. Als een bestuur geheel of gedeeltelijk ontbreekt kan de rechtbank in vervulling van de lege plaats voorzien door een bestuurder te benoemen. De rechtbank kan tot die acties besluiten op vordering van het Openbaar Ministerie of op verzoek van 'iedere belanghebbende'.

6.3.5 Specifieke governance aspecten van stichtingen

In vergelijking met andere rechtspersonen is de governance van een stichting in het BW het minst uitgewerkt. Vanuit de huidige opvattingen over governance ontbreekt er een aantal essentiële elementen in de wet:

- Er is geen wettelijk benoemde groep belanghebbenden zoals de aandeelhouders bij een vennootschap of de leden bij een vereniging.
- De wet verbiedt het hebben van leden bij een stichting en het doen van uitkeringen aan belanghebbenden.
- Er is geen wettelijk toezicht op het bestuur geregeld.
- Er is geen verantwoordingsplicht van het bestuur aan belanghebbenden.

- Volgens de wet wordt het bestuur niet door belanghebbenden of toezichhouders benoemd, maar benoemt en ontslaat het zichzelf.
- De mogelijkheden voor belanghebbenden om de rechtbank te laten ingrijpen bij wanbeleid zijn voor de stichting minder duidelijk geregeld dan voor andere rechtspersonen.

Dat het niet in de wet staat wil niet zeggen dat het niet kan. Het vereist echter dat, wat voor andere rechtspersonen wettelijk geregeld is, voor een stichting in de statuten geregeld wordt. Het principe dat een stichting geen directe belanghebbenden mag hebben, kan echter niet statutair gewijzigd worden.

Ondanks deze beperkingen is de stichting in Nederland de gebruikelijke rechtspersoon voor de meeste organisaties, die niet bedoeld zijn voor het exploiteren van een op winst gerichte onderneming of de directe belangenbehartiging van leden van een vereniging.

6.4 Private governance in de praktijk

6.4.1 Governance van vennootschappen

De ontwikkeling van governance van ondernemingen (corporate governance) is vanaf het begin bepalend geweest voor de gedachtevorming over governance van andere rechtspersonen en in andere sectoren. Veel zaken die in deze paragraaf aan de orde komen zijn eveneens van toepassing op andere organisatievormen. Daarom staan we bij de governance van vennootschappen uitgebreid stil.

In de Angelsaksische literatuur wordt het ontstaan van de behoefte aan governance over het algemeen gelegd bij het ontstaan van grote ondernemingen met anonieme aandeelhouders eind negentiende eeuw. In hoofdstuk 2 is reeds benoemd dat volgens Frentrop (2002) er al vier eeuwen governance vraagstukken voor bedrijven in Nederland bestaan. Hij beschrijft door de eeuwen heen een golfbeweging, waarbij de macht van het bestuur toeneemt totdat er sprake is van machtsmisbruik en fraude. Dan komt er roep om controle op en verantwoording door het bestuur en wordt er gevraagd om regulering door de overheid. Als het economisch voorspoedig gaat en aandeelhouders voldoende rendement op hun belegging krijgen, verslapt de wens tot controle en neemt de macht van het bestuur van de onderneming toe. Tot er opnieuw excessen komen en de cyclus opnieuw begint²⁵.

Dat is ook de ontwikkeling die zich de laatste twee decennia heeft voorgedaan. Het geloof in de werking van 'de markt' nam toe. Internationale beursgenoteerde ondernemingen werden beschouwd als de motor van de economie. Controle op deze ondernemingen werd nauwelijks nodig geacht. Ze leverden toch voldoende geld op voor de aandeelhouders en de 'tucht van de markt'²⁶ zou voldoende zijn om tot controle en bijsturing te leiden. Overheidsregulering moest zo beperkt mogelijk zijn.

Aan het begin van de negentiger jaren bleek dat zich bij ondernemingen misstanden voordeden. In het UK stelde de commissie Cadbury (1992)²⁷ een code op voor good governance voor beursgenoteerde ondernemingen met het doel door zelfregulering het

vertrouwen in de beurs te herstellen. Deze code is later nog een aantal keren bijgesteld²⁸ en is nu als Combined Code on Good Governance (FRC, 2006) een verplichte gedragscode voor ondernemingen, die aan de Londense beurs zijn genoteerd. In de USA werd de eerste code in 1994 uitgebracht²⁹. In Nederland bracht de commissie Peters (1997) 40 aanbevelingen voor good governance van ondernemingen uit. In 2003 bracht een nieuwe commissie onder leiding van Tabaksblat een meer verplichtende code uit³⁰. Deze laatste code is gebaseerd op het principe dat een onderneming de code toepast ('comply')³¹ of gemotiveerd uitlegt waarom sommige regels niet worden toegepast ('explain'). Dit principe is ook in andere sectoren inmiddels gebruikelijk geworden. Een deel van deze code zal in wetgeving worden opgenomen. In bijna alle andere Westerse landen zijn op vergelijkbare manier eerst vrijwillige codes tot stand gekomen, die daarna verplicht zijn geworden.

Door de recente boekhoudschandalen staat in hoge mate de betrouwbaarheid van de financiële informatie over de onderneming ter discussie. De waarde van de goedkeurende verklaring van de accountant wordt betwijfeld en het vertrouwen in accountants als beroepsgroep met een maatschappelijke functie³² is geschaad. Dit leidt enerzijds tot een verscherping van de controle op accountants en het deels vervangen van zelfregulering van de beroepsgroep door regelgeving en toezicht vanuit de overheid. Anderzijds worden de boekhoudregels aangescherpt en wordt teruggegrepen op de klassieke berekeningswijze van de winst³³. In de USA³⁴ worden CEO³⁵ en CFO³⁶ persoonlijk verantwoordelijk gesteld voor de betrouwbaarheid en volledigheid van de cijfers³⁷. In Nederland wordt eveneens discussie gevoerd over de kwaliteit van ondernemingsgegevens en de verantwoordelijkheid van het ondernemingsbestuur en de accountant daarvoor. Er is alom een roep om meer en strakkere regels, overheidsregulering, strakker toezicht op het ondernemingsbestuur en meer invloed van de aandeelhouders.

De internationalisatie van bedrijven heeft grote invloed op de ontwikkelingen in governance. De Amerikaanse visie op ondernemingsbestuur krijgt steeds meer de overhand. Dat betekent onder andere focus op aandeelhoudersbelang, besturing van de onderneming door één board³⁸ en werken volgens de letter van de wet. In Duitsland en Nederland hecht men meer belang aan continuïteit van de onderneming, invloed van andere stakeholders en scheiden van bestuur en toezicht in twee organen. Dit is het eerder genoemde Rijnlandse model. Er is discussie of die visie op den duur wel te handhaven is en of internationaal zakendoen niet met zich brengt dat het Amerikaanse bestuursmodel gevolgd moet worden³⁹. Internationale ondernemingen met dubbele hoofdkantoren in Nederland en in de Angelsaksische wereld⁴⁰ zijn inmiddels overgegaan naar de one tier board. De verwachting is dat beide systemen op den duur convergeren. In het Rijnlandse model wordt de aansprakelijkheid van toezichthouders en hun directe betrokkenheid bij het ondernemingsbeleid steeds groter en wordt grotere professionaliteit van toezichthouders verwacht. In de USA wordt het voorzitterschap van de board (chairman) gescheiden van het leiden van de onderneming (chief executive officer). Bestuur en toezicht worden binnen de board meer gescheiden door het instellen van aparte toezichtcommissies.

De positie van ondernemingsbestuurders staat ter discussie. Met resultaatafhankelijke beloningen, opties en aandelen is in de afgelopen jaren geprobeerd het belang van aan-

deelhouders en ondernemingsbestuur in loondienst meer parallel te laten lopen. Deze werkwijze leidt nogal eens tot korte termijn denken en weinig oog voor de continuïteit van de onderneming. Het leidt er ook toe dat bestuurders gemakkelijk overstappen naar een andere onderneming.

Aan de andere kant ontstaan er ook problemen als de topman al lang in het zadel zit en er in de organisatie een cultuur ontstaat dat hij niet tegengesproken kan worden. Om die problemen in de toekomst te voorkomen heeft de commissie Tabaksblat in haar aanbevelingen een maximale zittingsduur van (2x) vier jaar voor de raad van bestuur en de raad van commissarissen opgenomen.

De rol van de commissaris als tegenkracht en controleur van de raad van bestuur wordt steeds nadrukkelijker gevraagd. Bij een aantal ondernemingen hebben de commissarissen de laatste jaren actief ingegrepen en zelfs tijdelijk het bestuur overgenomen. Discussie is gaande of de commissarissen zich nog wel moeten beperken tot het goedkeuren van het strategisch beleid van de onderneming of dat zij dat beleid (mede) moeten bepalen. Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de commissaris worden zwaarder en er worden hogere eisen gesteld aan zijn professionaliteit. De verzwaring van de taak vraagt om een ander soort commissaris, die het werk als een professie beschouwd en veel tijd aan ieder commissariaat besteedt⁴¹. Hij wordt mede verantwoordelijk voor wanbeleid van de onderneming en kan daarvoor aansprakelijk gesteld worden⁴².

Steeds meer komt in de huidige visie op (beursgenoteerde) ondernemingen de positie van de aandeelhouder centraal te staan. In de Amerikaanse visie op de onderneming is de aandeelhouder de eigenaar van de onderneming en moet alles erop gericht zijn om zijn belang te dienen. Belangen van anderen, personeel, klanten en leveranciers worden aan het aandeelhoudersbelang ondergeschikt gemaakt.

Het is dan vanzelfsprekend dat de aandeelhouders direct invloed moeten uitoefenen op het ondernemingsbestuur en dat zij de commissarissen benoemen en ontslaan. Ook moeten de aandeelhouders hun oordeel over het gevoerde en te voeren beleid kunnen geven. Afkeuring van het beleid leidt in die visie tot vertrek van het ondernemingsbestuur⁴³. De code Tabaksblat sluit aan bij deze internationale ontwikkeling, maar Tabaksblat merkt daarbij wel op dat (institutionele) beleggers bewogen moeten worden om als actieve aandeelhouder op te treden.

Van ondernemingen wordt steeds meer 'maatschappelijk verantwoord ondernemen' verwacht. Ondernemingen moeten het milieu respecteren, geen giftige stoffen produceren, geen kinderarbeid gebruiken, geen zaken doen met dictatoriale regimes etc. Ondernemingen die dat nalaten, worden daarvoor hardhandig afgestraft door actiegroepen en soms zelfs kopersstakingen. Die acties geven aan dat aandeelhouders niet de enige stakeholders zijn, die invloed hebben op het bestuur van de onderneming.

6.4.2 Governance van verenigingen

Een vereniging is een instrument dat kan worden gebruikt als mensen een gezamenlijk doel willen bereiken. Dat doel kan ideëel zijn, zoals bij milieuorganisaties. Het kan een

vorm van maatschappelijke dienstverlening zijn, zoals vroeger verenigingen zijn opgericht om zorg te verlenen⁴⁴. Sportverenigingen en coöperaties zijn opgericht om individuele doelen van de leden gezamenlijk te realiseren. Een vereniging zoals de ANWB is er vooral voor dienstverlening aan haar leden. In alle gevallen is een verenigingsstructuur en een regeling voor de governance binnen de vereniging noodzakelijk.

De formele governance relaties in een vereniging zijn duidelijk. Het bestuur bestuurt de vereniging. Het legt over die besturing verantwoording af aan de algemene ledenvergadering. De ledenvergadering benoemt het bestuur en heeft de mogelijkheid het bestuur te ontslaan als de geleverde prestaties of de verantwoording daarover onvoldoende is. De algemene ledenvergadering houdt toezicht op het bestuur. Voor sommige aspecten wordt een afzonderlijk tijdelijk orgaan ingesteld, zoals voor de controle op de jaarrekening. Deze 'kascommissie' doet aan de ledenvergadering verslag over haar bevindingen en daarmee over het financiële functioneren van het bestuur. Op grond van deze bevindingen keurt de ledenvergadering de jaarrekening goed en verleent het bestuur decharge. De ledenvergadering heeft dus een goedkeurende bevoegdheid. Daarnaast heeft de ledenvergadering beslissingsbevoegdheid over zaken, die volgens de statuten niet door het bestuur besloten kunnen worden. Meestal betreft dat tenminste wijziging van de statuten en ontbinding van de vereniging, criteria voor het lidmaatschap, vaststelling van de contributie en belangrijke investeringsbeslissingen.

Net als bij ondernemingen kan er onderscheid gemaakt worden tussen verenigingen, waarbij leden en bestuur elkaar kennen en persoonlijk (kunnen) ontmoeten, en grote verenigingen, waarvan het lidmaatschap 'naamloos' is en er geen directe binding is tussen bestuur en leden. Bij de tweede groep verenigingen doen zich vergelijkbare governance problemen voor als bij beursgenoteerde ondernemingen⁴⁵. Bij die verenigingen is er vaak een getrapte besluitvorming, waarbij leden een aantal vertegenwoordigers kiezen, die hen vertegenwoordigen in de algemene ledenvergadering. Bijna alle verenigingen hebben het probleem, dat slechts een klein deel van de leden actief is in de besluitvorming⁴⁶. Feitelijk vinden bestuur, toezicht en verantwoording plaats binnen een kleine groep nauw betrokkenen, die elkaar meestal goed kennen en die het bestuur niet altijd kritisch blijven toetsen.

6.4.3 Governance van stichtingen

Er is een grote groep private organisaties die geen vennootschap en geen vereniging zijn, maar de stichtingsvorm hebben. Dat zijn onder andere organisaties in gezondheidszorg, onderwijs, cultuur en welzijn. Maar ook organisaties voor het beheer van legaten, kunstcollecties en dergelijke hebben vaak de stichting als rechtsvorm. Alvorens verder te kijken naar de governance van de stichting is het zinvol een globaal onderscheid te maken in verschillende soorten stichtingen naar doel en aard:

- stichtingen voor het beheer van vermogen, roerende of onroerende goederen,
- stichtingen voor de behartiging van een bepaald belang,
- stichtingen voor het bestuur van andere rechtspersonen,
- stichtingen ter exploitatie van dienstverlenende organisaties.

De eerste soort stichtingen wordt in het leven geroepen om een goed beheer van *vermogen* veilig te stellen⁴⁷. Particulieren, die een kunstverzameling hebben opgebouwd, brengen die vaak onder in een stichting om te bewerkstelligen dat de collectie na hun dood bij elkaar blijft. Familievermogen of onroerende goederen worden soms in zo'n stichting ondergebracht. Maar ook steunstichtingen van zorginstellingen, waarin 'oud' vermogen van de oorspronkelijke oprichters is ondergebracht, vallen in deze categorie. Veel van deze stichtingen hebben geen of weinig personeel in dienst. Het bestuur bestaat uit vrijwilligers, die zichzelf benoemen en vaak lang in functie blijven. Het bestuur legt aan niemand verantwoording af en staat niet onder toezicht. Bij het beheer van vermogen van een nog bestaande familie heeft deze vaak nog (informele) zeggenschap over het bestuur. Bij steunstichtingen is er soms nog een bestuurlijke link naar de huidige exploitierende stichting of naar de oorspronkelijke geldgevers. Governance problemen bij dit soort stichtingen treden op als blijkt dat het belang van de stichting verder strekt dan de kring van het bestuur en de buitenwereld er zich mee gaat bemoeien. Dat kan zijn als er subsidie wordt aangevraagd of als blijkt dat het functioneren van de stichting maatschappelijke repercussies heeft.

Stichtingen *ter behartiging van een bepaald belang* kunnen zeer verschillend van grootte en structuur zijn. Veel organisaties voor chronische ziekten (Hartstichting, Maag-leverdarm stichting) vallen in deze categorie. In deze stichtingen gaat veel geld om, verkregen door subsidies, giften en collectes. Er worden projecten gefinancierd en er is personeel in dienst. De noodzaak tot toezicht en verantwoording is dus zeker aanwezig. De stichtingen hebben meestal een bestuur, bestaande uit vooraanstaande Nederlanders en een uitvoerende directie. Toezicht op en verantwoording door het bestuur is niet geregeld. Niemand is in staat een disfunctionerend bestuur weg te sturen⁴⁸.

Stichtingen voor *het bestuur van andere rechtspersonen* komen voor in de vorm van een moederstichting van een concern. Voor deze vorm wordt vaak de term holding gebruikt, maar deze is niet passend, omdat er juist geen sprake is van het houden van aandelen in de delen van het concern. Daarom is het beter te spreken over een moederstichting. Het bestuur van de dochterstichtingen en het toezicht op dat bestuur is ondergebracht in de moederstichting. De dochterstichtingen hebben eigen management, dat verantwoording aflegt aan de moederstichting. De uitvoerende functies van het concern, zoals de exploitatie van zorginstellingen, is ondergebracht in de dochterstichtingen. De overgrote meerderheid van het personeel is daar in dienst.

Stichtingen, die *dienstverlenende organisaties exploiteren* zijn ofwel onderdeel van een hiervoor beschreven concern of hebben hun eigen raad van bestuur en raad van toezicht. Het operationele management rapporteert aan de raad van bestuur. De raad van toezicht houdt toezicht op de raad van bestuur.

De constructie met een raad van bestuur en een raad van toezicht is inmiddels gebruikelijk geworden in non-profit sectoren, die maatschappelijke diensten verlenen.

'Het bestuur' van een stichting kan op twee principieel verschillende manieren vorm gegeven worden. Bij de klassieke bestuursvorm is er een eindverantwoordelijk bestuur zonder een toezichtorgaan. Bij het zogenaamde raad van toezicht model worden bestuur en toezicht gescheiden. Dit model is inmiddels in de gezondheidszorg gangbaar geworden. Het klassieke uitvoerende bestuur wordt door niemand gecontroleerd en legt aan nie-

mand verantwoording af. Ook kan niemand het bestuur ontslaan als het disfunctioneert. Dit heeft in de afgelopen jaren enige malen tot problemen geleid⁴⁹.

In het raad van toezicht model heeft de raad van bestuur de wettelijke bestuursverantwoordelijkheid voor de stichting. De positie van de raad van toezicht is niet wettelijk geregeld, maar blijkt uit de statuten van de stichting⁵⁰. Gebruikelijk is dat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de raad van toezicht vergelijkbaar zijn met de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de raad van commissarissen bij een structuurvennootschap.

Bij stichtingen met een raad van toezicht model treedt een aanmerkelijke verbetering van de governance structuur op. Er komt een orgaan, dat toezicht houdt op het bestuur en waaraan het bestuur verantwoording aflegt. Dat orgaan, de raad van toezicht, is bevoegd tot benoeming en ontslag van het bestuur. Het probleem van toezicht en verantwoording is nu echter verplaatst naar de raad van toezicht, die niet onder toezicht staat, aan niemand verantwoording aflegt en door niemand anders benoemd en ontslagen kan worden.

Bij vennootschappen en verenigingen benoemt en ontslaat de algemene vergadering de toezichthouders. Die algemene vergadering ontbreekt bij de stichting, omdat deze geen direct belanghebbenden mag hebben. De governance van stichtingen heeft daardoor een beperking, die andere private rechtspersonen niet hebben.

Er is grote behoefte om binnen deze beperking de zaak goed te regelen en te komen tot vormen van good governance. Voor bijna alle non profit sectoren in Nederland zijn daarom de laatste jaren governancecodes opgesteld. Een aantal problemen met bestuur en toezicht van non-profit organisaties bevestigt de noodzaak van dergelijke aanbevelingen en vooral van de naleving ervan. Hoewel non profit stichtingen privaat zijn, worden ze steeds meer beschouwd als maatschappelijk goed, waardoor de roep om maatschappelijk ondernemerschap en maatschappelijke verantwoording toeneemt. Er is behoefte aan meer invloed van stakeholders op het beleid en aan openheid over de doelen van de organisatie, de resultaten en de weg waarlangs deze bereikt worden. Toezichthouders, die tot voor kort onzichtbaar waren, worden aangesproken op hun professionaliteit, hun onafhankelijkheid, hun zittingsduur en vooral hun verantwoordelijkheid als het mis gaat. De dichtheid van regelgeving neemt toe en er worden door de overheid steeds meer eisen gesteld aan de verslaglegging over de financiën, de bereikte resultaten en het verband tussen beide. Externe instanties onderzoeken de kwaliteit van de dienstverlening en publiceren daarover. Vertrouwen in de kwaliteit en integriteit van het bestuur van organisaties is ook in de non-profit sfeer niet meer vanzelfsprekend en net als in het bedrijfsleven wordt er gezocht naar extra spelregels om af te dwingen wat niet vanzelfsprekend is.

6.5 Theorie over private governance

De theorie over private governance richt zich vooral op de governance van ondernemingen en dan in het bijzonder op de relatie tussen aandeelhouders en ondernemingsbestuur. Keuzen in theorievorming worden sterk bepaald door de opvatting van en voor wie de onderneming er is. Wanneer de opvatting is dat de onderneming van de aandeelhouders is en als doel heeft om waardevermeerdering van het kapitaal van de aandeelhouders te

realiseren, dan is de vraag hoe private governance de raad van bestuur dwingt om het belang van de aandeelhouders te dienen. In deze – Angelsaksische – opvatting is de onderneming geen entiteit en heeft de onderneming geen eigen belangen die gediend moeten worden. Wanneer de onderneming wel – volgens de Nederlandse rechtsopvatting – als een entiteit gezien wordt met eigen belangen, is de governance vraag hoe het bestuur de ondernemingsbelangen dient.

Als de onderneming gezien wordt als een samenbundeling (nexus) van contracten met kapitaalverschaffers, kredietverschaffers, werkers, leveranciers, klanten etc. dan is de governance vraag hoe het ondernemingsbestuur tot afwegingen komt, die de verschillende belangen zo goed mogelijk dienen.

Die vraag wordt nog pregnanter en ingewikkelder als de onderneming als een maatschappelijke speler wordt gezien, die rekening moet houden met allerlei stakeholders, ook zij die geen direct (materieel) belang bij de onderneming hebben.

De theorie is merendeels afkomstig uit de USA en gaat uit van het principe dat de onderneming er alleen is om de belangen van de aandeelhouders te dienen. De meest gebruikte theorie is de ‘agency theorie’, van Jensen en Meckling (1976). Zij noemen de aandeelhouder de ‘principal’ (principaal), die het management overlaat aan een ander, de ‘agent’ (gelastigde). Berle en Means (1932) veronderstellen dat in een dergelijke relatie de belangen van de aandeelhouders en het management kunnen divergeren. Zij gaan er van uit dat het management alleen zijn eigen belang zal nastreven als er geen tegenkrachten zijn. Die opvatting is algemeen gangbaar geworden, al wijst Moerland (1997, pagina 27) er op dat de stelling van Berle en Means nooit empirisch is bewezen. Williamson (1984) veronderstelt dat de manager meer geld uitgeeft aan zijn omgeving (staf, kantoor, reizen) en aan zichzelf, dan uit het oogpunt van winstmaximalisatie voor de aandeelhouders gewenst zou zijn. Jensen (2001) gaat er van uit dat de directie er belang bij heeft de onderneming zo groot mogelijk te maken en spreekt van de neiging tot ‘empire building’.

De basisgedachte achter de agency theorie is dat de belangen van het management en dat van de aandeelhouders verschillen en dat het verschil tussen beide belangen zo klein mogelijk gemaakt moet worden. Principaal en gelastigde moeten zich daarvoor inspannen en er moeten kosten gemaakt worden om toezicht te houden (monitoring costs) en verantwoording af te leggen (bonding costs). Omdat desondanks het gedrag van de gelastigde nooit helemaal conform het belang van de principaal zal zijn, ontstaat er waardevermindering (residual loss). Het overlaten van het management aan een ander brengt dus agency-costs met zich mee, namelijk de som van de drie voornoemde kostensoorten.

De agency theorie lijkt het meest van toepassing in een situatie, waarin er één principaal is, die de gelastigde persoonlijk kent en helder kan formuleren wat zijn belang is en wat hij van de gelastigde verwacht. De theorie wordt echter juist gebruikt in situaties, waarin er veel anonieme (en wisselende) eigenaren zijn. Dan zijn er vele principalen met verschillende belangen⁵¹, die bovendien niet persoonlijk bekend zijn bij het management. De agency theorie geeft geen antwoord op de vraag hoe een gelastigde dergelijke uiteenlopende belangen kan wegen. De agency theorie geeft evenmin antwoord op de vraag hoe die vele anonieme eigenaren toezicht houden en hoe de directie zich naar deze eigenaren moet verantwoorden.

Als er aparte toezichthouders komen, in de vorm van commissarissen, ontstaat er een dubbele relatie vanuit de eigenaren. Zij laten – geredeneerd vanuit agency theorie – het leiden van de onderneming over aan een gelastigde, de directeur. Zij laten daarnaast het toezicht op de directeur over aan een andere gelastigde, de commissaris. Er komt een derde partij in het spel, met een eigen belang dat zowel afwijkt van dat van de aandeelhouders als van het bestuur⁵². Merkwaardig genoeg is over deze dubbele agency relatie geen theoretische analyse bekend (Frentrop, 2002, pagina 42). In de agency theorie kan alleen worden vastgesteld dat de agency costs toenemen als er een toezichthouder wordt ingeschakeld. Volgens De Bos (2003) helpt het instellen van een raad van commissarissen wel om de informatieachterstand van aandeelhouders te verminderen, waardoor de monitoring costs van aard veranderen.

Een ander veel gebruikt theoretisch kader is de economisch georiënteerde *transactiekostentheorie* waarvoor Coase (1937) de basis legde en die later is uitgewerkt door Williamson (1990). Beiden hebben zich afgevraagd waarom er eigenlijk ondernemingen zijn. Waarom neemt iemand de moeite om een hele organisatie te bouwen, te financieren of er te werken in plaats van rechtstreeks op de markt in te kopen wat hij nodig heeft. Volgens Williamson wegen mensen de kosten van het instandhouden van de onderneming af tegen de transactiekosten op de markt en valt die afweging in het voordeel van de onderneming uit. Die afweging maken aandeelhouders, maar ook medewerkers en klanten. De afweging is maar in beperkte mate rationeel ('bounded rationality') en niet vrij van opportunisme. Volgens Williamson komt dat mede omdat de mens maar een beperkte hoeveelheid informatie kan verwerken en niet beschikt over alle informatie over de onderneming (informatie-asymmetrie).

Als de voordelen van het investeren in de onderneming niet meer opwegen tegen de nadelen, dan gaat men ergens anders heen. In die visie is een organisatie een verzameling (nexus) van contracten tussen betrokken partijen, die hun contract alleen handhaven, zolang hun eigen doelen nog voldoende gediend worden. De transactiekostentheorie ondergraaft in zekere zin de agency theorie. Als aandeelhouders voortdurend afwegen of zij beleggen in deze onderneming of hun voordeel op andere wijze uit de markt halen, dan vertrekken zij zodra ze elders meer voordeel zien⁵³. Er is dan geen bestendige principaal agent relatie tussen aandeelhouder en bestuur van de onderneming op te bouwen. In de transactiekostentheorie zijn er ook andere 'contractpartners' dan de kapitaalverschaffers. Medewerkers verbinden zich aan de organisatie en accepteren die omdat de organisatie hen meer voordelen biedt dan zelf in de markt opereren. Het ondernemingsbestuur zal ook de belangen van de werkers en de andere contractpartners moeten dienen, want als deze allemaal hun contract opzeggen houdt de onderneming op te bestaan. De gedachte dat een onderneming een nexus van contracten is, staat dus haaks op de gedachte dat de onderneming er alleen is voor het belang van de aandeelhouders.

Behalve de aandeelhouders, de ondernemingsleiding en de andere contractpartners kunnen ook anderen te maken hebben met de onderneming. Freeman (1984) beschreef dit in de zogenaamde *stakeholdersbenadering*⁵⁴. Een stakeholder is een groep (of een individu), die invloed kan hebben op of beïnvloed kan worden door de doelrealisatie van

de organisatie. Van het bestuur van de onderneming wordt verwacht dat het rekening houdt met alle belanghebbenden. Zijn beleid moet – volgens Freeman – erop gericht zijn het belang van alle betrokkenen zo goed mogelijk te dienen. De stakeholders worden waar mogelijk in de gelegenheid gesteld om invloed uit te oefenen op het beleid van de onderneming. De definitie van stakeholder is bij Freeman erg ruim en geeft geen antwoord op de vraag wie er dan betrokken moet(en) worden. Gelauff (1996) perkt het begrip stakeholder in tot diegenen, die investeren in het realiseren van voordelen ('assets') die specifiek zijn voor de relatie met deze organisatie.

Waar de agency theorie een economische achtergrond heeft en winstgevendheid ('profitability') voor de aandeelhouders voorop stelt, is de stakeholder-theorie meer op ethische en morele overwegingen gebaseerd. De onderneming heeft een verantwoordelijkheid ('responsibility') voor al diegenen, die erbij betrokken zijn. Een onderneming is geen winstinstrument van de eigenaren, waarbij anderen als middel worden gebruikt. In de stakeholder-theorie is een onderneming een coalitie van partijen gericht op het zo goed mogelijk dienen van de doelen van die partijen. Berman et al (1999) hebben dat later uitgewerkt in wat ze noemen de *intrinsieke stakeholders betrokkenheid*. Die gaat er van uit dat de relatie van het bestuur van een organisatie met belanghebbenden gebaseerd is op normatieve morele betrokkenheid ('commitments') in plaats van op de wens om de betrokkenen te gebruiken voor maximale profijt. De strategie van de organisatie is gebaseerd op een missie ('wie zijn we en waar staan we voor?'). Die missie wordt gedeeld door de betrokkenen en is de bindende factor voor de samenwerking in de onderneming.

De aanhangers van de stakeholdersbenadering betogen dat het op deze wijze kijken naar de onderneming de lange termijn continuïteit bevordert, want er is binding en de betrokkenen blijven belang houden bij de organisatie, omdat hun eigen doelen meegewogen worden en niet overruled worden door het pure winstdoel.

De stakeholdersbenadering is in zijn uitvoering lastig omdat niet zonder meer duidelijk is wie de relevante stakeholders zijn en welke invloed zij op het ondernemingsbestuur moeten hebben. Tegenstanders van de stakeholdersbenadering betogen dat daarmee de macht van het ondernemingsbestuur toeneemt, omdat het zich niet naar één instantie hoeft te verantwoorden. Zij vinden de stakeholdersbenadering een aantasting van de eigendomsrechten van de aandeelhouders (zie o.a. Jennings, 1999).

Rajan en Zingales (2000) betogen dat het concept van de onderneming als eigendom van de aandeelhouders achterhaald is. Het primaat van het financiële kapitaal was aan de orde bij kapitaalintensieve industrie, waarbij het geld vooral gebruikt wordt voor het investeren in productiemiddelen. Ze noemen General Motors als typisch voorbeeld van zo'n onderneming. Tegenwoordig verdienen de meeste ondernemingen hun geld door het inzetten van menselijk kapitaal. De meerwaarde ontstaat door de samenwerking tussen een (hoogopgeleide) werker en de organisatie. Organisatie en werker voegen aan elkaar toe, waardoor ze beide aan waarde winnen. Volgens Rajan en Zingales betekent dat ook het einde van 'vertically integrated and controlled firms', waarbij alle systemen erop gericht zijn de financiële waardevermeerdering te controleren. De firma is een samenwerkingsverband van medewerkers, leveranciers en gebruikers. Het is 'a network

of specific investments (of workers, suppliers and customers) that cannot be replicated by the market' (Zingales, 1997, pagina 5). Met die laatste toevoeging refereert Zingales aan de transactiekosten theorie. Er is voor de betrokkenen kennelijk meerwaarde om in dit netwerk te participeren en zich daar contractueel aan te binden.

Andriof et al (2002) stellen vast dat de governance van een onderneming niet meer berust op een control systeem in één richting, maar een voortdurend onderhandelings-spel is tussen de stakeholders. Ook Berman et al (1999) komen tot die conclusie en constateren dat de organisatie door dat onderhandelings-spel betere resultaten boekt bij het bereiken van zijn doelen. Volgens Zingales, Andriof en Berman kan de onderneming zijn doelen alleen bereiken en haar lange termijn continuïteit verzekeren door macht en verantwoordelijkheid te delen met de stakeholders en hen bij de koersbepaling van de onderneming te betrekken. Dat betekent ook dat het ondernemingsbestuur een verantwoordingsplicht naar de stakeholders krijgt en dat stakeholders op enigerlei wijze controle moeten kunnen uitoefenen op de resultaten van de onderneming.

Toch wordt er voor de governance van ondernemingen meer waarde gehecht aan de shareholdersbenadering dan aan de stakeholdersbenadering. Bijna alle governancecodes zijn gebaseerd op het versterken van de rol van de aandeelhouder en het uitoefenen van zijn functie als principaal. Dat komt voor een deel door de overheersing van het Amerikaanse denken over ondernemingen, maar nog meer omdat de agency theorie tot ogenschijnlijk eenvoudige oplossingen leidt. Wil je de macht van het ondernemingsbestuur inperken, dan moet je daar volgens de aanhangers van de agency theorie één andere sterke macht tegenover zetten. De aandeelhouders zijn in die visie het enige gezag en de enige actor, die het ondernemingsbestuur kan en mag corrigeren. Het is de vraag of die invloed altijd tot positieve resultaten leidt. Trojanowski (2004) laat zien dat de invloed van sterke aandeelhouders leidt tot risicomijdend gedrag en niet bijdraagt aan de lange termijn continuïteit van de onderneming. Frentrop (2002) toont in zijn dissertatie overtuigend aan dat het corrigerend vermogen van de aandeelhouders al vier eeuwen (1602-2002) niet heeft gewerkt. Toch stelt hij in zijn conclusie dat voor het instandhouden van de onderneming het herstellen van de macht van de aandeelhouder noodzakelijk is. Het reduceren van de werkelijkheid tot één gezagsrelatie tussen bestuur en aandeelhouders maakt het mogelijk om simpele governance regels op te stellen. Als je immers maar goed regelt dat 'de aandeelhouders' goed zeggenschap uitoefenen over het ondernemingsbestuur, dan is alles geregeld.

De stakeholdersbenadering heeft daar weinig tegenover te stellen. Hoewel deze een realistisch beeld geeft van de moderne organisatie en ethisch en maatschappelijk waarschijnlijk meer past in deze tijd, geeft deze benadering weinig houvast voor governance. Omdat het bestuur van de organisatie alle belangen moet dienen, neemt de macht van dat bestuur toe, want het bestuur en niemand anders maakt de afweging. Er zijn wel correctiemechanismen, maar die zijn impliciet en meer divers dan benoeming en ontslag van het bestuur door de aandeelhouders. Jensen (2001) onderkent dit dilemma en stelt dat het onmogelijk is om in meer dan één richting tot doelmaximalisatie te komen. Richten op maximalisatie van meerdere doelen maakt het volgens hem voor bestuur-

ders onmogelijk om tot zinvolle beslissingen te komen. Hij introduceert de *'Enlightened Stakeholder Theory'*, waarbij het ondernemingsbestuur wel alle belangen weegt en niet schaadt, maar uiteindelijk besluit op grond van de maximalisering van één belang. Volgens Jensen moet de lange termijn financiële waardevermeerdering van de onderneming uiteindelijk doorslaggevend zijn in het besluit.

De beschikbare theorie over private governance richt zich in hoofdzaak op beursgenoteerde ondernemingen en op financiële waardevermeerdering, waarbij de agency theorie dominant is. Voor not for profit organisaties biedt deze theorie geen houvast, omdat er juist geen eigenaren kunnen zijn en er geen winstuitkeringen gedaan mogen worden.

De stakeholdersbenadering is wel bruikbaar voor de not for profit. Daarbij doet zich het probleem voor dat de belangenafweging door het bestuur diffuus is en de macht van het bestuur toeneemt als er meer belanghebbenden zijn. Glaeser (2002) stelt vast dat besturen van not for profit organisaties een veel grotere autonomie hebben dan ieder ander bestuur. Non profit organisaties hebben belastingvoordelen. Ze hebben geen eigenaren, ze hoeven en mogen geen winst uitkeren. Ze zijn aan niemand verantwoording schuldig. Ze lopen geen risico van een vijandige overname. De leden van het bestuur zijn vaak door niemand gekozen. Anderzijds hebben ze weinig mogelijkheden voor prestatieafhankelijke beloning van hun managers. Deze analyse van Glaeser sluit aan bij Moerland (1997, pagina 78/79) die als disciplineringsmechanismen voor het ondernemingsbestuur noemt de afzetmarkt, de kapitaalmarkt, de overnamemarkt, de arbeidsmarkt voor managers, flexibele beloningssystemen en activistische aandeelhouders. Volgens Glaeser is bijna geen van die disciplineringsmechanismen bruikbaar voor not for profit organisaties.

Hij heeft zich afgevraagd hoe het bestuur van dit soort organisaties desondanks tot goede beslissingen komt. Hij heeft een model ontwikkeld en dat getoetst bij ziekenhuizen, universiteiten, musea en de katholieke kerk in de middeleeuwen. Hij concludeert dat deze not for profit organisaties over het algemeen goed presteren en hun doelen bereiken. Voorwaarde is wel dat ze met elkaar in competitie staan. Daardoor moeten ze er naar streven het beter te doen dan de anderen. Die competitie heeft vaak geen financieel, maar een professioneel karakter. Volgens Glaeser hebben vooral de 'elite workers' invloed op de besluitvorming van het bestuur. Hij doelt daarmee op dokters, hoogleraren, museumconservatoren en priesters, dus de professionals, die aan de organisatie verbonden zijn. Die invloed van de professionals is vooral groot wanneer de organisatie in een stabiele periode verkeert. Glaeser ziet een levenscyclus voor not for profit organisaties. Een startende non profit organisatie richt zich volgens Glaeser vooral op de geldgevers (donors)⁵⁵. Bij de oprichting bepalen de geldgevers de koers en de samenstelling van het bestuur. Gaandeweg wordt de invloed van die oprichters minder. Als de organisatie groeit en rijker wordt, zijn de professionals degenen waar het meest naar geluisterd wordt. Als het door externe omstandigheden slechter gaat, wordt de organisatie commerciëler en gaat zich meer richten op de klanten. Glaeser (2001) concludeert al in een eerdere paper dat het vermogen van professionals om hun professionele belangen te beschermen een belangrijke succesfactor is voor not for profit organisaties. Volgens

Glaser is de visie van Pauly en Redisch (1973) op het ziekenhuis als coöperatieve samenwerking van de dokters ook van toepassing op universiteiten, musea en kerken.

De belangrijkste stakeholders van not for profit organisaties zijn dus naast het bestuur zelf, de geldgevers, de professionals, de andere medewerkers en de klanten. Vanuit de stakeholdersbenadering moeten zij invloed hebben op het beleid van de organisatie. Dat sluit aan bij de stellingname van Van Wersch (1980). In zijn proefschrift onderzoekt hij het functioneren van Nederlandse non profit organisaties vanuit juridische optiek. Toen waren dat stichtingen en verenigingen met een uitvoerend bestuur. Van Wersch onderzoekt of er manieren zijn om belanghebbenden invloed te geven op dat bestuur. Hij onderscheidt in hoofdzaak dezelfde belanghebbenden: geldgevers, personeel en gebruikers. Hij ontwikkelt vier modellen om de invloed van die gebruikers te verzekeren. Het raad van toezicht model, zoals dat daarna gebruikelijk is geworden, is één van die modellen. Van Wersch gaat er daarbij vanuit dat bestuur en toezicht gescheiden worden en dat belanghebbenden invloed uitoefenen doordat het toezichtorgaan door vertegenwoordiging wordt samengesteld. Die laatste gedachte past niet meer in de huidige governance opvattingen.

Geconcludeerd kan worden dat geen enkele theorie de governance van een moderne organisatie voldoende verklaart. Theorieontwikkeling en opvattingen zijn met elkaar verbonden. Vanuit de opvatting dat de aandeelhouder de baas is, komt men tot andere theorie dan vanuit de opvatting dat alle belangen tellen. Er zijn globaal twee scholen in de private governance theorie te onderscheiden, die als volgt benoemd kunnen worden:

1 Controle door één belanghebbende (de aandeelhouder)

Het belang van de aandeelhouder staat voorop. De agency theorie is dominant. Governance is er op gericht te zorgen dat het bestuur uitsluitend het belang van de aandeelhouder nastreeft. De aandeelhouder moet dus weten wat er speelt en moet de macht hebben in te grijpen als het bestuur iets anders doet dan het aandeelhoudersbelang nastreven.

2 Onderhandeling tussen verschillende contractpartijen

De organisatie bestaat omdat er meerdere belanghebbenden bereid zijn zich contractueel met die organisatie te verbinden en bereid zijn in die organisatie te investeren. Het omgaan met de verschillende belangen is een onderhandelingspel, waarin de raad van bestuur een centrale rol speelt. Governance is erop gericht de afweging van belangen inzichtelijk te maken. Verantwoording geschiedt naar meerdere belanghebbenden. De mogelijkheden om in te grijpen als het bestuur niet goed functioneert zijn diffuus. Er is niet één dominante speler.

Wanneer de tweede school wordt aangehangen dan zijn besluitvorming van het bestuur, toezicht op het bestuur en op de resultaten en verantwoording naar belanghebbenden niet eenvoudig te duiden. Wanneer het belang van de eigenaar als ideologisch

kader geldt dan wordt de werkelijkheid gereduceerd om tot eenvoudige oplossingen te komen. Deze vereenvoudiging wordt bij de opstelling van governancecodes gebruikt om te komen tot één 'countervailing power' voor het bestuur, waarop besluitvorming, verantwoording, toezicht en sancties gebaseerd zijn. Dan richt alles zich op het belang van de aandeelhouders.

Voor not for profit organisaties is alleen de tweede denklijn bruikbaar. Er is dan niet één dominante speler die in kan grijpen bij disfunctionerend bestuur (en/of toezicht). Dat maakt het ontwikkelen van heldere governance systemen moeilijker en noopt tot het zoeken naar andere vormen van checks and balances⁵⁶.

In de theorie komen dus telkens tenminste twee elementen terug: welke doelen moet de organisatie dienen en wie heeft de macht om in te grijpen als dat onvoldoende gebeurt. In de twee volgende paragrafen worden doelen en macht verder uitgewerkt.

6.6 Doelen

Private organisaties zijn er om private doelen te realiseren. Maar om welke doelen gaat het dan?

Voor ondernemingen is duidelijk dat in ieder geval het belang van de aandeelhouder gediend moet worden. Voldoende rendement op geïnvesteerd vermogen is het belang van een aandeelhouder. Voor verenigingen is het doel om de belangen van de leden te behartigen. Welke doelen dat zijn zal per vereniging verschillen.

Het is de vraag of de onderneming of de vereniging ook eigen belang en eigen doelen heeft. Die kunnen natuurlijk nooit fundamenteel strijdig zijn met het belang van de eigenaar, maar ze kunnen wel aanvullend zijn. Lange termijn continuïteit en een solide financiële positie zijn daar voorbeelden van. Een positief imago of maatschappelijk verantwoord ondernemen kunnen (sub)doelen van de organisatie zelf zijn. De organisatie zelf heeft dus ook belangen en doelen.

Een stichting wordt opgericht met een doel dat in de statuten staat. Het bestuur is in ieder geval gehouden dat doel na te streven. Het is immers het bestaansrecht van de organisatie. Ook hier gaat het om een privaat doel. Voor zorgorganisaties is dat doel meestal het behandelen of verzorgen van zieken of gehandicapten.

Bijna alle organisaties hebben personeel in dienst. Dat personeel heeft zijn eigen belang en zal in ieder geval tot doel hebben om (huidig en toekomstig) inkomen uit de organisatie te verwerven en daarnaast wellicht doelen als een goed werkklimaat en persoonlijke en professionele ontwikkeling nastreven.

Clënten of gebruikers maken gebruik van de organisatie om hun eigen doel te verwezenlijken (beter worden, het huis geschilderd krijgen, voedingsmiddelen kopen). De organisatie moet dus rekening houden met de doelen die haar gebruikers willen realiseren. Daarin ligt haar bestaansrecht. Als er geen klanten meer komen, kan er ook geen waardevermeerdering voor de aandeelhouders plaatsvinden.

Eerder zagen we al dat het bestuur een eigen belang heeft en met de organisatie verbonden is om zijn eigen doelen te realiseren. Dat zullen voor een deel dezelfde zijn als die van andere medewerkers, zoals het verwerven van inkomen en persoonlijke ontwikkeling. Status, macht en carrièreontwikkeling kunnen andere doelen van de bestuurder zijn.

De organisatie heeft te maken met wet- en regelgeving en met belanghebbenden in haar omgeving die door de organisatie zo weinig mogelijk belemmerd willen worden in hun eigen doelrealisatie.

Alle betrokken stakeholders hebben belang bij de organisatie en verwachten dat die organisatie bijdraagt aan de realisatie van hun private doelen of die tenminste niet belemmert.

De organisatie kan niet al die doelen tegelijk en evenwaardig dienen. Dus zal er gekozen moeten worden welke doelen de organisatie zichzelf stelt. De doelen van een organisatie worden vastgelegd in de statuten en verder uitgewerkt in de strategie. Het bepalen van de doelen is de verantwoordelijkheid van het bestuur. Het bestuursbesluit behoeft goedkeuring van het toezichthoudend orgaan en soms ook van de eigenaren. Deze formele vastlegging van de doelen geeft in de praktijk niet altijd voldoende houvast. Dat wordt bijvoorbeeld zichtbaar bij fusie of overname als het bestuur meent dat hiermee de doelen van de organisatie gediend zijn en de raad van commissarissen of de aandeelhouders vinden dat niet. De doelrealisatie is de verantwoordelijkheid van het bestuur van de organisatie.

6.7 Macht

Ongetwijfeld is in private organisaties 'het bestuur' de machtigste partij. Het bestuur heeft een hiërarchische relatie naar de medewerkers. Dat geeft de macht om te belonen en te straffen. Het bestuur heeft dus sanctiemacht (Mulder, 1979) ten opzichte van de medewerkers⁵⁷.

Het bestuur beschikt in principe over alle geaggregeerde informatie over de doelrealisatie en het gebruik van de middelen in de organisatie. Medewerkers hebben slechts een deel van die informatie. De toezichthouders krijgen slechts een deel van die informatie. Leden of aandeelhouders krijgen nog minder informatie. Het bestuur heeft dus kennismacht ten opzichte van alle interne en externe betrokkenen. In governance literatuur wordt dit ook wel informatieasymmetrie genoemd.

Bestuurders van grote organisaties hebben status. Van hen wordt veel verwacht en ze kunnen diep vallen als ze dat niet waarmaken. Zolang ze echter in functie zijn en goed presteren, wordt er – vaak ook door hun eigen toezichthouders – naar hen opgekeken. Ze ontleen macht aan hun status. Mulder (1979) noemt dit referentiemacht.

Die status brengt met zich mee, dat ze minder makkelijk tegengesproken worden. Dit is onderdeel van wat Mulder formele macht noemt. De ondergeschikte accepteert de macht van de bestuurder 'omdat het zo hoort'. Bestuurders hebben soms grote ego's, die tegenspraak niet op prijs stellen. Maar ook als ze dat wel willen, gedragen mensen in hun omgeving zich vaak dociel. Zo kan een soort hofhouding om de bestuurder heen ontstaan, waarin deze niet meer wordt tegengesproken en waarin het beter is om negatieve informatie niet te verstrekken⁵⁸. Ook zijn toezichthouders durven dan niet kritisch door te vragen, enerzijds vanwege de informatieasymmetrie, anderzijds omdat ze de kracht van de bestuurder niet durven tarten.

'Het bestuur' is niet één geheel. Vele raden van bestuur bestaan uit meerdere personen. Dan doen zich niet alleen machtsvraagstukken voor van 'het bestuur' in de richting van anderen, maar ook binnen dat bestuur. Een belangrijk element daarin is de rol van de voorzitter. Is deze een primus inter pares in een op consensus ingericht bestuur of is deze de baas van de andere leden van het bestuur? Bij consensus is de machtsreductie van de afzonderlijke leden ingebouwd, omdat ze het met elkaar eens moeten worden. Daardoor bestaat anderzijds het risico dat er niets besloten wordt. Ook bestaat het risico van 'groupthinking', waarbij men elkaar bevestigt in de eigen werkelijkheid. Als de voorzitter een gezagsverhouding heeft ten opzichte van de andere leden, dan bestaat het risico van ongebreidelde macht van de voorzitter. Die risico's zijn er nog sterker in het tot voor kort in de USA gebruikelijke systeem dat de CEO (degene die de organisatie bestuurt) dezelfde persoon is als de chairman of the board (degene, die toezicht moet houden op de besturing van de organisatie).

Een van de belangrijkste elementen van governance is om een systeem van checks and balances te maken, waarmee de macht van de bestuurder en daarmee zijn neiging om uitsluitend zijn eigen belang na te streven, wordt ingeperkt.

Het instellen van een raad van commissarissen of raad van toezicht is een middel dat kan bijdragen aan die checks and balances. Het toezichthoudend orgaan kan een countervailing power voor het bestuur zijn. Anderzijds is dat een orgaan dat zelf macht kan krijgen. Die macht zit niet alleen in de bevoegdheid om de bestuurder te benoemen en te ontslaan. In conflicten tussen aandeelhouders en bestuur over de koers van de onderneming spelen de commissarissen een zelfstandige rol⁵⁹ tussen bestuur en AVA in. Verder zijn commissarissen machtig omdat ze die functie bij verschillende organisaties vervullen en dus via hun netwerk invloed uit kunnen oefenen. Diezelfde netwerkfunctie kan overigens het kritisch toezicht op het bestuur hinderen omdat commissaris en bestuurder van onderneming A⁶⁰ elkaar als collega toezichthouder bij onderneming B⁶¹ tegen kunnen komen.

In Nederland is een tweede countervailing power geregeld door de medezeggenschap van medewerkers van de organisatie in de vorm van de ondernemingsraad. Deze heeft het recht van advies voor strategische beslissingen en het recht van instemming voor zaken die de arbeidsvoorwaarden raken. De bestuurder kan het advies naast zich neerleggen, maar dan kan de ondernemingsraad in beroep bij een externe instantie⁶². Deze regeling, die geldt voor alle rechtspersonen met 50 of meer medewerkers in dienst, vormt een daadwerkelijke inperking van de macht van de bestuurder.

In de gezondheidszorg en het onderwijs is ook de medezeggenschap van de gebruikers geregeld. De cliëntenraad in de gezondheidszorg heeft vergelijkbare bevoegdheden als de ondernemingsraad. Op een aantal punten heeft de cliëntenraad zelfs verdergaande mogelijkheden voor advies en instemming⁶³ dan de ondernemingsraad. Een goed functionerende cliëntenraad vormt daarmee eveneens een stevige tegenkracht tegen onbeperkte macht van de bestuurder.

Bij vennootschappen is de invloed van gebruikers niet geregeld. Dat geldt evenzo voor sommige andere non profit sectoren, zoals de cultuursector. Bij verenigingen zullen over

het algemeen de leden de gebruikers zijn en hebben zij hun invloed via de algemene ledenvergadering.

Bij ziekenhuizen is de medische staf een belangrijke machtsfactor en tegenkracht tegen het bestuur⁶⁴, niet alleen omdat medisch professionele keuzen in belangrijke mate bepalend zijn voor het strategisch beleid van een ziekenhuis, maar vooral omdat een bestuurder niet meer kan functioneren als hij niet het vertrouwen van de medische staf geniet. De informele macht van de medici is vaak groter dan de formele zeggenschap van het stafbestuur. De machtsverhoudingen binnen de medische staf zijn vaak onduidelijk en wisselend. Dat maakt de medische staf een onzekere machtsfactor.

Andere machtsbeperkende factoren ontbreken bij non profit organisaties geheel of gedeeltelijk. De ‘tucht van de markt’ in de zin dat gebruikers vrije keuze hebben om bij deze organisatie of een andere organisatie klant te zijn, is maar beperkt aanwezig. Met de invoering van marktwerking in de zorg wordt geprobeerd dit ‘disciplineringsmechanisme’ te versterken. De tucht van de kapitaalmarkt en de tegenmacht van aandeelhouders ontbreekt. Not for profit organisaties zijn niet onderhevig aan de dreiging van vijandige overnames zodat ook deze tegenkracht tegen het bestuur ontbreekt. Daar staat tegenover dat de professionele werkers in een not for profit organisatie vaak grotere invloed hebben op het bestuur dan in beursgenoteerde ondernemingen.

6.8 Governance principles

Het belangrijkste principe in private governance is dat de organisaties er zijn om private doelen te dienen. Het governance systeem moet er dus op gericht zijn te bewaken dat de organisatie de doelen realiseert, waartoe zij bedoeld is. Om een goed maatschappelijk verkeer mogelijk te maken zijn er daarnaast algemene maatschappelijke kaders waaraan een organisatie moet voldoen. Er is openbare informatie over een private organisatie die door iedereen geraadpleegd kan worden.

De positie van private organisaties wordt bepaald door de invloed (‘tucht’) van de markt. Deze invloeden maken onderdeel uit van het governance instrumentarium.

In de gangbare definities van private governance wordt gesproken over: ‘Een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording’. Dat stelsel omvat onder andere invloed van belanghebbenden op de beleidsvorming en de beleidsrealisatie en vooral op de raad van bestuur en de raad van commissarissen. Verantwoording aan belanghebbenden en maatschappelijke verantwoording is eveneens onderdeel van het stelsel van spelregels en omgangsvormen. Soms is ook maatschappelijke goedkeuring vooraf nodig (zoals bij een milieuvergunning) en is er maatschappelijk toezicht (zoals op arbeidsomstandigheden). Wanneer zich ondanks al deze governance instrumenten problemen voordoen is de vraag wie welke sancties mag nemen.

Ondanks de grote verschillen in het doel van de private governance en de verschillende rechtsvormen wordt in hoofdlijnen overal hetzelfde governance instrumentarium gehanteerd. Dat instrumentarium wordt toegepast in profit en not for profit organisaties, ook al voldoet de laatste niet aan een aantal principes, dat bepalend is voor de opbouw van het governance instrumentarium.

Tot voor kort werd internationaal vertrouwd op zelfregulering van ondernemingen. Voor zover die zelfregulering niet voldoende was werd verwacht dat de markt van afnemers of de invloed van aandeelhouders wel tot de juiste regulatie zou leiden. Toen dit niet het geval bleek, zijn eerst vrijwillige codes opgesteld en daarna strikte wet- en regelgeving. In de profit sector treedt dus een wijziging op van vertrouwen op zelfregulering naar regelgeving en externe controle. In not for profit organisaties voltrekt zich een vergelijkbare ontwikkeling.

Gaandeweg wint de Amerikaanse opvatting terrein dat naar de regel van de wet en niet in de geest van de wet gehandeld moet worden. Dat betekent enerzijds strenge externe controle op naleving, maar anderzijds dat iedereen naar mazen in de wet zal zoeken.

Voor het signaleren van afwijkingen wordt veel verwacht van de controle door de externe accountant. Daarnaast worden bestuurders en commissarissen persoonlijk verantwoordelijk gehouden en moeten bestuurders persoonlijk tekenen voor de juistheid van de openbare gegevens.

De macht van aandeelhouders is toegenomen. Zij blokkeren steeds vaker strategische keuzen van het bestuur van een onderneming. De sanctie op zo'n afwijzing is meestal het vertrek van de bestuurders. Bij fraude en onvolkomenheden in de verslaglegging wordt steeds vaker een strafrechterlijk onderzoek ingesteld. Ook leggen externe toezichthouders steeds vaker (hoge) boetes op⁶⁵. Daarnaast voeren ondernemingen onderhandelingen met belanghebbenden om civiele zaken over schadevergoeding te voorkomen.

In het internationale bedrijfsleven is derhalve een overgang gaande van vertrouwen en zelfregulering naar de principes van externe regulering, externe controle en externe sancties.

6.9 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de private governance geanalyseerd vanuit praktisch, wettelijk en theoretisch perspectief. Het eigendom van ondernemingen blijkt het dominante perspectief voor de ontwikkeling van private governance. Wanneer eigenaren ontbreken, zoals bij stichtingen, die zorginstellingen exploiteren, dan is er minder houvast. In de wettelijke regeling voor stichtingen is toezicht op het bestuur niet geregeld en zijn de mogelijkheden voor belanghebbenden om bij wanbeleid iemand⁶⁶ te vragen in te grijpen beperkter. De governancecodes voor het bedrijfsleven leggen steeds meer het primaat voor ingrijpen op het bestuur van de onderneming bij de aandeelhouder, ook als die aandeelhouder⁶⁷ niet echt bereid is die rol te vervullen.

In de theorie is een stroming te onderscheiden, die uitgaat van de aandeelhouder als enige controlerende belanghebbende. Die stroming, waarin de agency theorie centraal staat, is de basis voor de meeste governancecodes, ook al is daarvoor een sterke vereenvoudiging van de werkelijkheid nodig. Een andere stroming gaat er van uit dat een organisatie bestaat omdat verschillende partijen er belang bij hebben zich met die organisatie te verbinden. In die stroming is de organisatie een stelsel van contracten met kapitaalverschaffers, mensen die hun talent en werkkraft inzetten, leveranciers en klanten. De koers van de organisatie komt tot stand in een onderhandelingsspel tussen die betrokken partijen. Die stroming sluit meer aan bij de complexe werkelijkheid, maar geeft geen praktische oplossingen voor ingrijpen op het bestuur van de organisatie. Deze

theoretische stroming biedt wel meer houvast voor not for profit organisaties. Waar allerlei disciplineringsmechanismen voor ondernemingen bij not for profit organisaties ontbreken, blijken de besturen van die organisaties toch goed te functioneren. Dat gaat het beste als de organisaties met elkaar in competitie staan om de cliënten en als de professionals voldoende invloed hebben op de kwaliteit van de dienstverlening.

Private governance principes zijn voor not for profit organisaties niet anders dan voor ondernemingen, maar de uitwerking in instrumenten is anders. Uit een opsomming van private governance instrumenten blijkt dat er aan de ene kant een aantal instrumenten ontbreekt omdat er geen aandeelhouders zijn, maar dat aan de andere kant – althans in de Nederlandse gezondheidszorg – de invloed van cliënten en van professionals groter is dan bij ondernemingen. Een inperkend effect op de macht van het bestuur is er dus wel, maar wordt op andere manieren bereikt dan via de macht van eigenaren.

7

Publieke governance

7.1 Inleiding

Publieke governance wordt in deze studie gebruikt als begrip voor de sturing, regeling en controle, die de overheid gebruikt om *publieke doelen* te (laten) realiseren. Voor dit begrip zijn verschillende benamingen in omloop zoals *'public governance'*, *'public management'*, *'(corporate) governance in the public sector'*, *'government governance'* of *'governance'* zonder toevoeging. Voor het realiseren van publieke doelen zijn vormen van besturing, toezicht en verantwoording nodig. Of de realisatie van de doelen geschiedt door een ambtelijke dienst, een zelfstandig bestuursorgaan of een privaatrechtelijke organisatie maakt voor het principe van publieke governance niet uit. Uiteraard heeft dit wel consequenties voor de daadwerkelijke inrichting van de governance.

Publieke governance heeft twee kanten:

- 1 Het landsbestuur, de verantwoording daarover, het toezicht daarop en de verantwoording over het toezicht. De regering bestuurt het land, legt daarover verantwoording af aan de Tweede Kamer, die toezicht houdt op de regering. Eenmaal in de vier jaar legt de Tweede Kamer der Staten-Generaal verantwoording af aan de burger door middel van verkiezingen.
- 2 De wijze waarop het landsbestuur zijn organisatie inricht, opdat zijn doelen gerealiseerd worden, daarvoor verantwoordelijkheid gedragen kan worden en daarover verantwoording kan worden afgelegd.

Beide hangen nauw met elkaar samen. De minister kan alleen aan de Tweede Kamer verantwoording afleggen als hij weet dat de publieke doelen bereikt zijn, op welke wijze en met welke middelen. In de theorie en de praktijk van publieke governance wordt de verantwoording aan de volksvertegenwoordiging als gegeven beschouwd en gaat de aandacht vooral uit naar de wijze waarop het landsbestuur de realisatie van publieke doelen kan sturen, beheersen en controleren.

Vanuit verschillende invalshoeken (zoals kostenbeheersing, toegankelijkheid, beschikbaarheid en spreiding van gezondheidszorgvoorzieningen) wordt van private zorgorganisaties verwacht dat zij bijdragen aan het realiseren van publieke doelen. Zij hebben daardoor te maken met publieke governance. De invalshoek voor dit hoofdstuk is de invloed van publieke governance op zorgaanbieders.

7.2 Behoeftte aan publieke governance

Mensen leven vanouds in gemeenschappen met elkaar samen. Ze hebben er gezamenlijk belang bij de gemeenschap bij elkaar te houden en te beschermen tegen negatieve invloeden van buiten. Gemeenschappelijke belangen worden dus tevens belangen van de gemeenschap. Er is een vorm van sociale organisatie nodig om die belangen te dienen. Wanneer de gemeenschap zo groot wordt, dat niet alle leden meer aan alles kunnen bijdragen en niet meer gezamenlijk kunnen beslissen, moet het bestuur aan iemand overgelaten worden. Er ontstaat een vorm van bestuur en een bestuurlijk apparaat. Van oudsher is het beschermen van de gemeenschap tegen externe indringers één van de eerste overheidstaken. Dat geldt ook voor het handhaven van de veiligheid en de orde binnen de gemeenschap. Beide gaan vaak samen met het overheidsmonopolie op de toepassing van geweld. Om de gemeenschap leefbaar te houden, moet het gezag spelregels opstellen, waar de burgers zich aan te houden hebben, en de naleving van die spelregels kunnen afdwingen. De bescherming van de gemeenschap tegen natuurgeweld en de aanleg van fysieke infrastructuur (wegen en aquaducten) behoren vanouds eveneens tot het publieke domein.

Wanneer een gemeenschap de behartiging van haar belangen in handen legt van een overheid, dan wordt dat belang publiek. De overheid neemt de verantwoordelijkheid voor dat belang op zich. Zij zal aan haar burgers verantwoording af moeten leggen over de manier waarop zij de belangen van de gemeenschap behartigt. Zij zal daarvoor zelf inzicht moeten hebben in de wijze waarop, onder haar verantwoordelijkheid, anderen de realisatie van publieke belangen uitvoeren.

Als de overheid de verantwoordelijkheid draagt voor een publiek belang moet zij concretiseren wat dat belang is en hoe het goed gewaarborgd is. Dan ontstaat de noodzaak om concreet te formuleren wat het gewenste resultaat is en welk publiek doel wanneer bereikt moet zijn. Daarvoor zijn meetbare grootheden nodig waarover verantwoording kan worden afgelegd en waarop getoetst kan worden.

De overheid kan zo'n doel zelf willen realiseren met haar ambtelijk apparaat of uitbesteden aan anderen. Bij uitvoering door ambtenaren bestaat een hiërarchische bevelsrelatie tussen de bestuurlijk verantwoordelijke en de uitvoerder. De bestuurlijk verantwoordelijke kan zijn ambtenaren instructie geven over het publieke doel, de kaders, de randvoorwaarden en de beschikbare middelen. Hij moet systemen van toezicht, verantwoording en controle hebben om te weten of zijn ambtenaren doen wat hij van hen verlangt.

Als de realisatie van het publieke doel in handen wordt gelegd van een andere partij, dan moet met die partij een overeenkomst worden aangegaan. Die overeenkomst moet duidelijk maken welk doel de contractant op welk moment moet bereiken, welke middelen hij daarvoor krijgt, wat de randvoorwaarden en spelregels zijn, hoe hij verantwoording aflegt en hoe het gezag er op toeziet dat hij zijn afspraken nakomt. Binnen die kaders bepaalt de contractant zelf hoe hij de organisatie inricht om het doel te bereiken. De overheid moet systemen hebben om de naleving van de overeenkomst te toetsen. Daarvoor zijn verantwoording door de contractant en toezicht op de uitvoering van de overeenkomst nodig. Als de overeenkomst niet wordt nageleefd moeten sancties moge-

lijk zijn. Er is behoefte aan publieke governance als anderen dan het landsbestuur zelf overheidstaken uitvoeren.

7.3 De wettelijke grondslag voor publieke governance

In de Nederlandse Grondwet zijn hoofdtaken van de overheid opgenomen. In de Grondwet zijn als 'voorwerp van zorg van de overheid' genoemd:

- Bevordering van voldoende werkgelegenheid (artikel 19 lid 1, '*is voorwerp van zorg der overheid*').
- De bestaanszekerheid der bevolking en spreiding van welvaart (artikel 20 lid 1, '*is voorwerp van zorg der overheid*').
- De bewoonbaarheid van het land en de bescherming en verbetering van het leefmilieu (artikel 21 lid 1, '*de zorg van de overheid is gericht op*').
- Bevordering van de volksgezondheid (artikel 22 lid 1, '*de overheid treft maatregelen*').
- Bevordering van voldoende woongelegenheden (artikel 22 lid 2, '*is voorwerp van zorg der overheid*').
- Maatschappelijke en culturele ontplooiing en vrijetijdsbesteding (artikel 22 lid 3, '*de overheid scheidt voorwaarden*').
- Onderwijs (artikel 23 lid 1, '*onderwijs is een aanhoudende zorg der regering*').
- Bevorderen van de ontwikkeling van de internationale rechtsorde (artikel 90, '*de regering bevordert*').

De Grondwet definieert niet wat onder 'de overheid' en 'het Rijk' moet worden verstaan. De regering bestaat volgens de Grondwet uit de Koning en de ministers.

Opvallend zijn de verschillen in formulering van de publieke taken die in de Grondwet zijn opgenomen. Alle genoemde onderwerpen zijn 'voorwerp van zorg' maar voor de gezondheidszorg 'treft de overheid maatregelen' en voor de maatschappelijke ontplooiing 'scheidt zij voorwaarden'. Het onderwijs is 'een aanhoudende zorg der regering'. Alleen over de staat van het onderwijs is de regering verplicht een jaarlijks verslag aan de Staten Generaal uit te brengen.

De Grondwet geeft de overheid dus de plicht en het recht zich met de genoemde onderwerpen te bemoeien. Voor de volksgezondheid heeft de regering zelfs de plicht om maatregelen te nemen.

De Grondwet spreekt over de volksgezondheid en niet over de gezondheidszorg. Het nemen van hygiënische maatregelen (zoals de aanleg van riolering), het bestrijden van epidemieën, bevolkingsonderzoek, preventie en het bevorderen van een gezonde levensstijl behoren daar allereerst toe. Bemoeienis van de overheid met de individuele gezondheidszorg is niet vanzelfsprekend te baseren op dit grondwetartikel. De Grondwet biedt ruimte voor zowel een minimale als maximale bemoeienis van de overheid met de gezondheidszorg.

De Grondwet laat vanuit de huidige gedachten over governance nogal wat lacunes zien. Zo is wel geregeld dat jaarlijks het beleid van de regering voor het komende jaar uiteengezet wordt (via de Troonrede), maar niet dat de regering verantwoording aan de Staten Generaal aflegt over het gevoerde beleid in de afgelopen periode¹. Evenmin is geregeld

dat de Tweede Kamer bij verkiezingen verantwoording aflegt over de wijze waarop hij in de afgelopen vier jaar het beleid van de regering heeft getoetst. Wel geeft artikel 110 van de Grondwet aan dat de overheid openbaarheid betracht bij de uitoefening van haar taak.

De Wet Ministeriële Verantwoordelijkheid (1855) regelt niet de verantwoordelijkheid van de minister voor de realisatie van publieke taken, maar alleen dat de minister verantwoordelijk is voor de naleving van de wet en vervolgd kan worden als hij zich daar niet aan houdt. Toch is het leerstuk van de ministeriële verantwoordelijkheid een voortdurend discussiepunt in het staatsrecht. Over het algemeen wordt daaronder verstaan dat de minister verantwoordelijk en aansprakelijk is voor alles wat met publieke doelbepaling en de uitvoering van publieke taken gemoeid is. Het leerstuk van de ministeriële verantwoordelijkheid is voortdurend onderwerp van discussie en publicaties². In het kader van dit onderzoek is alleen van belang of de minister kan en mag ingrijpen in het beleid van een zorgaanbieder vanuit zijn ministeriële verantwoordelijkheid. Bij de specifieke gezondheidszorg wetgeving gaan we daar verder op in.

Volgens artikel 1 van de Ambtenarenwet (1929) is een ambtenaar *'degene die is aangesteld om in openbare dienst werkzaam te zijn'*. In artikel 125a worden de grondrechten van ambtenaren (m.b.t. de vrijheid van meningsuiting en het recht van vereniging) in het belang van de publieke taak ingeperkt. De wet regelt niet het gezag van de minister over ambtenaren. Dat wordt waarschijnlijk vanzelfsprekend verondersteld met het begrip *'openbare dienst'*. De ambtenarenwet biedt de minister vanuit governance oogpunt geen instrumenten om het realiseren van een publiek doel door ambtenaren af te dwingen noch om die ambtenaren daarover verantwoording af te laten leggen. Er is geen relatie met de Wet op de Ministeriële Verantwoordelijkheid.

Er is geen algemene wet die de zeggenschap van de minister regelt over andere personen of organisaties, die een publiek belang moeten dienen. Meestal is dat voor een specifieke sector of organisatie in een aparte wet geregeld.

De tot nu toe genoemde wetten maken deel uit van het Staatsrecht. In het Bestuursrecht wordt de positie van de overheid verder geregeld. In de Algemene Wet Bestuursrecht is het begrip *'bestuursorganen'* vastgelegd. Volgens artikel 1.1 van deze wet is een bestuursorgaan:

- een orgaan van een rechtspersoon, die krachtens publiekrecht is ingesteld;
- een andere persoon of college, die/dat met enig openbaar gezag is bekleed.

De wet regelt het gedrag van bestuursorganen rondom besluitvorming, de invloed daarop en het beroep daartegen van burgers. Hoofdstuk 5 van deze wet gaat over handhaving. Afdeling 5.2 regelt wie toezicht mag houden op de naleving van wetten en welke instrumenten deze toezichthouder mag gebruiken. Volgens artikel 5.11 kunnen alleen personen en geen organen of rechtspersonen toezichthouder zijn³. Toezichthouders zijn bevoegd op verschillende manieren informatie te verzamelen. Ze zijn niet bevoegd maatregelen te nemen als hun onderzoek aantoont dat er iets niet juist is. Maatregelen (bestuursdwang) worden volgens Afdeling 5.3 van de Algemene Wet Bestuursrecht ge-

nomen door een bestuursorgaan. De wet regelt niet de relatie tussen de bevindingen van de toezichthouder, de vertaling daarvan naar de vaststelling dat er een afwijking van de wet is en de bestuursdwang om die afwijking te herstellen of te bestraffen. Het uitoefenen van bestuursdwang is wel met veel zorgvuldigheidseisen omkleed⁴.

In hoofdstuk 10 van de wet wordt geregeld dat bestuursorganen een mandaat kunnen geven of hun bevoegdheid aan een ander kunnen delegeren⁵. Toezicht op of verantwoording over de uitoefening van het mandaat of de delegatie is niet geregeld.

In hoofdstuk 10 wordt onder de titel 'Toezicht op bestuursorganen' de goedkeuring, vernietiging of schorsing van een besluit van een bestuursorgaan door een ander bestuursorgaan geregeld. Het toezicht op bestuursorganen is niet geregeld.

De Algemene Wet Bestuursrecht biedt het landsbestuur weinig mogelijkheden om sturing te geven aan, toezicht te houden op en verantwoording te vragen over de uitvoering van publieke taken en de realisatie van publieke doelen door publiekrechtelijke bestuursorganen. De wet is niet ingericht om een dergelijke governance relatie naar private rechtspersonen te regelen.

Binnen het Bestuursrecht geven de Wet op de Ruimtelijke Ordening, de Woningwet en de Wet Milieubeheer de minister sturingsmogelijkheden door onderzoek, planvorming, geboden en verboden en kaderbepaling voor lagere overheden. Hier zijn instrumenten in de wet vastgelegd om het landsbestuur in staat te stellen het publieke belang veilig te stellen. Daarmee zou de overheid theoretisch kunnen voldoen aan haar Grondwettelijke taak op het gebied van spreiding van de welvaart, bewoonbaarheid van het land, bescherming van het leefmilieu en voldoende woongelegenheden. Voor volksgezondheid en onderwijs zijn dergelijke algemene wetten niet beschikbaar.

De verantwoordelijkheid van de overheid voor volksgezondheid is in een groot scala aan wetten geregeld:

- Voor de *bevordering van de volksgezondheid* beschikt de overheid over wetten zoals de Wet Collectieve preventie Volksgezondheid, de Infectieziektenwet en wetten op het gebied van milieu, veiligheid en arbeidsomstandigheden.
- De overheid kan sturing geven aan de *kwaliteit van de gezondheidszorg* met onder andere de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ), de Wet Bijzondere Opnemings Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO), de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en deels met de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), omdat daarmee eisen aan de kwaliteit van gebouwen e.d. gesteld kunnen worden.
- BOPZ, WGBO en BIG dragen samen met onder andere de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKZCZ) en Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) bij aan de veiligstelling van *rechten van cliënten in de gezondheidszorg*.
- De overheid heeft invloed op de *kostenbeheersing* van de gezondheidszorg en bepaalt wat het *basispakket gezondheidszorg* is via de Zorgverzekeringswet (ZVW), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). In 2007 zal een deel van de regelingen uit de AWBZ vervangen worden door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

- De *regulering van het zorgaanbod* geschiedt onder andere door de BIG, de WTG en Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). In 2006 zijn deze laatste wetten grotendeels vervangen door de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de Wet Marktordering Gezondheidszorg (WMG).

Er is een omslag gaande in de manier waarop de overheid de Nederlandse gezondheidszorg wil sturen. Men wil van een strakke centrale overheidssturing naar een vorm van gereguleerde marktwerking. Ook is het beleid erop gericht vormen van maatschappelijke dienstverlening (zoals huishoudelijke hulp thuis) niet meer als gezondheidszorg (via de AWBZ) te zien, maar als onderdeel van maatschappelijke ondersteuning voor zwakkere burgers, waarvoor de gemeente (net als voor bijstand en voor voorzieningen gehandicapten) verantwoordelijkheid draagt.

Het wettelijk kader voor de gezondheidszorg verandert tot en met 2007 ingrijpend. Het is nog niet duidelijk of de nieuwe wetgeving voldoende helderheid geeft over de publieke belangen in de gezondheidszorg die de overheid veilig wil stellen. Evenmin is duidelijk of de nieuwe wetten voldoende zijn ingericht om tot goede publieke governance te komen.

7.4 Publieke governance in de praktijk

7.4.1 De rol van de overheid

In de loop der eeuwen heeft de verantwoordelijke autoriteit voor een geografisch gebied (stad, land) bijna altijd de verantwoordelijkheid gedragen voor de klassieke overheids-taken:

- het land beveiligen tegen externe indringers;
- de veiligheid en rechtszekerheid in het land bewaken;
- het monopolie op het gebruik van geweld;
- het uitoefenen van het bestuur over het gebied;
- het zorgdragen voor goede wetgeving;
- het organiseren van een onafhankelijke rechtspraak;
- de bescherming van het land tegen de gevolgen van natuurrampen;
- het organiseren van rampenbestrijding;
- de bescherming van het land tegen ziekten en plagen;
- het instandhouden van een goede infrastructuur.

Bij de vorming van staten in Europa in de negentiende eeuw worden deze overheids-taken uitgebreid met zorgen voor het welzijn van de burger. Thorbecke neemt in de Nederlandse Grondwet de verantwoordelijkheid van de overheid op voor bevordering van de volksgezondheid, woongelegenheid en maatschappelijke ontplooiing van burgers. Bismarck is de eerste staatsman die na de vorming van het Duitse Keizerrijk in 1870 stappen zet om werkers te verzekeren tegen de kosten van ziekten, ongevallen en ouderdom.

In de negentiende en twintigste eeuw krijgt de overheid verantwoordelijkheid voor steeds meer maatschappelijke belangen, die daarvoor door private partijen werden behartigd.

De overheid wordt verantwoordelijk voor onder andere armenzorg, onderwijs en volksgezondheid. Verbetering van de volksgezondheid begint met verbetering van de algemene hygiëne, zoals door de aanleg van riolering en waterleiding en de verbetering van de persoonlijke verzorging, verbetering van voeding en levensomstandigheden en de preventie van besmettelijke volksziekten. De zorg voor zieken en gehandicapten blijft tot ver na de Tweede Wereldoorlog een zaak van particulier initiatief en is in handen van instituties die door kerken en gegoede burgers zijn opgericht en worden geëxploiteerd.

Na de Tweede Wereldoorlog verschuiven steeds meer maatschappelijke verantwoordelijkheden naar de overheid. Voor de uitvoering van taken die tot het publieke domein gaan behoren worden bestaande particuliere organisaties overgenomen en samengevoegd tot overheidsbedrijven of ambtelijke diensten. De uitvoering van taken op het gebied van welzijn, zorg⁶ en een deel van het onderwijs⁷ blijft in handen van reeds bestaande private organisaties. Die organisaties worden voor hun financiering echter afhankelijk van de overheid, omdat de overheid de inning en de verdeling van sociale premies en ziekenfondsgelden op zich neemt. In de eerste decennia na de Tweede Wereldoorlog is de verzuiling in Nederland stevig verankerd. Iedere geloofsovertuiging heeft zijn eigen organisaties om het belang van leden van de eigen gemeenschap te dienen. Als de financiële middelen niet meer in eigen kring opgebracht kunnen worden of wetgeving⁸ er toe leidt dat die geldstromen door de overheid beheerd worden, is de 'sovereiniteit in eigen kring' niet meer te realiseren en moet overheidsinmenging worden toegestaan. Dat heeft heel lang geleid tot een situatie waarin de overheid wel moet zorgen voor de financiën, maar de zeggenschap over de inhoud van de zorg en het gebruik van het geld binnen iedere zuil geregeld is. Toen de verzuiling verdween, zijn de private instellingen blijven bestaan en heeft het bestuur van die instellingen een seculiere invulling gekregen. Er is ook bij toenemende secularisatie gezocht naar blijvende invloed van het maatschappelijke middenveld door middel van vele adviesorganen en overlegorganen, waarin maatschappelijke organisaties ruim vertegenwoordigd zijn.

Gaandeweg blijkt dat het publiek maken van een doel en het leggen van de verantwoordelijkheid bij de overheid op zich geen garantie is dat het publieke doel ook bereikt wordt. Het is zeker geen garantie dat het doel op kwalitatief goede en efficiënte manier werd gerealiseerd. In de tweede helft van de tachtiger jaren wordt opnieuw de vraag gesteld of een bepaalde maatschappelijke functie nog wel een publiek doel heeft. Er worden initiatieven genomen om overheidstaken af te stoten en toe te vertrouwen aan de 'tucht van de markt'. Verondersteld wordt dat bedrijven effectiever en efficiënter werken dan de overheid. Spoorwegen, Post en Telecom, kabeltelevisie en busmaatschappijen worden geprivatiseerd.

Als de overheid wel verantwoordelijkheid wil blijven dragen, dan is de vraag of de uitvoering van de publieke taken door een overheidsdienst, een publiekrechtelijke organisatie (ZBO) of een private organisatie moet plaatsvinden. In Nederland worden daarvoor begrippen als 'privatisering', 'markt en overheid' en MDW (Marktwerking, Deregulering en Wetgeving) gehanteerd. Er worden processen in gang gezet om marktwerking in te voeren, de regels te verminderen en de wetgeving eenvoudiger te maken. Er wordt veel verwacht van marktwerking, omdat burgers door hun keuzen organisaties zullen

dwingen efficiënt te werken en zich aan te passen aan de wensen van de klant. De overheid wil zich terugtrekken op haar kerntaken⁹ en optreden als marktregulator voor de taken die aan de markt worden overgelaten.

Aan het begin van de eenentwintigste eeuw wordt de verzorgingsstaat kritisch benaderd. Verondersteld wordt dat de huidige verzorgingsstaat op lange termijn niet meer betaalbaar is door de vergrijzing en door het grote aantal inactieven. Sociale zekerheden zoals arbeidsongeschiktheidsregelingen en pensioenen worden aangepast. De burger wordt aangesproken op zijn eigen verantwoordelijkheid. Hij is verantwoordelijk voor zijn eigen keuzen en moet de consequenties van die keuzen accepteren. Een verkeerde keuze mag niet op de maatschappij worden afgewenteld. De burger is mondig en zelfstandig. De inwoner van Nederland is niet alleen consument en klant, maar ook verantwoordelijk burger voor zijn eigen welbevinden en de kwaliteit van de maatschappij. Van iedere burger wordt een bijdrage verwacht aan het oplossen van de problemen in de samenleving.

De WRR (2004a, pagina 77) vat de ontwikkeling van de maatschappelijke dienstverlening en de rol van de overheid daarin samen in de begrippen:

- particulier initiatief (gemeenschappen borgen het maatschappelijke belang);
- verstatelijking (publieke hiërarchieën borgen het maatschappelijke belang);
- vermarkting (de werking van de markt garandeert het maatschappelijke belang).

De meest recente ontwikkeling heeft van de WRR nog geen naam gekregen. Die zou kunnen worden aangeduid als *'gedeelde verantwoordelijkheid'* van burgers, maatschappelijke organisaties en overheid voor het borgen van het publieke belang.

Nederland heeft nooit een sterke staat gehad (Raad van State, 2004), zoals bijvoorbeeld Frankrijk. Maatschappelijke dienstverlening komt vanouds tot stand in een gemengd 'bestel' (WRR, 2004a) van private en publieke activiteiten en bemoeienis. De verhouding tussen de bemoeienis van burgers en de overheid wisselt in de tijd. Een echte scheiding tussen 'staat' en 'markt' is er in Nederland nooit geweest. Volgens de Raad van State (2004) is dit een direct gevolg van de ontstaansgeschiedenis van Nederland, waarin nationale soevereiniteit een geringere rol speelde dan autonomie en soevereiniteit in eigen kring, medebewind en subsidiariteit¹⁰.

Er is in Nederland een sterk 'middenveld', bestaande uit allerlei maatschappelijke organisaties en belangenorganisaties. Dit middenveld heeft grote invloed op het beleid en is daarmee medebepalend voor de taakafbakening tussen overheidsbemoeienis en bemoeienis van private organisaties. Wanneer belangenorganisaties er in slagen om de overheidsbemoeienis gering te houden, dan bepalen zij hoe het maatschappelijk belang gediend wordt en is er geen sprake van 'tucht van de markt' of keuzevrijheid van de burger¹¹. De ontwikkelingen van de rol van de overheid in de laatste eeuw zijn voor een deel het gevolg van een zoektocht naar een dominante partij die het beste een maatschappelijk belang kan borgen. Zijn dat maatschappelijke groepen (zuilen/beroepsgroepen/brancheorganisaties) zoals in de periode van het particulier initiatief, is dat de overheid zoals in de periode van verstatelijking, of is dat de burger die kiest tussen

concurrerende aanbieders? Maatschappelijke opvattingen en nationale en internationale ontwikkelingen bepalen welke keuze in een bepaalde periode dominant is in deze zoektocht. Onvrede over of het falen van de huidige situatie zijn, met de heersende mode, de aanleiding om tot verschuivingen in de verdeling van verantwoordelijkheden te komen.

7.4.2 *Sturing door de overheid*

In paragraaf 7.2 is beschreven dat iets een publiek belang wordt als de behartiging van een maatschappelijk belang in handen van de overheid wordt gelegd. De overheid draagt dan in ieder geval een deel van de verantwoordelijkheid voor de realisatie van een publiek belang. De politiek bepaalt de inhoud en de richting van het publieke belang. De regering moet zorgen dat de publieke doelen daadwerkelijk gerealiseerd worden. De minister is ten opzichte van de Staten Generaal verantwoordelijk voor alle beleidsvorming en beleidsrealisatie op zijn terrein, ongeacht of die door zijn ambtenaren of door een andere instantie wordt uitgevoerd en ongeacht de mate waarin hij de beleidsrealisatie kan beïnvloeden. Hierbij is 'de ministeriële verantwoordelijkheid' een leidend begrip. Een belangrijke governance vraag is welke beïnvloedingsmogelijkheden de minister heeft, zodat hij die verantwoordelijkheid ook daadwerkelijk kan dragen.

Een andere vraag is hoe het landsbestuur niet alleen wordt beoordeeld op plannen maar vooral op de realisatie daarvan en op het bereiken van de publieke doelen. In Nederland wordt die gedachte aangeduid als 'Van Beleidsbegroting naar Beleidsverantwoording' (VBTB). Deze krijgt onder andere vorm door de verantwoordingsdag op de derde woensdag van mei¹². Een derde vraag is of beleidsontwikkeling en beleidsrealisatie in één hand moeten liggen. Tegenwoordig is de opvatting dat er onderscheid gemaakt moet worden tussen beleidsvorming, uitvoering van overheidstaken en toezicht op die uitvoering. In die gedachtegang zijn de ambtenaren op de ministeries en de adviesorganen er vooral om beleid te maken en publieke doelen en regelgeving te formuleren. Anderen – op meer afstand van het ministerie – moeten zorg dragen voor de uitvoering van het overheidsbeleid en het bereiken van de publieke doelen. Onafhankelijke toezichthouders voeren controle uit op de uitvoering.

Er bestaat een enorme verscheidenheid in de uitvoerders die met de realisatie van publieke doelen zijn belast. Onderdelen van het ministerie staan onder rechtstreeks gezag van de minister. Er zijn ambtelijke diensten, waarvan de directeur-generaal verantwoording aflegt aan de minister, maar die onafhankelijk opereren. Er zijn agentschappen die wel deel uitmaken van de ambtelijke dienst, maar geacht worden bedrijfsmatig te functioneren. Er zijn organisaties die formeel onderdeel zijn van een ministerie, maar daarvan onafhankelijk functioneren. Er is een grote verscheidenheid aan zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) met eigen verantwoordelijkheid voor beleidsuitvoering en bedrijfsvoering. Er zijn structuurvennootschappen, waarvan de staat alle aandelen (NS) of de meerderheid (Schiphof) in handen heeft.

Van private not for profit organisaties, zoals scholen en ziekenhuizen, wordt wel een bijdrage aan de publieke doelrealisatie verwacht, maar de overheid heeft geen zeggenschap over beleid en bestuur van die organisaties. Internationaal worden voor dit soort

organisaties de termen Quango (Quasi Autonomous Non Governmental Organization) en Agency gebruikt. In veel politieke en maatschappelijke discussies worden al deze begrippen door elkaar gebruikt.

Het brede scala aan verschillende organisatievormen voor het uitvoeren van een publieke taak vereist verschillende vormen van publieke governance. Wil de overheid bewaken dat de publieke doelen gerealiseerd worden binnen de daarvoor gestelde kaders, dan moet zij per uitvoerder een verschillende set governance instrumenten inzetten.

In de negentiger jaren van de vorige eeuw worden veel principes uit het bedrijfsleven getransponeerd naar de overheid. Er wordt gesproken over de BV Nederland. Er worden prestatiecontracten afgesloten met overheidsdiensten, zodat ze afgerekend kunnen worden op hun prestaties. Governance gedachten uit het bedrijfsleven worden overgenomen voor de publieke sturing. In de Angelsaksische wereld wordt deze ontwikkeling aangeduid als *New Public Management* (NPM). In Nederland ontstaat een mix van de klassieke overheidsbureaucratie en NPM (zie Pollitt & Bouckaert, 2004). Veel aandacht wordt in de Nederlandse discussie gegeven aan het toezicht vanuit de overheid en de verantwoording naar de minister. Er wordt gesproken over toezichtarrangementen, toezicht op toezicht, ketens van toezicht. De Algemene Rekenkamer (1998 t/m 2005) brengt sinds 1998 een stroom rapporten uit met onderzoek naar en aanbevelingen voor het overheidstoezicht op organisaties, die een publieke taak uitoefenen. Twee ambtelijke commissies (ACT I, 2000; ACT II, 2005) brengen aan de regering advies uit over het toezicht vanwege de overheid. De commissie Kohnstamm (2004)¹³ brengt advies uit over de relatie tussen de ministeriële verantwoordelijkheid en de zelfstandige positie van ZBO's. In alle adviezen is de centrale vraag hoe de overheid kan bewerkstelligen dat de uitvoering van publieke taken zodanig geschiedt dat de beleidsdoelstellingen van de regering bereikt worden.

Het leidende principe is dat het ontwikkelen van beleid en de uitvoering strikt gescheiden moeten zijn. Van de uitvoerders wordt in toenemende mate gedetailleerde verantwoording gevraagd. De nadruk ligt op toezicht en de verfijning en aanscherping daarvan. Naar de uitvoerder wordt gekeken vanuit de klassieke principaal-agent relatie (Jensen & Meckling, 1976)¹⁴. De overheid is de principaal en moet de uitvoerder wantrouwen, omdat deze primair zijn eigen (materiële) belang na zal streven. Strikt toezicht en strikte handhaving zijn nodig om te bewerkstelligen dat de uitvoerder doet wat de minister wil. Eén van de problemen is echter dat niet zo duidelijk is wat de minister wil. Publieke doelen zijn vaak abstract geformuleerd, voor meerdere uitleg vatbaar en soms onderling strijdig. Het valt niet mee om algemene doelen te vertalen in meetbare resultaten. De consequentie daarvan is dat wel toezicht gehouden wordt maar dat de norm waaraan het toezicht moet toetsen, ontbreekt.

Waar de Algemene Rekenkamer en ambtelijke commissies de oplossing zien in meer verantwoording en aanscherping van het toezicht, adviseren onder andere de WRR (2000, 2004a) en de SER (2005) juist om uit te gaan van vertrouwen en het geven van ruimte aan professionals en organisaties om zelf de kwaliteit van de uitvoering van (deels) publieke taken te borgen. Die adviezen sluiten aan bij de huidige politieke opvattingen dat de overheid zich moet concentreren op haar kerntaken en dat burgers en institu-

ties eigen verantwoordelijkheid hebben voor het instandhouden van de samenleving en bijdragen aan het realiseren van publieke belangen (Ministerie van BiZa, 2003). Als voormalige publieke taken aan de werking van de markt worden overgelaten, dan ziet de overheid niet meer toe op de detailuitvoering van die taken, maar op de goede werking van de markt. Er ontstaan nieuwe toezichthouders (OPTA, AFM, ZA) die de rol van marktmeester moeten vervullen.

De praktijk blijkt telkens weerbarstiger dan de theorie. Wanneer zich incidenten voordoen leidt dat altijd tot publicaties in de pers, kamervragen en grote druk op de minister om in te grijpen. Of de minister de verantwoordelijkheid heeft voor het probleem en of hij over de instrumenten beschikt om veranderingen af te dwingen blijft in zo'n situatie buiten beschouwing, evenals de vraag of het een structureel of een incidenteel probleem is. Op die manier wordt incidenteel falen van het management van private organisaties tot een publiek probleem, dat niet opgelost kan worden omdat er geen publieke bevoegdheden zijn. Anderzijds blijkt dat als de overheid op de juiste manier van haar bevoegdheden gebruik maakt, er wel degelijk verbeteringen mogelijk zijn¹⁵.

Een ander probleem is dat verschillende organisaties behandeld worden alsof er een éénvoudige hiërarchische relatie tussen de minister en de uitvoerder is, terwijl dat niet het geval is. Bovendien hebben die organisaties vaak niet alleen een publieke functie maar vooral een private functie¹⁶. Wanneer voorbij gegaan wordt aan het ontbreken van de gezagsrelatie en de combinatie van private en publieke functies, worden met 'ingrijpen van de minister' niet de beoogde resultaten bereikt. In 7.6. gaan we hier dieper op in.

7.5 Theorie over publieke governance

Max Weber (1947) is één van de eersten, die de inrichting van de staat analyseert. Hij constateert dat bij het groter worden van samenlevingen keuzen gerationaliseerd en gestandaardiseerd moeten worden. Het wordt belangrijk om middelen efficiënt en effectief in te zetten om de doelen te bereiken. Dat vraagt vormen van sociale organisatie gebaseerd op rationeel en gelegitimeerd¹⁷ leiderschap. Er moet georganiseerd worden volgens een strakke getrapte hiërarchie. Weber geeft een ideaaltypische beschrijving van deze organisatievorm, die hij 'bureaucratie' noemt¹⁸. Een bureaucratie wordt gekenmerkt door hiërarchie, vastgelegde spelregels, verdeling van arbeid op grond van specialisatie, efficiency, promotie op basis van bereikte resultaten en toepassing van de regels zonder aanzien des persoons. Juist om die laatste reden is volgens Weber een bureaucratie een voor de hand liggende sociale structuur voor de staat met steeds meer publieke taken. Doordat de regels zonder aanzien des persoons worden toegepast ontstaat rechtszekerheid en rechtsgelijkheid. Dat vergroot volgens Weber de stabiliteit van de staat en het is de enige manier om sociale orde te houden in een groter wordend verband.

Aan de ene kant is bureaucratie in een moderne verzorgingsstaat dus nodig. Aan de andere kant perkt zij de individuele vrijheid in en kan zij leiden tot uitholling van de democratie, omdat het handelen van bureaucratische organisaties zich onttrekt aan het zicht van de democratie.

Publieke governance is nodig om de bureaucratie te laten werken. De bureaucratie zelf is een belangrijk instrument in publieke governance. Voor de besturing van organisaties of landen wordt vertrouwd op planning, strakke instructies en controle. Daarbij wordt de mens als een rationeel wezen beschouwd, die de hem opgedragen taken zal uitvoeren als hij daarop streng gecontroleerd wordt¹⁹.

Renate Mayntz (1999) beschrijft in haar artikel 'Nieuwe uitdagingen voor de governance theorie' de ontwikkeling van de (publieke) governance theorie ('*Steuerungstheorie*') sinds de Tweede Wereldoorlog als vijf paradigma uitbreidingen. Zie figuur 7.1.

Basisparadigma	Beleidsontwikkeling (door regering) Beleidsuitvoering (door overheidsorganen)	
1 ^{ste} uitbreiding	Er is een sectorale structuur en doelgroepen, die het beleid beïnvloeden en zich niet gedragen volgens de uitgestippelde beleidslijn.	Differentiatie in beleid naar doelgroepen Beleidsuitvoering wordt door doelgroepen beïnvloed.
2 ^{de} uitbreiding	Zowel voor het ontwikkelen van beleid als voor de uitvoering heeft de overheid anderen nodig.	Beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering in overheids- en private netwerken en zelfregulerende systemen.
3 ^{de} uitbreiding	Europees beleid heeft invloed op binnenlandse sectoren en op het binnenlandse beleid.	In het landelijke beleid rekening houden met de effecten van 'Europa'.
4 ^{de} uitbreiding	Het Europees beleid bepaalt de speelruimte voor landenbeleid.	Actief proberen de vorming van het Europees beleid te beïnvloeden.
5 ^{de} uitbreiding	Niet alleen regeringen en de EU maken beleid. Er is input van allerlei belanghebbenden op beleidsvorming en beleidsuitvoering.	Beleidsvorming wordt onderhandeld met betrokkenen. Beleidsuitvoering is een zaak voor overheid en private partijen.

Figuur 7.1 Samenvatting uitbreidingen governance theorie volgens Mayntz (1999)

Mayntz definieert governance als '*de sturende handelingen van politieke autoriteiten om sociaal-economische structuren en processen vorm te geven*'. De theoretische ontwikkeling van publieke governance begint met beschrijving van de publieke planning in de zestiger jaren. Het basisparadigma is dat de overheid verantwoordelijk is voor het beleid en de uitvoering van publieke taken. Mayntz noemt dit de 'top down' benadering. Als je van bovenaf als overheid maar goed genoeg stuurt, dan worden de publieke doelen bereikt en wordt de maatschappij gemaakt zoals we dat gezamenlijk willen.

Volgens Mayntz wijst onderzoek naar het overheidshandelen al snel uit dat de beleidsrealisatie vaak faalt omdat er geen rekening is gehouden met weerstanden van doelgroepen tegen het beleid en hun vermogen om het beleid tegen te werken. Ook blijkt dat

de benadering per beleidsveld verschillend kan zijn en dat er dus bij het bepalen van het beleid rekening gehouden moet worden met de wijze waarop in dit beleidsveld op het overheidsbeleid gereageerd wordt. De governance theorie wordt uitgebreid met differentiatie naar doelgroepen en met overleg met belanghebbende groeperingen over de beleidsvorming.

De volgende uitbreiding komt met het inzicht dat de overheid alleen niet in staat is om het beleid te realiseren maar daar anderen voor nodig heeft. Dat kunnen degenen zijn die de uitvoering van overheidstaken ter hand nemen. Het kan ook gaan om burgers en bedrijven, die hun gedrag moeten aanpassen om een door de overheid gesteld doel²⁰ te bereiken.

De derde en vierde uitbreiding van de governance theorie hebben volgens Mayntz betrekking op de invloed van de EU. De vijfde en tot nu toe laatste uitbreiding onderkent dat allerlei belanghebbenden invloed hebben op de beleidsvorming en beleidsuitvoering. De overheid bevindt zich volgens Mayntz aan het begin van de eenentwintigste eeuw niet meer in een positie om te bepalen wat wel en niet kan, maar moet voortdurend onderhandelen met 'neo-corporatistische systemen' van gemengde overheids- en private netwerken en systemen van maatschappelijke zelfregulering.

Mayntz schetst een complexe werkelijkheid, waarin de overheid niet meer het primaat heeft op de beleidsbepaling en de beleidsuitvoering in het publieke domein.

Pollitt en Bouckaert (2004) hebben onderzoek gedaan naar de veranderingen in publieke stelsels in twaalf landen in de afgelopen decennia. Zij onderscheiden twee fundamenteel verschillende percepties van de rol van de staat die leiden tot verschillende inrichtingen van de publieke governance. Vanuit de perceptie van de *Rechtsstaat*, vormt de staat de centrale integrerende kracht in de samenleving. De overheid focust zich op het voorbereiden, uitvoeren en handhaven van wetten om integratie tot stand te brengen. In het andere perspectief '*Public Interest*' wordt de overheid beschouwd als een noodzakelijk kwaad, wiens macht en handelingsruimte zo veel mogelijk moet worden beperkt. De focus ligt hier op verantwoording van ministers aan gekozen parlementariërs en openbaarheid naar burgers. De overheid voert zo weinig mogelijk taken uit. De markt waarin burgers keuzen maken is bepalend voor het functioneren van de samenleving. Die verschillende perspectieven leiden tot een verschillende inrichting van de publieke governance. Pollitt en Bouckaert plaatsen '*New Public Management*' (NPM) tegenover de '*New Weberian State*' (NWS). NPM is vooral een Angelsaksische ontwikkeling gebaseerd op het perspectief van 'public interest'. De focus verschuift van input en procedures naar meetbare output. Zo veel mogelijk overheidstaken worden afgestoten en aan de markt overgelaten. Zaken waar de overheid verantwoordelijk voor is worden zoveel mogelijk opgedragen aan onafhankelijke agencies, waarmee prestatiecontracten worden afgesloten. Contracten vervangen hiërarchische relaties. De burger wordt als consument gezien. Er moet aan zijn wensen voldaan worden en er moet kwaliteit geleverd worden. Er moet efficiënt gewerkt worden volgens de managementprincipes van het bedrijfsleven. De grenzen tussen de publieke en private sector vervagen. Efficiency en individualisme vervangen gelijke behandeling, rechtszekerheid en solidariteit.

NWS is gebaseerd op het behoud van de rechtsstaat door het toepassen van de klassieke bureaucratie, zoals Weber (1947) die beschreef met vernieuwing van de werkwijze

van de bureaucratie. De rol van de staat als belangrijkste facilitator voor oplossing van nieuwe problemen wordt herbevestigd, evenals de representatieve democratie en het belang van wetten om de relatie tussen burger en staat te regelen. Het idee van een overheid met een eigen status, cultuur, werkwijze en voorwaarden blijft behouden. Nieuwe elementen in NWS zijn:

- de verschuiving van interne aandacht voor bureaucratische regels naar oriëntatie op de wensen en behoeften van de burgers;
- professionalisering van de publieke dienstverlening en het scheppen van een professionele cultuur gericht op dienstverlening en kwaliteit;
- het aanvullen van de rol van de representatieve democratie met allerlei vormen van consultatie van burgers;
- modernisering van wetten om meer gerichtheid op resultaat te krijgen in plaats van oriëntatie op procedures.

Volgens Pollitt en Bouckaert behoort Nederland²¹ tot de groep, die de weg van NWS heeft gekozen samen met landen als België, Frankrijk, Italië, Finland, Zweden en de bondsstaten van Duitsland. De nadruk blijft liggen op de staat als de onvervangbare integrerende kracht in de samenleving, wetgever en een overheidsorganisatie met eigen waarden en normen, die niet geheel vervangen kunnen worden door efficiency, concurrentie en tevredenheid van consumenten.

Pollitt en Bouckaert (2004) en Pollitt (2005) plaatsen kritische kanttekeningen bij een aantal aannamen over de rol van politiek en overheid. Alle veranderingen zijn gebaseerd op de gedachte dat politici de koers/het beleid bepalen, de uitvoering aan anderen overlaten en regelmatig toetsen of de publieke doelen bereikt worden. De termijn, waarop publieke doelen bereikt worden is echter langer dan de zittingstermijn van politici, zodat deze eerder resultaat van hun beleid willen zien. Als dat resultaat nog niet zichtbaar is tegen de volgende verkiezingen, dan zullen politici geneigd zijn de volgende verandering in te zetten. Daardoor ontbreekt consistentie in het beleid en leiden de opeenvolgende veranderingen niet tot blijvende resultaten.

De auteurs vinden de beoogde scheiding tussen beleid en uitvoering niet realistisch. Zij zien geen bewijs dat politici bereid zijn zich te beperken tot hoofdlijnen en tot het loslaten van bemoeienis met de uitvoering. Dat is strijdig met de klassieke incentives om herkozen te worden. Politici willen laten zien dat ze wat gedaan hebben en niet dat ze wat bedacht hebben. Aan de andere kant worden bij het maken van beleid soms beslissingen genomen zonder voldoende oog voor de uitvoerbaarheid van die beslissingen. Als de doelen dan niet bereikt worden ligt dat volgens de politici niet aan de zwakte van hun politieke beslissing maar aan managementfouten in de uitvoering. Pollitt en Bouckaert vragen zich af of er niet een nieuw model nodig is voor de rol die politici kunnen en willen spelen in het runnen van het overheidsapparaat.

Zowel Mayntz als Pollitt en Bouckaert concluderen dat publieke governance complex in elkaar zit. Mayntz ziet de ontwikkeling van publieke governance als opeenvolgende uitbreidingen van het basisparadigma. Pollitt en Bouckaert zien verschillende paradigma's naast elkaar bestaan. De aanhangers van het basisparadigma van Mayntz leggen het primaat voor het publieke domein bij de overheid en zien de overheid als eindverant-

woordelijk voor beleid en uitvoering. Een andere groep theoretici gaat uit van het paradigma dat de overheid een van de onderhandelende partijen is in een complex netwerk van verschillende belangen.

De stroming die er van uitgaat dat de overheid *primaat in publieke governance*²² heeft, baseert zich op het door Mayntz beschreven basisparadigma. In deze opvatting is het uitgangspunt dat de overheid zich voor een publiek doel (eind)verantwoordelijk maakt en dus het recht en de plicht heeft de realisatie van dat doel te sturen, te beheersen en te controleren en zich daarover te verantwoorden. Verondersteld wordt dat het een rationele keuze van de politiek is of de overheid zich voor een bepaald belang verantwoordelijk maakt. Als een maatschappelijk belang tot publiek belang verklaard wordt, is die keuze absoluut. De overheid is het centrum van de macht en dient het publieke belang als enige te borgen. De overheid kan die verantwoordelijkheid slechts dragen als het publieke belang helder geformuleerd is en de totale uitvoering van het publieke belang vanuit de overheid bestuurd kan worden. De overheid moet beschikken over systemen om te borgen dat de agent (de uitvoerder van overheidsbeleid) doet wat de principaal (het landsbestuur) wil. Er worden duidelijke doelen en meetbare resultaten verwacht. De instrumenten zijn regels, toezicht, rapportage en verantwoording. Er is 'toezicht op toezicht' nodig en er worden ketens van toezicht en toezichtarrangementen opgesteld²³. Het Nederlandse overheidsdenken gaat uit van het primaat van de overheid in publieke governance (commissie Cohen, 1997; Ministerie van Biza, 1999-2003; Ministerie van Financiën, 2000; Algemene Rekenkamer, 1998-2005; ACT-I, 2000; ACT II, 2004; commissie Kohnstamm, 2004). Bossert (2002) is in Nederland aanhanger van deze gedachte. Internationaal is deze visie terug te vinden in het rapport van de OECD over Distributed Public Governance (2002).

Een andere stroming gaat er van uit dat de overheid slechts één *partij in publieke governance* is, die in complexe netwerken moet onderhandelen met verschillende partijen met verschillende belangen. Er is geen duidelijk machtscentrum. Veranderingen komen tot stand door onderhandeling, het sluiten van compromissen en het aangaan van convenanten²⁴. Dat lukt alleen als er een gezamenlijk (deel)belang komt of als andere partijen voor zichzelf voordeel zien in het meedoen aan het realiseren van jouw belang. Rhodes (1997) definieert vanuit deze visie governance als 'selforganizing, interorganizational networks'. Stout en Hoekema (1994) spreken van 'onderhandelend bestuur'. Volgens Kickert et al (1997) is er in zo'n netwerk:

- geen gedeelde toekomstvisie;
- niet één expliciet doel;
- geen dominante partij die zijn doel centraal kan stellen;
- geen hiërarchie tussen de partijen;
- geen duidelijke beslissingsprocedure.

Het proces is gericht op het zoeken naar gezamenlijke belangen en gezamenlijke acties.

Frissen (2002) gaat uit van een (deels virtuele) samenleving, waarin er geen machtscentrum te onderscheiden is, maar waar verschillende partijen in steeds wisselende

verbanden samenwerking zoeken om dingen te bereiken, waar ze gezamenlijk belang bij hebben. Er ontstaat een 'onderhandelingshuishouding', waarin het politieke domein kleiner wordt en er fragmentatie ontstaat. Volgens Frissen moeten we voor het publiek domein:

- uitgaan van fragmentatie en de onvermijdelijkheid van het verschil, in plaats van de wenselijkheid van integratie, samenhang en cohesie;
- het concept van hiërarchie loslaten en daarmee ook de claim van de overheid op het eigendom van de publieke zaak²⁵;
- accepteren dat de territoriale grondslag lang niet altijd meer adequaat is.

Frissen wijst erop dat fragmentatie van belangen ook een positief effect heeft. Juist omdat er zo veel partijen zijn en de macht gefragmenteerd is, kan er een machtsevenwicht ontstaan. Daarmee wordt een netwerk stabiel terwijl het toch vatbaar blijft voor verandering. Pollitt (2005) ziet eveneens positieve effecten van een partnership van de overheid, zoals de publieke legitimiteit, het delen van macht en het delen van risico's.

Frissen en Hajer en Reijndorp (2001) menen dat politiek en overheid geen eigenaar zijn van het publieke domein. Volgens Toonen e.a. (1994, 1998) is dat ook nooit zo geweest. Zij menen dat niet de eenheid door hiërarchie, maar de eenheid door draagvlakvorming en medebewind, de grondslag vormt van de Nederlandse staatsinrichting. Dat sluit aan bij de opvatting van de Raad van State (2004). Pollitt (2005)²⁶ wijst erop dat in de verzorgingsstaten van na de Tweede Wereldoorlog grote sectoren zoals gezondheidszorg en onderwijs gedomineerd worden door professionele groepen (dokters, leraren) met 'administrators' (managers en ambtenaren) in een ondersteunende rol. Volgens de WRR (2004a) is de invloed van professionals in de loop der jaren ingeperkt en zijn deze sectoren 'verstatelijkt', waarbij de invloed van de overheid is toegenomen en het vertrouwen van de overheid in professionals afgenomen. De WRR stelt vast dat dit niet de beoogde effecten heeft gehad.

De OECD (2001) concludeert dat twee belangrijke elementen van de klassieke governance zullen verdwijnen. Er is geen concentratie van macht in één centrum²⁷ en geen hiërarchie waarin initiatieven alleen door het landsbestuur genomen kunnen worden. Evenals de WRR (2000, 2004) baseert de OECD dat laatste effect mede op de professionalisering van dienaren van de publieke zaak. Hoekema (1994) ziet geen keuze voor de overheid tussen hiërarchische sturing en onderhandelen in een netwerk. De overheid zal moeten onderhandelen of ze dat wil of niet.

Pollitt (2005) onderkent en onderschrijft de netwerkbenadering en voert²⁸ motieven aan, waarom deze zinvol is. Pollitt heeft wel kritiek op de theoretische uitwerking van de netwerkbenadering. Hij verwerpt²⁹ de gedachte dat het functioneren van de overheid in netwerken nieuw is, dat netwerken tot betere oplossingen leiden en dat ze deels de representatieve democratie kunnen vervangen. Hij ziet methodologische en theoretische zwakten in de literatuur over netwerken, onder andere in de studie van Kickert e.a. (1997). Hij stelt vast dat de netwerkbenadering voor de overheidsmanager teleurstellend weinig praktische oplossingen biedt voor zijn handelen en het bereiken van resultaten in deze netwerken.

We zien hier een parallel met de theorie over private governance. De stakeholders-benadering uit private governance en de netwerkbenadering uit publieke governance beschrijven beide de complexe werkelijkheid, maar leiden niet tot makkelijke governance oplossingen. De shareholder-benadering en de ‘primaat in publieke governance’ stroming versimpelen de werkelijkheid tot één principaal-agent relatie tussen aandeelhouder/minister enerzijds en uitvoerder anderzijds. Er is één doel dat gediend wordt (aandeelhouderswaarde, publieke doel), het is duidelijk welke resultaten bereikt moeten worden. De principaal heeft mogelijkheden om de agent te controleren en sancties uit te voeren als de agent de belangen van de principaal niet voldoende dient. Door deze versimpeling van de werkelijkheid wordt het mogelijk praktische oplossingen voor de inrichting van de governance tot stand te brengen.

De twee paradigma's bestaan naast elkaar en worden soms door elkaar heen gebruikt. Een ander paradigma leidt tot een andere inrichting van publieke governance, maar heeft ook een andere moraliteit als basis. Het ‘primaat’ paradigma sluit aan bij het guardian moral syndrome van Jacobs³⁰. Als het paradigma is dat de overheid één van de partijen is en moet onderhandelen voor het publieke belang dan gelden de morele opvattingen uit het ‘commercial moral syndrome’.

7.6 Publieke governance gericht op private organisaties met een publieke taak

Publieke taken worden niet alleen uitgevoerd door overheidsdiensten en publiekrechtelijke organisaties maar ook door privaatrechtelijke organisaties. Sommige privaatrechtelijke organisaties zijn opgericht om het publieke belang te dienen³¹. Anderen dienen in de eerste plaats het publieke belang, maar mogen ook op de commerciële markt opereren³². Veel organisaties dienen echter primair private belangen en worden geacht daarenboven bij te dragen aan het publieke belang. Stichtingen die zorg verlenen aan patiënten/bewoners/cliënten bevinden zich in die laatste situatie³³.

Publieke governance richt zich op het waarborgen dat de private organisatie naast haar gerichtheid op private belangen bijdraagt aan het publieke belang. Daarbij komen allerlei vragen aan de orde voor de inrichting van publieke governance rond deze organisaties, zoals: Moet de organisatie zich daarover afzonderlijk verantwoorden naar de overheid en zo ja hoe? Hoe wordt die verantwoording getoetst? Op welke wijze wordt toezicht gehouden op de bijdrage aan het publieke belang? Hoe wordt gewaarborgd dat publieke en private belangen niet door elkaar lopen? Wat zijn de incentives voor de organisatie om bij te dragen aan het publieke belang, als dat niet haar primaire bestaansrecht is?

Om antwoord te krijgen op deze vragen, moet eerst helder zijn wat verstaan wordt onder private organisaties met een publieke taak. Daar is geen eenduidige definitie voor. Veel begrippen worden door elkaar heen gebruikt. Er wordt gesproken over hybride organisaties, de (semi)publieke sector, maatschappelijke ondernemingen, geprivatiseerde (overheids)organisaties, rechtspersonen met een wettelijke taak (RWT). ‘Publiek’ is de ene keer gebaseerd op de financiering van de organisatie³⁴, de andere keer op de bijdrage die de organisatie moet leveren aan het bereiken van een publiek doel³⁵,

de derde keer op de voorbeeldfunctie in het maatschappelijk verkeer³⁶. De aanduiding, die voor deze organisaties gekozen wordt, zegt veel over de kijkrichting van de spreker en diens verwachting van de zeggenschap die de overheid over deze organisatie zou moeten hebben. Hoe meer het publieke karakter van de organisatie benoemd wordt, hoe meer verwacht wordt van de sturingsmogelijkheden van publieke governance. Het is daarom van belang helderheid te krijgen over wat voor soort organisaties we het hebben en wat we verwachten van hun bijdrage aan het publieke belang.

De WRR (2000)³⁷ maakt een tweedeling tussen publieke sector en private sector. Ambtelijke organisaties, organisaties onder gezag van de overheid en staatsbedrijven zijn onderdeel van de publieke sector. Private organisaties met – mede – een publieke taak maken onderdeel uit van de private sector. Volgens de indeling van de WRR zijn zorgorganisaties onderdeel van de private sector. Zij hebben een privaatrechtelijke rechtspersoon. Ze zijn volledig bestuurlijk autonoom ten opzichte van de overheid. Ze hebben naast private doelen ook publieke doelen te dienen en worden voor een deel met publieke middelen gefinancierd.

De WRR (2000) onderscheidt vier borgingsmechanismen voor het publieke belang:

- vastlegging in regels (wetten en contracten);
- inrichten van concurrentie om en op de markt;
- hiërarchie (aanwijzingen aan ondergeschikten);
- versterking van institutionele waarden en vertrouwen op de waarden en normen van professionals in de uitvoerende organisatie (institutionele borging).

De WRR werkt de borgingsmechanismen voor de publieke en private sector afzonderlijk uit. Hier gaan we alleen in op de uitwerking voor de private sector. Daar kan de borging geschieden door wetten en contracten, concurrentie en institutionele borging en *niet* door hiërarchie. De WRR verwacht veel van institutionele borging en het samenvallen van het publieke belang en het professionele belang³⁸. Borging van het publieke belang via concurrentie kan alleen in combinatie met borging door regels en wetten, waarbij de overheid de rol van marktmeester op zich neemt. De WRR benadrukt de noodzaak en wenselijkheid van de borging van het publieke belang, maar geeft tevens aan dat de daartoe beschikbare borgingsmechanismen ontoereikend zijn en ingeperkt worden door internationalisatie, groeiende professionaliteit³⁹ en ICT-ontwikkelingen.

De WRR (2000) spreekt over private organisaties met een publieke taak in private sector. Voor dat soort organisatie is ook het begrip 'hybride organisatie' in gebruik. De term is onder andere gebaseerd op de publicatie van Jacobs (1992) over moraliteiten⁴⁰. Zij spreekt over hybriden als monsters waarin twee moraliteiten bij elkaar komen, die volgens Jacobs niet te mengen zijn. Simon (1989) komt met zijn functietypologie tot een vergelijkbare conclusie. Hij onderscheidt marktorganisaties en taakorganisaties en betoogt dat iedere organisatie uiteindelijk naar één van beide 'zuivere' vormen zal bewegen. Markt en taak zijn niet synoniem met privaat en publiek, maar in de discussie overlappen deze begrippen elkaar wel voor een groot deel. In 't Veld (1995, 1997) daarentegen beschouwt de combinatie van publieke en private elementen in één organisatie als een gegeven. Hij ziet er onder bepaalde condities voordelen in. Het gebruikelijke

voorbeeld is de universiteit die naast haar publiek gefinancierde onderwijs en (fundamenteel) wetenschappelijk onderzoek, private middelen kan verwerven door contract-research. In Nederland wordt de term hybride organisatie vaak gebruikt voor een organisatie die publieke en private belangen dient. Volgens Brandsen, Van den Donk en Kenis (2006) gaat het niet alleen om de verknoottheid van publieke en private vormen van financiering, waarden of regels. Er is pas sprake van hybriditeit als elementen, die in ideaaltypische zin wezensvreemd van elkaar zijn, worden gecombineerd en deze combinatie spanningen oplevert. Brandsen e.a. gaan er – evenals In 't Veld – van uit dat het geen zin heeft om voor of tegen hybride organisaties te zijn, omdat de combinatie van publieke en private elementen in Nederland een gegevenheid is. Beter is te onderzoeken hoe die combinatie, door Brandsen e.a. 'Meervoudig Bestuur' genoemd, werkt. Die manier van kijken sluit aan bij het 'gemengde bestel' zoals de WRR (2004) het noemt. Ook Meurs en Van der Grinten (2005) spreken van 'gemengd besturen'.

In de bundel van Brandsen, Van den Donk en Kenis (2006) is de huidige stand van de wetenschappelijke kennis over hybride organisaties geordend. Zij constateren dat er behoefte is aan gericht empirisch onderzoek en uitgewerkte theorievorming over het onderwerp. Zij concluderen dat hybride organisaties ofwel ontstaan door verstatelijking van particulier initiatief of wel door overheidsorganisaties die verzelfstandigd zijn. Voor de gezondheidszorg geldt de eerste beweging (Van der Grinten en Kasdorp, 1999). Brandsen e.a. signaleren dat het denken over hybride organisaties veelal bewust overheidsbeleid tot uitgangspunt neemt, dus uitgaat van de tweede beweging. Organisaties zoeken echter ook zelf de grenzen van hun publieke taak op en het Nederlandse en Europese markttoezicht heeft grote invloed op het functioneren van hybride organisaties. Hybriditeit heeft gevolgen voor de beleidsmakers (van de overheid), voor het bestuur van de organisaties en op de werkvloer. Politici zijn bang geen greep te hebben op hybride organisaties en vragen om versterking van toezicht en verantwoording. Ze veronderstellen het risico dat publieke gelden voor private doelen gebruikt worden⁴¹ en willen daar strenge regels voor en controle op. Bestuurders staan volgens Brandsen e.a. voor de opgave om verbindingen te leggen tussen de verschillende doelen, tussen de politiek en de organisatie en binnen de organisatie. Het effect op de werkvloer is niet helder, maar waar medewerkers de spanning voelen tussen private en publieke belangen richten ze zich meestal op de eerste in hun directe relatie met patiënt, leerling of anderszins. Risico's voor hybride organisaties zijn vermenging van geldstromen, afname van de kwaliteit van de (publieke) dienstverlening en cultureel verval. Voordelen zijn mogelijkheden tot innovatie, financiële meerwaarde (voor publieke diensten) en inhoudelijke meerwaarde.

In het rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening' (2004) onderzoekt de WRR de problemen van vijf sectoren voor maatschappelijke dienstverlening, waaronder de gezondheidszorg. De WRR spreekt nu niet over de private sector die publieke belangen moet dienen, maar over een 'gemengd bestel' en 'gedeelde publieke ruimte'. Belangenorganisaties, professionals, instellingen, koepels en vakbewegingen geven volgens de WRR samen met de overheid invulling aan het beleid en de uitvoering van publieke taken. Dit stelsel staat onder druk. Stelselherzieningen gebaseerd op NPM hebben niet gewerkt.

De WRR geeft daarvoor een aantal redenen⁴², zoals de onmogelijkheid om beleid en uitvoering te scheiden, coördinatieproblemen tussen de sectoren en versmalling van het voorzieningenniveau (door afzonderlijke afrekenculturen per sector) en de nadruk op (financiële) verantwoordelijkheden in plaats van de inhoud van de dienstverlening. De WRR laakt het wantrouwen van de overheid in instituties en professionals en de veronderstelling dat alle actoren alleen op eigenbelang gericht zijn. De WRR vindt dat dichotomieën als staat/markt, management/professional, vraagsturing/aanbodsturing het gemengde karakter ontkennen en dat 'boedelscheiding' geen oplossing is. De WRR signaleert een aantal negatieve gevolgen van het beleid in de afgelopen decennia:

- kennisvernietiging, door de scheiding van beleid en uitvoering en het sturen op meetbare prestaties;
- de dictatuur van de middelmaat, door het vermijden van risico's, het afrekenen op gemiddelden en het niet waarderen van excellentie;
- de illusie van de soevereine consument, die zijn eigen keuzen kan maken en daarmee de maatschappelijke dienstverlening zal sturen;
- het verdwijnen van het politiek-normatieve debat;
- de stapeling van toezicht en verantwoording.

De WRR formuleert vijf principes die richtinggevend moeten zijn bij een gewenst systeem van checks and balances in maatschappelijke dienstverlening:

- 1 organiseren van kennisallianties;
- 2 investeren in variatie en innovatieve praktijken;
- 3 organiseren van actieve en betrokken tegenspelers;
- 4 zorgen voor gepaste openbare verantwoording;
- 5 zorgen voor samenhangend, sober en selectief toezicht.

De WRR legt de essentie van het toezicht op private instellingen bij het interne en integrale toezicht door de raad van toezicht. Die moet daartoe wettelijk verankerd worden, onafhankelijk⁴³ zijn, legitimiteit verwerven door zijn professionaliteit en bij disfunctioneren door een externe instantie naar huis gestuurd kunnen worden. Het externe toezicht moet selectief zijn en zich richten op de uitzonderingen naar beneden en naar boven. Het externe toezicht kan beperkt zijn door goede openbare verantwoording, inzichtelijkheid van de kwaliteit van de dienstverlening en door onderlinge kwaliteitsverbetering (zoals benchmarking en peer review). Cliënten moeten informatierecht krijgen. De WRR pleit voor herstel van vertrouwen in professionals en instituties. Governance moet gericht zijn op leren en verbeteren (door instellingen en professionals) en de bereidheid inzicht te geven in wat je doet en niet op detailcontrole door de overheid.

Kort na het WRR advies bracht de SER (2005) een advies uit over '*ondernemerschap voor de publieke zaak*'. De SER hanteert in hoofdzaak dezelfde lijnen als de WRR. De SER vindt dat de publieke zaak gediend wordt door ondernemerschap binnen bepaalde condities. De onderneming moet zich in afnemende prioriteit richten op:

- de klant;
- de relatie met de samenleving;
- de relatie naar de overheid;
- de politieke democratie.

De SER stelt dus niet het publieke belang voorop. Dat komt pas na de klant en de maatschappij. De professional en de instelling zijn verantwoordelijk voor de levering van goede kwaliteit aan de klant. De SER vindt dat de overheid helder moet zijn over de publieke doelen en af moet blijven van de uitvoering. De overheid moet daarin risico's accepteren. Die risico's liggen bij de onderneming en niet bij de overheid. De overheid moet verder de werking van de markt reguleren en alleen toezien op de werking van het systeem als geheel. De overheid is systeemverantwoordelijk en moet zich niet verantwoordelijk stellen voor de inhoud en voor de uitvoering. Verder ziet de SER veel in meervoudige verantwoording. Die bestaat uit toezicht door de overheid, interne controle en verantwoording naar maatschappelijke stakeholders. De raad onderschrijft de ideeën voor wettelijke regeling van de raad van toezicht en het enquêterecht.

Een eerder advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO, 2002) heeft deels dezelfde gedachtelijn als het SER rapport. Volgens de RMO moet de overheid zich terugtrekken op essentiële kaders die duidelijk geformuleerd zijn. Door 'horizontalisering' gaan instellingen en professionals zich meer op de burgers en op elkaar gaan richten dan op de overheid. De verantwoording is gericht op informeren van en betrekken van de burgers bij het functioneren. Daarvoor is informatie nodig die het burgers mogelijk maakt instellingen en professionals met elkaar te vergelijken en op grond van die vergelijking keuzen te maken. Hierdoor behoeven minder publieke belangen geborgd te worden en is detailsturing van de overheid volgens de RMO niet meer nodig.

De teneur in de rapporten van de RMO, de WRR en SER is dezelfde. Overheid, beperk je tot hoofdlijnen. Geef markt en professional ruimte. Beperk je toezicht. Instellingen, regel je interne toezicht en je horizontale verantwoording goed. Kwaliteit ligt bij de professional in relatie tot de klant.

De reacties van het kabinet op beide rapporten (Minister van Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties, 2004; Ministerie van Economische Zaken, 2005) geven onbedoeld het spanningsveld weer tussen het politieke en het maatschappelijke denken over de rol van de overheid in maatschappelijke sectoren. Het 'gemengde bestel' van de WRR heet in de reactie van de regering de 'semi-publieke ruimte'. Het advies om beleid en uitvoering niet te scheiden wordt door de regering vertaald in 'de uitvoering centraal stellen' en 'ruimte aan de uitvoerders' geven. De aanbevelingen uit het SER-advies worden overgenomen, maar de 'eindverantwoordelijkheid' van de overheid wordt benadrukt. De regering stelt dat de overheid bij maatschappelijke ondernemingen moet kunnen ingrijpen, waar aandeelhouders dat bij commerciële ondernemingen doen. De regering zal laten onderzoeken of voor maatschappelijke ondernemingen een andere rechtsvorm gewenst is dan de stichting. De wettelijke regeling van de raad van toezicht en de toegang tot de Ondernemingskamer voor enquêterecht naar wanbeleid van de raad van toezicht zal worden ingevoerd.

Uit alle rapporten komt de worsteling naar boven met de positionering van private organisaties met private doelen die bij moeten dragen aan het publieke belang. Woorden, die in overheidsstukken gebruikt worden, suggereren telkens weer een soort hiërarchische relatie tussen de overheid en deze organisaties. Zo spreekt de Algemene Rekenkamer over 'verticale verantwoording' als zij de verantwoording naar de overheid bedoeld en

'horizontale verantwoording' als zij de verantwoording naar stakeholders bedoeld⁴⁴. De regering maakt zich 'eindverantwoordelijk' voor het realiseren van publieke doelen. In de achtergrondstudies van de WRR bij het advies 'Bewijzen van Goede Dienstverlening' ziet Schrijvers (2004) de overheid als opdrachtgever van maatschappelijke dienstverleners en gaat hij er van uit dat raden van toezicht verantwoording afleggen aan de minister. Van Montfort (2004) ziet deze organisaties als uitvoeringsorganisaties van de overheid en verwacht 'public spirit' van het bestuur van die organisaties. Geelhoed (2005) constateert 'control deficiencies' in de zorg en wil die oplossen door een gezagsrelatie tussen VWS en ziekenhuizen⁴⁵. Als er bij een maatschappelijke dienstverlener misstanden optreden, verwacht de Kamer direct ingrijpen van de minister. Deze zegt meestal actie toe, zonder dat de vraag aan de orde is of die actie wel past in de systeemverantwoordelijkheid en of de minister wel de verantwoordelijkheid, de bevoegdheid en de middelen heeft om tot actie te komen. Vaak is dat immers niet het geval⁴⁶.

Beschouwingen over private organisaties met een publieke taak leiden – ongeacht de insteek of de benaming – tot een aantal algemene constatering:

- De combinatie van private en publieke elementen⁴⁷ in één organisatie is een maatschappelijke gegevenheid en geen keuze. Het is in de huidige complexe maatschappij ondenkbaar dat alleen 'zuivere' ideaaltypische publieke en private organisaties naast elkaar bestaan.
- Deze combinatie is complex, niet altijd inzichtelijk en levert spanningen op.
- In de hoop die spanningen op te lossen wordt soms geprobeerd de werkelijkheid te vereenvoudigen tot de dichotomie overheid-markt of publiek-privaat.
- Denken en handelen vanuit die dichotomie levert niet de gewenste resultaten op en kan de spanning zelfs vergroten. Volgens de WRR (2004) heeft dit denken in dichotomieën forse negatieve gevolgen gehad.
- Er is onderscheid te maken tussen private organisaties, die een publieke taak hebben (gekregen), en (verzelfstandigde) overheidsorganisaties, die zich op de private markt begeven (WRR, 2000; Brandsen e.a., 2006). De borging van het publieke belang en de zeggenschap en sturing van de overheid zijn voor beide typen organisaties verschillend. Dat onderscheid komt in wetenschappelijke studies wel terug, maar wordt in overheidsdocumenten niet gemaakt. Daardoor bestaat het risico dat de overheid haar mogelijkheden voor sturing van private organisaties met een publieke taak overschat.
- Privaat-publieke organisaties hebben voor en nadelen. Wetenschappelijke studies onderkennen de risico's maar zien ook duidelijke voordelen⁴⁸. Innovatie, kennisuitwisseling, financiële meerwaarde en inhoudelijke meerwaarde worden als voordelen genoemd. De inrichting van publieke governance voor private organisaties met een publieke taak is meer gericht op het beperken van de risico's dan het bevorderen van de voordelen.
- Vanuit publieke governance worden eisen gesteld aan verantwoording over de publieke taken, maar ook aan de inrichting van de private governance van organisaties en aan de bewaking van de scheiding van publieke en private geldstromen. Toezicht van de overheid is voor een groot deel op die financiële verantwoording gericht⁴⁹.

- In veel adviezen wordt de overheid geadviseerd zich te beperken tot hoofdlijnen, markt en professional ruimte en vertrouwen te geven en het toezicht te beperken. In reactie op die adviezen kiest de overheid voor het benadrukken van haar eindverantwoordelijkheid, de mogelijkheid van overheidsingrijpen en het aanscherpen van wetgeving voor organisaties met een publieke taak. De overheid richt zich daarmee op het vergroten van haar grip op private organisaties met een publieke taak in plaats van ruimte en vertrouwen te geven.
- Waar private en publieke functies gecombineerd worden stelt de overheid de publieke belangen boven de private belangen. Dat leidt tot een ogenschijnlijke hiërarchie in toezicht en verantwoording. Publieke verantwoording (verticale verantwoording volgens de Algemene Rekenkamer) staat dan boven private (horizontale) verantwoording.
- Verschillende studies wijzen er juist op dat het samenspel tussen publiek en privaat alleen werkt als gelijkwaardigheid betracht wordt. Dat sluit aan bij de tweede school uit hoofdstuk 7.5., waarin de overheid alleen door onderhandelen met andere maatschappelijke partijen (een deel van) het publieke belang veilig kan stellen.
- Bestuurders van private organisaties met een publieke taak staan voor de opgave publieke en private belangen tegen elkaar af te wegen en met elkaar te verzoenen in één keuze voor beleid en uitvoering. Zij moeten de door Brandsen e.a. (2006) genoemde verbindingen tussen publieke en private belangen, tussen politiek en organisatie en binnen de organisatie leggen. Daartoe is een goede private governance van die organisaties nodig. Ook de WRR (2004) legt het accent bij bestuur en intern toezicht van organisaties voor maatschappelijke dienstverlening.

7.7 Doelen

Publieke doelen en belangen zijn vaak abstract, algemeen en idealistisch geformuleerd. Dat is lastig bij de inrichting van publieke governance. Publieke governance is immers bedoeld om het bereiken van publieke doelen te ondersteunen. Dat kan alleen goed als publieke belangen vertaald kunnen worden in duidelijke doelen.

Als er een duidelijk doel voor ogen staat, dan kan dit doel in te bereiken eindresultaten benoemd worden, kan een keuze gemaakt worden over de weg waarlangs het doel bereikt moet worden en de middelen, die daarvoor nodig zijn. Zo'n heldere keuze maakt het mogelijk om het bereiken van het doel aan een ander op te dragen.

In de wereld van publieke governance doet zich zelden zo'n duidelijke situatie voor:

- 1 Veel verantwoordelijkheden van de overheid zijn niet geformuleerd in te bereiken doelen, maar in het 'publieke belang' dat gediend moet worden. Dat maakt het moeilijk om te bepalen wat het doel is en welke resultaten bereikt moeten worden.
- 2 Vaak is niet duidelijk wat publieke belangen zijn en hoe zij onderling gewogen moeten worden. Wat is bijvoorbeeld het publieke belang dat zorgorganisaties moeten dienen? Is dat het beheersen van de kosten vanuit macro-economische doelstellingen? Gaat het om een kwantitatief en kwalitatief voldoende infrastructuur van gezondheidszorg? Of gaat het om het waarborgen van de kwaliteit van de individuele behandeling van een patiënt?

- 3 De verschillende publieke belangen kunnen onderling strijdig zijn. In de gezondheidszorg is dat de voortdurende spanning tussen kostenbeheersing enerzijds en de zorg voor voldoende infrastructuur en kwaliteit anderzijds.
- 4 De politieke interpretatie van een bepaald publiek belang wisselt in de loop der tijd afhankelijk van de politieke samenstelling van de regering, de druk uit de maatschappij en de stand van de economie. Als kostenbeheersing in de gezondheidszorg leidt tot wachtlijsten, dan verschuift het accent naar voldoende beschikbaarheid van zorg ongeacht de kosten.
- 5 Wisseling in politieke accenten in het publieke belang voltrekken zich tamelijk snel. Die wisselingen gaan sneller dan het bereiken van resultaten in een gekozen richting. De opleiding van medici duurt zo'n twaalf jaar. Als uitbreiding van het aantal medici is ingezet in een periode, waarin oplossen van een tekort aan zorg voorop stond, komen zij beschikbaar in een periode, waarin wellicht kostenbeheersing en aanbodregulering weer voorop staat.
- 6 De overheid is niet de enige die bepaalt wat een publiek belang is en hoe dat geïnterpreteerd moet worden. Maatschappelijke partijen hebben daar invloed op. Maatschappelijke druk kan leiden tot bijstelling van de richtlijnen voor uitvoering zonder dat duidelijk is of daarmee ook de publieke doelen zijn bijgesteld. VWS bevorderde een tijdlang de concentratie van ziekenhuiszorg. Ziekenhuisbestuurders zetten in op fusie vanuit de private bedrijfsvoering en omdat VWS voor fusie een financiële bijdrage gaf. De sluiting van (de kliniek van) kleinere ziekenhuizen gaf zoveel onrust bij burgers, media, lokale politiek en de Tweede Kamer dat het fusiebevorderende beleid vrij plotseling werd omgezet in een verbod op fusie. Dat gaf problemen voor ziekenhuizen die met een fusieproces bezig waren.
- 7 Internationale wet- en regelgeving en Europese instanties bepalen steeds meer de speelruimte voor de Nederlandse overheid om iets tot publiek belang te verklaren.
- 8 Toezichthoudende instanties, zoals de NMa, hebben hun eigen interpretatie van het overheidsbeleid en de invulling van het publieke belang.

Voor het bestuur van een private organisatie die naast zijn private doelen ook het publieke belang moet dienen, is het dus zeer de vraag welke doelen hij moet dienen en welke resultaten hij moet bereiken om te voldoen aan de wensen van de overheid. Hij moet bovendien de afweging kunnen maken tussen de verschillende doelen die zijn organisatie moet bereiken en daarin prioriteiten stellen.

Als het doel niet duidelijk en eenduidig is en niet bepaald kan worden welke resultaten tot stand moeten komen om het doel te bereiken, dan is het moeilijk verantwoording af te leggen en toezicht te houden op de doelrealisatie. Een basisvoorwaarde voor goede governance is daarmee in publieke governance rondom private organisaties niet vervuld.

7.8 Macht

Burgers geven in een democratisch bestel op twee manieren macht aan de overheid. Enerzijds door verkiezing van de Tweede Kamer die een regering samenstelt, die door de Koning wordt benoemd. Anderzijds doordat burgers zich onderwerpen aan de wetten

en regels die de overheid maakt en zich daarnaar gedragen. Het overheidsgezag wordt dus door de burgers erkend en geaccepteerd. Dat laatste draagt wellicht nog meer bij aan de stabiliteit van de samenleving en aan de macht van de overheid dan het eerste.

De overheid heeft macht nodig om het land te besturen en om het publieke belang te realiseren. In een land als Nederland is de overheidsmacht beperkt. De overheid kan alleen dingen voor elkaar krijgen voor zover andere partijen in het speelveld dat toestaan en daaraan willen meewerken. Nederland heeft vanouds een cultuur waarbij veranderingen tot stand komen door onderhandelingen tussen belanghebbende partijen en het sluiten van compromissen⁵⁰. De overheid is één van de partijen in dat onderhandelspeel. Er zijn maar weinig situaties in Nederland waar de overheid de macht heeft om in zijn eentje de realisatie van een publiek doel te bewerkstelligen.

Er moet rekening gehouden worden met de macht van het ambtelijk apparaat, de macht van zelfstandige bestuursorganen en de macht en andere doeloriëntatie van besturen van private organisaties met ook een publieke taak. De doelrealisatie wordt beïnvloed door lobbies van belangenorganisaties, het uitvergrooten van negatieve consequenties van beleid in de media, acties van burgers, het optreden van politici en buitenlandse invloeden. Toch wordt er vaak uitgegaan van het primaat van de overheid (of de politiek) en de veronderstelling dat dit primaat de macht geeft om publieke doelen te realiseren.

In de praktijk is het een probleem om te zorgen dat publieke taken zo worden uitgevoerd als de politiek het wil. Door de veelheid aan publieke taken en de omvang van de overheid laat de bestuurbaarheid van het ambtenarenapparaat (de vierde macht) door het politieke bestuur te wensen over. Waar het al moeilijk is om de eigen ambtenaren te laten doen wat het landsbestuur wil, is dat nog lastiger met publiekrechtelijke organen die op afstand van de overheid staan. Die organisaties zijn op afstand van de overheid geplaatst omdat ze geacht werden beter te functioneren zonder politieke druk of omdat ze onafhankelijk moeten zijn van de overheid⁵¹. Het bestuur van zo'n organisatie heeft de macht om eigen keuzen te maken en doet dat ook. Die keuzen behoeven niet overeen te stemmen met de politieke keuzes⁵². Het bestuur van zo'n organisatie op afstand vormt dus een aparte machtsfactor, die niet altijd door de politiek verantwoordelijken te beïnvloeden is.

Die beïnvloeding is nog lastiger voor private organisaties die er niet primair zijn om overheidsdoelen te dienen, maar naast hun primaire private doel ook nog geacht worden bij te dragen aan het publieke belang. Daar staat het publieke belang immers niet voorop. Het bestuur van een private stichting dient de doelen in de statuten van de stichting en is geen uitvoeringsinstrument van de overheid. Het bestuur van deze private organisatie heeft te maken met allerlei machtsfactoren die in het hoofdstuk private governance genoemd zijn. De overheid is slechts één van de machtsfactoren, waarmee dit bestuur te maken heeft. De macht van de overheid is beperkt. Vaak is deze macht zo vorm gegeven dat wel zaken tegengehouden kunnen worden⁵³ maar dat het moeilijker is om iets voor elkaar te krijgen dat de overheid wil en de instelling niet.

De overheid heeft slechts in beperkte mate de macht om realisatie van het publieke belang af te dwingen. Dat leidt tot de vraag waarom de overheid zich voor publieke belangen verantwoordelijk maakt, die ze niet kan waarmaken⁵⁴. Anderen hebben die macht evenmin. Van der Grinten en Vos (2004) stellen vast dat niemand de macht heeft om in de gezondheidszorg alleen te beslissen dat een goed systeem van checks and balances ontbreekt. Ook van der Lugt (2005) en Putters (2001) constateren dat een duidelijk machtscentrum ontbreekt en dat niet duidelijk is wie wat beslist. Grit en Meurs (2005) schetsen de dilemma's van zorgbestuurders om zaken voor elkaar te krijgen in complexe machtsverhoudingen.

7.9 Governance principles

In publieke governance zijn algemene governance principes zoals openheid/transparantie, integriteit en accountability van toepassing. Accountability is in publieke governance tweeledig; het gaat zowel om accountability van de overheid naar de burgers als van uitvoerders van publieke taken naar de overheid. Democratische legitimering van de overheid is een extra vorm van accountability binnen publieke governance.

Rechtszekerheid en rechtsgelijkheid zijn specifieke principes van publieke governance. Je moet er als burger op kunnen vertrouwen dat de overheid er naar streeft publieke doelen zo te realiseren dat je als burger weet waar je aan toe bent (rechtszekerheid) en dat de doelrealisatie voor alle burgers op dezelfde manier uitpakt (rechtsgelijkheid). De beginselen van effectiviteit (het doel moet worden bereikt) en efficiency (het doel moet met optimale inzet van middelen worden bereikt) zijn soms in strijd met de principes van rechtszekerheid en rechtsgelijkheid. Dat brengt een extra spanningsveld in publieke governance.

De OECD (2001) meent dat de overheid zich zal moeten inspannen om de technologische, sociale en economische dynamiek in de samenleving bij te houden ('keeping up with society') en meer nog om het vertrouwen in de overheid te herstellen ('re-establish trust'). Dat vereist een gemeenschappelijk moreel kader voor het functioneren van de samenleving, betrokkenheid van de burger en participatie in netwerken gericht op leren en ontwikkeling. De OECD (2002) formuleert een aantal principes van goede publieke governance. De overheid moet binnen de wet opereren, voldoen aan een publiekelijk verklaarde standaard, verantwoording afleggen aan de burgers, integer en transparant zijn, open staan voor signalen uit de samenleving en de dialoog met de samenleving aangaan.

Als het uitgangspunt is dat de overheid het primaat heeft in publieke governance is de vertaling van principes in governance instrumenten anders, dan wanneer het uitgangspunt is dat de overheid slechts een van de partijen is in het publieke speelveld. De 'primaat' stroming komt uit op het formuleren van een helder en meetbaar doel en het tot stand brengen van sluitende systemen van toezicht door en verantwoording aan de overheid. De andere stroming komt uit op het scheppen van een goede omgeving waar-

binnen maatschappelijke instituties onderling kunnen functioneren en aan elkaar verantwoording afleggen. De overheid schept daarvoor voorwaarden en is tegelijkertijd de bewaker van een beperkt aantal essentiële regels, die dan ook niet overtreedbaar zijn.

Bij de primaat stroming is zelfregulering van uitvoerende organen ondenkbaar. Er zijn strakke lijnen van verantwoording, toezicht en controle. Alleen zo kan de minister zijn verantwoordelijkheid dragen. Wanneer de gedachte is dat de overheid één van de onderhandelende partijen is, dan moet uitgegaan worden van vertrouwen. Dan verwacht je dat de partij, waarmee je een afspraak maakt, die afspraak nakomt zonder controle. In die gedachte vertrouwt de overheid op regulerende krachten in de maatschappij. Wanneer de overheid het primaat op een publiek doel heeft dan zal zij niet op die maatschappelijke krachten vertrouwen maar strenge regelgeving opstellen en toezien op de naleving daarvan. Dan moet bij voorkeur ook gehandeld worden in de geest van de wet. Waar dat niet kan moet de beslissing aan de minister gelaten worden.

De overheid of degene die namens haar toezicht houdt is in de 'primaat' gedachte de controleur en actor om afwijkingen van de regels te signaleren. Dat kun je niet aan de ondertoezichtgestelde overlaten, ongeacht hoe uitgebreid die rapporteert en verantwoordt. De normen waaraan getoetst wordt zijn meestal complex en impliciet. Volgens het NPM gedachtegoed wordt gestreefd naar het formuleren van meetbare resultaten, ook al zijn die een afgeleide van het publieke doel⁵⁵. Wanneer niet aan de norm wordt voldaan, is de minister verantwoordelijk voor het nemen van sancties.

In de stroming die de overheid als partner in het maatschappelijk spel beschouwt, gelden ook de conventies van dat maatschappelijk spel rondom het naleven van contracten en het monitoren of de resultaten die in het contract beloofd zijn ook worden geleverd. Hoe die toetsing plaatsvindt zal per geval verschillend zijn.

7.10 Samenvatting

In dit hoofdstuk is publieke governance vanuit praktisch, wettelijk en theoretisch perspectief geanalyseerd. Er is behoefte aan publieke governance als de overheid een maatschappelijk belang tot haar verantwoordelijkheid maakt. De overheid zal dan moeten handelen om dat publieke belang te behartigen. Publieke governance heeft twee kanten, de verantwoording van de overheid naar de burger over de wijze waarop ze het publieke belang behartigt en de sturing van de overheid om publieke doelen te laten bereiken. Dat laatste is in het kader van deze studie van belang. Als de overheid een publiek belang wil borgen, dan zal zij doelen moeten stellen en sturing moeten (laten) geven aan uitvoeringsprocessen om die doelen te bereiken.

Dit lijkt eenvoudiger dan het is. Publieke belangen zijn vaak onduidelijk, tweeslachtig en onderling strijdig. Het formuleren van een helder publiek doel wordt daardoor moeilijk en het ontbreekt vaak aan een vertaling naar concreet te verwachten resultaten. Door de combinatie van verschillende publieke belangen en de politieke wisselingen in de keuzen daarin is resultaatdefinitie extra lastig.

In het denken over publieke governance zijn zowel in de theorie als in de praktijk twee stromingen te onderscheiden. De ene stroming gaat uit van het primaat van de overheid. De overheid bepaalt zelf welke belangen publiek zijn en neemt daar dan ook de volledige verantwoordelijkheid voor. Er is een directe principaal-agent relatie tussen het landsbestuur en de uitvoerder van een publieke taak. De overheid moet dus over instrumenten beschikken om het realiseren van het publieke doel af te dwingen. Hiërarchische sturing, controle en het inperken van het veronderstelde eigenbelang van de uitvoerder staan daarbij centraal. Wantrouwen in de uitvoerder, reductie van diens macht en versterking van overheidsmacht liggen ten grondslag aan het instrumentarium.

De andere stroming gaat er van uit dat de overheid één van de partners is in het maatschappelijk spel en dat deze opereert in verschillende netwerken om publieke belangen te realiseren. De overheid legt geen dictaat op maar onderhandelt met alle betrokken partijen om een deel van het publieke belang gerealiseerd te krijgen. De overheid krijgt het meeste voor elkaar door te zorgen dat er gemeenschappelijke inzichten ontstaan over de richting waarin gezamenlijk ontwikkeld gaat worden. De overheid moet bereid zijn samen te werken en tot overeenstemming met andere partijen te komen. Zij zal anderen moeten vertrouwen. Zij heeft beperkte macht en kan haar publieke doelen dus ook maar gedeeltelijk realiseren.

In de vertaling van de visie naar de inrichting van publieke governance doet zich een vergelijkbaar dilemma voor als bij private governance. De tweede stroming beschrijft de complexe werkelijkheid beter dan de eerste stroming, maar biedt door die complexiteit niet zo veel praktische governance instrumenten. Door uit te gaan van het primaat van de overheid en de principaal agent relatie wordt het mogelijk om een duidelijk governance instrumentarium te ontwikkelen. Dat instrumentarium omvat sturing en beheersing door de overheid, toezicht en controle op de uitvoering en verantwoording door de uitvoerders. Dit instrumentarium heeft echter niet het beoogde effect omdat de werkelijkheid complexer is.

De overheid heeft niet als enige zeggenschap en invloed op de beleidsvorming en de beleidsrealisatie. Deze wordt door allerlei maatschappelijke partijen beïnvloed. Er worden compromissen gesloten en er wordt met belangen rekening gehouden. Incidenten en publiciteit beïnvloeden de publieke afwegingen. Internationale spelregels perken het nationale overheidsgezag in.

In veel sectoren, waaronder de gezondheidszorg, zijn privaatrechtelijke organisaties met private doelen en private afnemers actief die worden geacht daarnaast publieke belangen te dienen. Deze organisaties, die soms hybride organisaties genoemd worden, moeten zich richten op zowel de publieke belangen als de private belangen van de eigen organisatie, van de cliënten, de medewerkers, de zorgverzekeraar en andere private stakeholders. Het dienen van het publieke belang staat niet voorop. Er is geen directe gezagsrelatie tussen de overheid en die organisaties.

Dat maakt het publieke governance instrumentarium dat gebruikt wordt voor ambtelijke diensten onbruikbaar voor het samenspel tussen de overheid en private organisaties met een publieke taak.

Er zijn de laatste jaren veel rapporten verschenen, die aanzetten geven tot oplossing van dit probleem. Die gaan bijna allemaal uit van terugtrekken van de overheid op kerntaken en handelen van de overheid volgens de tweede school. Dichotomieën markt-overheid of publiek-privaat werken niet en richten volgens de WRR (2004) zelfs schade aan. De overheid blijft zelf echter sterk leunen op haar eigen primaat en op de mogelijkheid te sturen, te controleren en publieke doelen af te dwingen. Besturen van private organisaties die ook publiek belang dienen moeten een weg vinden om met dit complexe spanningsveld om te gaan.

8

Professionals governance

8.1 Inleiding

Zorg en behandeling wordt voor een groot deel geleverd door professionals. 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.

Veel literatuur en studies over professionaliteit zijn gebaseerd op de inrichting van het professionele werk van medici. Een beschrijving van professionals governance wordt daardoor in meerderheid een beschrijving van de governance van de medische beroepsgroep. Professionals governance van andere beroepsgroepen is in de huidige tijd deels van de medische beroepsgroep afgeleid of daarop gebaseerd.

Een professional heeft een basisopleiding genoten en een theoretische en praktische vervolgopleiding binnen de eigen professie. De beroepsgroep bepaalt het opleidingstraject en de kwalificaties die iemand moet hebben om als zelfstandige professional het vak te mogen uitoefenen. Binnen de beroepsgroep worden ervaren professionals (opleiders) aangewezen om hun toekomstige beroepsgenoten het vak te leren. De beroepsgroep zelf bepaalt de professionele standaarden volgens welke gewerkt wordt. Men toetst elkaar daar op en heeft eigen sancties om de kwaliteit van de professie hoog te houden. Dat soort sancties zijn onder andere eigen tuchtrecht en de mogelijkheid om iemand onbekwaam te verklaren voor de uitoefening van het vak. De beroepsgroep beslist zelf over de toelating van toekomstige vakgenoten tot de opleiding en soms ook over de vestiging van een professionele praktijk. De beroepsgroep bepaalt zelf de beschikbare professionele capaciteit en daarmee direct de inkomensmogelijkheden van de zittende professionals. De beroepsgroep heeft het monopolie op de uitoefening van de professie.

De professionals moeten zich verenigen om het beroep in stand te houden, hun belangen te behartigen en de onderlinge professionele sturing te regelen. Er is bestuur, toezicht en verantwoording nodig. Er is sprake van governance in de professionele groep, *professionals governance*.

Professionals governance is er in de eerste plaats om de belangen van de professionals te dienen. Professionals governance moet er toe leiden dat de beroepsgroep zijn positie in stand houdt. Dat kan alleen als de maatschappij voldoende vertrouwen heeft in de zelf-

regulering van de beroepsgroep en professionals governance niet leidt tot kwalitatieve of kwantitatieve problemen rond het vak. Alleen dan blijft het monopolie maatschappelijk aanvaardbaar.

Keuzen binnen de professe kunnen belangrijke effecten hebben voor de maatschappij en voor de organisaties waar professionals hun vak uitoefenen. Professionals governance staat daarmee niet op zich maar is verbonden met de besturing van de maatschappij en van zorgorganisaties.

8.2 Behoeftte aan professionals governance

Goed opgeleide ambachtlieden zoals schilders¹, steenhouwers, wevers, smeden, timmerlieden enzovoorts waren beroepsbeoefenaren die we nu als professionals aanduiden. Zij waren lid van de Gilden² die in de middeleeuwen zijn ontstaan. Gilden hadden alle bevoegdheden om de professe in stand te houden. Zij hadden de macht om vaklieden toe te laten en op te leiden. Zij kregen van de lokale overheid daartoe het monopolie. Zij stelden eisen aan vakbekwaamheid en formuleerden ‘protocollen’ voor de uitoefening van het vak.

In de huidige tijd is het begrip professional van toepassing op hoog opgeleide kenniswerkers, zoals medici, advocaten, registeraccountants en notarissen. Zij hebben allen een vervolgoopleiding van de eigen professe genoten. Ze zijn onderhevig aan de discipline van hun eigen beroepsgroep die ook hun toelating tot het vak bepaalt³. Hun maatschappelijke positie wordt bepaald door hun inschrijving als lid van de beroepsgroep. Een essentieel kenmerk van deze professionals is dat ze in de uitoefening van hun beroep zelf de beslissing nemen in individuele gevallen zonder last en ruggespraak, medeverantwoordelijkheid of aanwijzing van anderen⁴. Deze beslissingsbevoegdheid wordt aangeduid met het begrip ‘professionele autonomie’.

Professionals governance is in principe aan de orde voor alle beroepen die de Wet BIG genoemd worden. Zij worden immers verplicht zich te registreren en voor die registratie is aantoonbare vakbekwaamheid nodig. De beroepsgroep zorgt deels zelf voor die vakbekwaamheid. Voor sommige beroepen (zoals verpleegkundigen en fysiotherapeuten) is er een combinatie van zelfstandige besluiten en handelen op aanwijzing van een arts. Voor het zelfstandig handelen kunnen deze zorgverleners als professional beschouwd worden. Al deze groepen moderne professionals hebben behoefte aan vormen van professionals governance.

Professionals governance is tweerichting verkeer. De beroepsgroep heeft er behoefte aan om het beroep in stand te houden. Hij moet dus zorgen dat individuele professionals binnen de groep blijven en zich volgens de groepsnormen gedragen. De individuele professional is voor zijn beroepsuitoefening afhankelijk van de bescherming die de groep biedt. Hij oefent invloed uit op de keuzen van de groep.

De professionals verenigen zich en stellen een bestuur in om hun belangen te behartigen. Dat bestuur moet zich verantwoorden en er zal namens de leden toezicht op dat bestuur gehouden worden. Hier gelden de normale private governance spelregels voor een vereniging.

Omgekeerd geven de leden het bestuur de bevoegdheid om macht over hen uit te oefenen. De individuele beroepsbeoefenaar wordt verplicht te voldoen aan de standaarden van zijn beroepsgroep. Hij moet zich bijscholen en daarover verantwoording afleggen⁵. Hij staat toezicht op zijn vakuitoefening toe⁶ en hij onderwerpt zich aan de sancties van zijn beroepsgroep. Alleen op die wijze blijft hij gekwalificeerd voor het vak en kan hij zijn inschrijving in het openbare register van professionals behouden.

Professionals governance dient de belangen van de professionals. Die doelen zijn onder andere:

- instandhouding en ontwikkeling van het vak,
- bewaken van de kwaliteit van het vak,
- opleiden van nieuwe vakgenoten,
- overdragen van kennis,
- beheersen van de beschikbare capaciteit van de professie,
- handhaven van de status van het vak,
- werken volgens de meest recente stand van de wetenschap,
- standaardiseren van de beroepsuitoefening⁷,
- verwijderen van slechte vakgenoten uit het vak,
- garanderen van de kwaliteit naar de maatschappij,
- door dit alles verzekerd zijn van voldoende bestaanszekerheid voor alle (toegelaten) vakgenoten.

Goede professionals governance voorziet in een maatschappelijke behoefte. Dan zorgt de beroepsgroep ervoor dat er voldoende professionals zijn en dat de beroepsbeoefenaars bekwaam en bevoegd zijn. Het lidmaatschap van de beroepsgroep is voor de maatschappij een garantie voor kwaliteit en stelt de burger in staat onderscheid te maken tussen vakmensen en beunhazen/kwakzalvers.

De vooronderstelling is dat alleen vakgenoten kunnen bepalen wat een goede vakuitoefening is. Derhalve moet je het ook aan die vakmensen overlaten om het vak inhoud te geven en te zorgen voor kwalitatief en kwantitatief voldoende vakgenoten en voor een keurmerk dat betekenis heeft in het maatschappelijk verkeer. Dat vereist wel enige vorm van toetsing aan het maatschappelijk belang. Het belang van de beroepsgroep loopt niet altijd parallel met het maatschappelijk belang. Dat speelt bijvoorbeeld als de beroepsgroep te weinig nieuwe professionals opleidt en daardoor schaarste creëert, waardoor er maatschappelijke problemen zoals wachtlijsten ontstaan.

Een tweede vooronderstelling is dat professionals over het algemeen meer gedreven worden door hun vakuitoefening dan door inkomensmotieven en dat zij er gezamenlijk meer belang bij hebben op lange termijn de kwaliteit van het vak en de status van de beroepsbeoefenaar hoog te houden dan op korte termijn financieel meer gewin te hebben⁸. Die aanname is niet altijd juist gebleken, maar blijft wel in stand.

De overheid sanctioneert en faciliteert het instandhouden van een governance systeem voor professionals waar zij weinig grip op heeft. Zij vertrouwt op de professionals. Wanneer dat vertrouwen geschaad wordt, ontstaat de wens tot meer overheidsbemoediging en treedt er een verschuiving op naar publieke governance.

Professionele zelfregulering kan alleen maar als aan de beroepsgroep bepaalde eisen gesteld worden en als de registratie als professional door de overheid wordt erkend. Niet alleen de professionals zelf, maar ook de overheid en de burger hebben dus behoefte aan goede governance van een beroepsgroep.

8.3 De wettelijke grondslag voor professionals governance

Voor iedere professie is het wettelijk kader anders. We beperken ons tot de wettelijke grondslag voor professionals governance in de Nederlandse gezondheidszorg.

De basisopleidingen op HBO en academisch niveau zijn geregeld in de Wet op het hoger Onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (1992). De vervolgopleiding en de positie van zorgprofessionals worden in belangrijke mate bepaald door Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). De Wet BIG is vanaf 1993 in fasen in werking getreden en vervangt tenminste 12 oude regelingen voor verschillende beroepsgroepen. De wet is van toepassing op artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen. De zorgverleners van deze disciplines, die aan de wettelijk gestelde voorwaarden voldoen, worden ingeschreven in een openbaar register dat door iedereen geraadpleegd kan worden. Het register is ingesteld en wordt beheerd door de minister van VWS⁹. De minister beslist over de inschrijving van een professional in het register op advies van de betreffende beroepsvereniging. Besluiten over inschrijving, schorsing of doorhaling van een persoon in het register worden in de Staatscourant gepubliceerd.

De inschrijving in het register is bepalend voor de bevoegdheid van een persoon om het betreffende beroep uit te oefenen. Om ingeschreven te kunnen worden moet iemand een getuigschrift hebben dat hij aan de opleidingseisen voldoet. Deze opleidingseisen worden per beroep (of specialisme daarbinnen) bij Algemene Maatregel van Bestuur door de minister vastgesteld.

De zorgprofessies zijn in de Wet BIG limitatief beschreven en per professie is de bevoegdheid vastgelegd. Artsen zijn bevoegd tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, tandartsen op het gebied van de tandheelkunst, apothekers op het gebied van de artsenijsbereidkunst, zonder dat nader omschreven is wat ieder gebied inhoudt¹⁰. Voor andere beroepen wordt in de Wet BIG wel op hoofdlijnen beschreven wat het vak inhoudt en wordt de mogelijkheid geschapen om bij algemene maatregel van bestuur dat nader te beschrijven. Voor fysiotherapeuten is de professionele verantwoordelijkheid ingeperkt omdat verwijzing van een arts nodig is bij 'handelingen op het gebied van de geneeskunst'. Bij verpleegkundigen wordt de professionaliteit onderscheiden in eigen verantwoordelijkheid (voor observatie, begeleiding, verpleging en verzorging) en handelen in opdracht van een andere beroepsbeoefenaar (meestal de arts).

De wet voorziet in verdere specialisatie binnen een beroep. De minister kan bepalen dat zo'n specialisme een eigen beschermde titel krijgt. Dat geldt bijvoorbeeld thans voor de verschillende medische specialismen en voor huisarts, verpleeghuisarts en arts verstandelijk gehandicapten.

Een – naar het oordeel van de minister – voldoende representatieve vereniging van beroepsbeoefenaren mag een regeling voor opleiding tot specialist opstellen. Er moet dan een orgaan worden opgericht dat de regeling en de opleidingseisen tot specialist opstelt. Dat orgaan moet bestaan uit opleiders en beroepsbeoefenaren en een adviserend lid dat door de minister wordt aangewezen.

De wet regelt dat iemand na zijn opleiding en erkenning tot arts zich kan specialiseren tot bijvoorbeeld chirurg door de daarvoor vastgestelde opleiding te volgen. Daarna kan hij in het register worden ingeschreven als chirurg, maar die inschrijving vervalt als hij niet voldoende als chirurg werkzaam is of niet voldoende bijscholing volgt.

De Wet BIG regelt het tuchtrecht voor beroepsbeoefenaren die onder de wet vallen. Het tuchtrecht wordt uitgeoefend door regionale tuchtcolleges. De colleges zijn samengesteld uit juristen en professionals van de verschillende beroepen, die door de minister worden benoemd. De tuchtcolleges kunnen verschillende sancties opleggen, variërend van een waarschuwing tot ontzegging van de bevoegdheid het vak uit te oefenen¹¹. Tegen zo'n besluit kan in beroep worden gegaan bij het centraal tuchtcollege. Tegen een uitspraak van het centraal tuchtcollege kan alleen in cassatie gegaan worden bij de Hoge Raad.

Aan een arts kan de bevoegdheid tot uitoefening van het vak worden ontnomen bij gebleken ongeschiktheid¹² op voordracht van een inspecteur van de IGZ. De beslissing wordt genomen door een college van medisch toezicht, dat eveneens door de minister is benoemd. Beroep is mogelijk bij het centraal tuchtcollege.

Verder regelt de wet de kwaliteit van de beroepsuitoefening voor zelfstandig werkende professionals¹³, de toelating van buitenlandse professionals, de verantwoordelijkheid van de minister voor toepassing van Europese Richtlijnen en het toezicht door de inspecteurs van de IGZ op de naleving van de wet BIG en op de opleidingen. De Wet BIG is in 2002 geëvalueerd (ZonMW, 2002). De onderzoekers concluderen dat de Wet BIG bijgedragen heeft aan verbetering van de beroepsuitoefening, maar dat er in de uitvoering van de wet nog verbeteringen mogelijk zijn. De Wet BIG voorziet nog niet in het ontstaan van nieuwe beroepen en de aanpassingen in de opleidingen in de zorg.

De Wet BIG regelt veel zaken die van belang zijn voor een goede professionals governance. Bij dat alles is het principe dat de beroepsgroep zelf actief is, maar dat de besluiten door de minister genomen worden. Er is dus een solide verbinding van de professionals governance met de publieke governance.

Er zijn geen andere wetten, die specifiek gericht zijn op professionals governance. Deelaspecten komen in sommige wetten aan de orde. In Boek 7 van het BW wordt de relatie tussen de zorgprofessional en zijn cliënt geregeld. Er is sprake van een individuele overeenkomst, die aan allerlei zorgvuldigheidseisen moet voldoen. De overeenkomst regardeert zowel de individuele professional als de zorgorganisatie, waarmee hij verbonden is.

In de BOPZ vervult de 'geneesheer-directeur' een belangrijke rol bij de procedures rondom de gedwongen opname van psychiatrische patiënten en het gebruik van vrijheids-

beperkende maatregelen. De geneesheer-directeur is een psychiater, die hiërarchische bevoegdheden heeft ten opzichte van de andere professionals. Hij kan hun oordeel (laten) toetsen en overrulen in het belang van de patiënt. Ter bescherming van de patiënt kan een, met gezag beklede, arts dus ingrijpen in de professionele autonomie van een andere arts.

In de wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek wordt de verantwoordelijkheid voor de geneeskundige behandeling in het academisch ziekenhuis bij het medisch afdelingshoofd gelegd en niet bij de afzonderlijke medisch specialisten. Uit de wet is niet op te maken of het afdelingshoofd de verantwoordelijkheid en bevoegdheid heeft om in te grijpen in een professionele beslissing van de medisch specialisten verbonden aan zijn afdeling. Wel is vastgelegd dat wetenschappelijk personeel belast met patiëntenzorg een aanstelling bij het academisch ziekenhuis behoeft. Volgens de wet is er een stafconvent, dat tenminste bestaat uit de afdelingshoofden. Het stafconvent werkt mee aan het bestuur van het academisch ziekenhuis.

De vergelijkbare rol van (het bestuur van) de medische staf in algemene ziekenhuizen is niet wettelijk geregeld.

8.4 Professionals governance in de praktijk

8.4.1 Beroepsverenigingen

Beroepsverenigingen spelen een belangrijke rol in professionals governance. De meerderheid van de professionals is lid van de beroepsverenigingen. Voor de professie hebben deze verenigingen twee belangrijke doelen; de inhoud en kwaliteit van het vak en de belangenbehartiging van de beroepsbeoefenaren. Bij sommige professies¹⁴ zijn beide doelen in één vereniging ondergebracht. Bij andere professies zijn er twee aparte verenigingen. Medici hebben vakontwikkeling in afzonderlijke verenigingen ondergebracht. De wetenschappelijke verenigingen richten zich op opleiding van professionals en vakinhoud. OMS, LAD en LHV richten zich op belangenbehartiging. Belangenbehartiging en vakinhoud komen weer samen in de KNMG, de federatie van beide soorten verenigingen.

De governance structuur van de wetenschappelijke verenigingen is in hoofdlijnen hetzelfde. Er is een vereniging van vakgenoten van één discipline, die de inhoud van de professie en het curriculum van de opleiding tot professional bepaalt. De vereniging verleent licentie aan ervaren vakgenoten (de opleiders) om anderen het vak te leren en stelt daarbij eisen aan de inhoud van die opleiding en de omgeving waarin dat gebeurt. De vereniging kan regels en protocollen voor de beroepsuitoefening opstellen, die bindend zijn voor de individuele professional. De vereniging kan eventueel toezien op de naleving van de protocollen en sancties treffen als een individuele beroepsbeoefenaar niet volgens die protocollen handelt¹⁵.

De verenigingen voor belangenbehartiging hebben getrapte invloed van de leden op het bestuur van de vereniging.

Het handelen van de beroepsorganisatie wordt steeds minder autonoom. Bepaalde keuzen van de beroepsorganisatie behoeven goedkeuring van de verantwoordelijke minister. Dat geldt onder andere voor het opleidingscurriculum, de inschrijving van beroepsbeoefenaren in een openbaar register en de bescherming van de titel. Het principe in de Wet BIG is dat de beroepsgroep de inhoud bepaalt, maar dat de minister goedkeurt. Er ligt dus een directe relatie tussen professionals governance en publieke governance. De vereniging krijgt een rol in het publieke verkeer en krijgt een publieke taak.

De rol in het publieke verkeer, die te maken heeft met de inhoud van de professe, verdraagt zich steeds minder met die van belangenbehartiger. Naar het oordeel van de NMA wordt het monopolie op de inhoud van het beroep¹⁶ een kartel als het samengaat met belangenbehartiging. De NMA wenst dan ook dat belangenbehartiging en beroepsontwikkeling uit elkaar gehaald wordt.

Professionals governance is vanouds gebaseerd op eenheid in de groep. Dat kan in een monopolie situatie waarin de markt is beschermd en iedereen zich volgens de codes gedraagt. Dat geeft ook maatschappelijk aanzien, wat weer het monopolie rechtvaardigt. Door het loslaten van deze principes en het ontwikkelen van concurrentie wordt de samenhang in het professionele systeem doorbroken. In de gezondheidszorg is vooralsnog van concurrentie tussen professionals geen sprake. Er is al jaren een schaarste, die bewust door overheidsbeleid is gecreëerd en in een aantal gevallen door de beroepsgroep zelf versterkt¹⁷.

Het overheidsbeleid is er op gericht professionals zo veel mogelijk aan marktwerking te onderwerpen. Bij het notariaat zijn de vaste tarieven en de beperking van het vestigingsbeleid afgeschaft. Advocaten moeten marktwerking toestaan ook van beroepsgenoten, die geen lid zijn van de Orde van Advocaten. Bij registeraccountants was het al gebruikelijk om enerzijds met elkaar de kwaliteit van het vak hoog te houden en anderzijds met elkaar te concurreren. In de gezondheidszorg wordt marktwerking ingevoerd. Ook tussen professionals onderling wordt concurrentie om de patiënt wenselijk geacht. Daar waar voldoende professionals zijn, zoals in de fysiotherapie, vindt concurrentie al plaats.

Het maatschappelijk vertrouwen op de interne regelgeving en controle daarop van een beroepsgroep wordt minder. De beroepsgroep¹⁸ blijkt niet altijd in staat met interne professionele regelsystemen de waarde en de waardigheid van het vak te handhaven. Collega-professionals bezondigen zich aan dingen die door de 'peers' niet gecorrigeerd kunnen worden en die schade aan het aanzien van het beroep doen. Beroepsorganisaties van professionals zijn vanouds niet gericht op externe verantwoording over wat zich binnen hun vereniging afspeelt. De geslotenheid van de beroepsorganisatie draagt bij aan het behoud van het monopolie. Zolang het goed gaat of de professionele positie onaantastbaar is, wordt dat maatschappelijk geaccepteerd en gewaardeerd.

Thans is verantwoording een normaal maatschappelijk verschijnsel en wordt van professionals en van hun beroepsgroep inzicht in en verantwoording over het handelen gevraagd. Wanneer zich excessen voordoen en deze door professionele zelfregulering niet voorkomen kunnen worden, grijpt de overheid in en neemt het opstellen van regel-

geving en het stellen van eisen aan de beroepsuitoefening over. De 'licentie om te handelen'¹⁹ van de beroepsgroep wordt door de maatschappij gedeeltelijk ingetrokken.

In veel beroepen wordt het alleenrecht op kennis van de professie doorbroken. Het monopolie van professionals op informatie over het vak wordt aangetast door internet. Second opinions worden gewoon. Belangengroeperingen van gebruikers organiseren hun eigen deskundigheid die als tegenwicht kan dienen tegen de kennis van de professional. Het is niet meer vanzelfsprekend dat je als beroepsbeoefenaar binnen het professionele systeem blijft of je daaraan conformeert. Steeds meer professionele taken worden routine en kunnen door anders opgeleide personen worden uitgevoerd, zonder dat het oog van de meester nodig is. De beroepsgroepen en hun beroepsverenigingen staan dus van verschillende kanten onder druk.

8.4.2 *De opleiding tot professional*

De opleiding tot professional heeft in veel vakken dezelfde opbouw. Na een academische of HBO opleiding volgt de aspirant professional een beroepsopleiding onder verantwoordelijkheid van de beroepsgroep.

Iemand die de artsenprofessie wil gaan uitoefenen, studeert eerst medicijnen aan één van de acht Universitaire Medische Centra en doet daarna zijn co-assistentenschappen bij ziekenhuizen die met die UMC's geaffilieerd zijn. De verantwoordelijkheid voor de academische opleiding en de co-schappen ligt bij de universiteiten. De onderwijswetgeving reguleert deze opleiding, de eindtermen staan vast. Als iemand de studie medicijnen heeft afgerond en zijn co-schappen heeft gelopen, dan ontvangt hij zijn artsdiploma. Hij is dan basisarts. Hij is bevoegd de geneeskunst uit te oefenen²⁰, maar heeft weinig mogelijkheden zelfstandig het vak uit te oefenen. Een vervolgopleiding tot huisarts, verpleeghuisarts, arts verstandelijk gehandicapten, sociaal geneeskundige of medisch specialist is daarvoor nodig.

Deze vervolgopleiding²¹ is zaak voor de professionals zelf. Ieder specialisme²² heeft zijn eigen 'wetenschappelijke vereniging', die verantwoordelijk is voor de inhoud en de realisatie van de opleiding. De Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) is bijvoorbeeld de wetenschappelijke vereniging van vrouwenartsen. De NVOG benoemt uit zijn midden een concilium van ervaren opleiders, die het curriculum voor de opleiding tot gynaecoloog opstelt. Het concilium formuleert de eisen waaraan een maatschap/vakgroep gynaecologen²³ en haar opleider moet voldoen om arts-assistenten op te leiden tot gynaecoloog. De bevoegdheid tot opleiden wordt toegekend na een onderzoek door vakgenoten, de visitatie. Deze visitatie wordt om de vijf jaar herhaald. Als een maatschap niet meer aan de eisen voldoet, wordt de bevoegdheid tot opleiden afgenomen.

Een basisarts die de opleiding succesvol doorlopen heeft, ontvangt een getuigschrift dat hem kwalificeert om als gynaecoloog ingeschreven te worden in het BIG-register en zelfstandig het professionele specialisme gynaecologie/obstetrie uit te oefenen. Van de medisch specialist wordt verwacht dat hij zijn vak met voldoende frequentie uitoefent en zich regelmatig bijschoolt, zodat hij vakbekwaam blijft. Beide zijn een voorwaarde

voor continuering van de inschrijving in het BIG register. De wetenschappelijke vereniging formuleert de minimale vereiste vakuitoefening²⁴ en de omvang en de aard van de bijscholing. De bijscholing wordt door de wetenschappelijke vereniging georganiseerd.

De wetenschappelijke verenigingen zijn verenigd in de KNMG. Deze heeft een aantal colleges ingesteld die de voorstellen van de wetenschappelijke verenigingen bekrachtigt. Dat zijn:

- het Centraal College Medisch Specialismen,
- het College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde²⁵,
- het College voor Sociaal Geneeskunde.

Ieder curriculum wordt door het betreffende College getoetst. Deze neemt een besluit dat goedkeuring van de minister behoeft. Registratiecommissies zien toe op de uitvoering. Deze zijn eveneens ingesteld door de KNMG en aangewezen als ZBO. Er is een bezwarencommissie die bezwaren tegen besluiten van colleges en registratiecommissies behandelt. Dit is een eigen orgaan van de KNMG waar de minister geen bemoeienis mee heeft. De positie van colleges en registratiecommissies is onduidelijk. Ze zijn ingesteld door een privaatrechtelijke vereniging en moeten dus in het privaatrecht kunnen opereren. Ze zijn echter aangewezen als ZBO en hebben daardoor een publiekrechtelijke taak gekregen, waarin ze onafhankelijk van de KNMG moeten kunnen besluiten. De minister wijst een persoon aan als adviserend lid.

Voor tandartsen en apothekers gelden in hoofdlijnen vergelijkbare spelregels als voor artsen. Verpleegkundigen worden opgeleid in het reguliere onderwijs op MBO of HBO niveau en volgen hun vervolgopleidingen ook in het onderwijs. De beroepsgroep heeft geen eigen vervolgopleiding en er is niet één beroepsvereniging die de kwaliteit van het vak bewaakt en de belangen van verpleegkundigen behartigt. Verloskundigen, psychologen, fysiotherapeuten en psychotherapeuten hebben wel hun eigen verenigingen, die zich meer richten op belangenbehartiging dan vakontwikkeling. Ze dragen bij aan de ontmoeting van vakgenoten en professionele uitwisseling en organiseren vormen van bijscholing. Anders dan artsen, tandartsen en apothekers hebben deze groepen niet de mogelijkheid tot een registratie als specialist binnen hun vakgebied.

In opdracht van VWS en OCW heeft een projectorganisatie, waarin vertegenwoordigers vanuit de gezondheidszorg en het onderwijs deelnamen, onderzocht hoe de medische opleiding er in de toekomst uit zal zien. Het eindrapport *'De arts van straks. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm'* (Meijboom-de Jong, 2002) is in oktober 2002 door de KNMG aangeboden aan de ministers van VWS en OCW. Dit rapport vormt de basis voor veranderingen in het onderwijs en in de opleiding en bijscholing. De veranderingen betreffen niet alleen de artsenopleiding. Ook andere beroepen in de gezondheidszorg zijn aan verandering onderhevig. Er ontstaan steeds meer tussenvormen, zoals gespecialiseerde verpleegkundigen, nurse practitioners en physician assistants, die een aantal verantwoordelijkheden van de arts kunnen overnemen en hun eigen professionele verantwoordelijkheden en bevoegdheden hebben.

Een door de staatssecretarissen van OCW en VWS ingestelde commissie heeft in juli 2003 een rapport uitgebracht, dat zich in bredere zin uitspreekt over de opleidingen in de zorg (commissie Legrand, 2003). Bij brief van 31 oktober 2003 (VWS, 2003f) aan de Tweede Kamer heeft de minister van VWS zijn standpunt over dit rapport, het rapport over de arts van straks, de evaluatie van de wet BIG (ZonMW, 2002) en het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' (RVZ, 2003) bepaald. De minister heeft besloten om een stuurgroep in te stellen. Die stuurgroep heeft tot taak om in een periode van vijf jaar, samen met alle betrokken partijen, een geheel nieuwe structuur voor een samenhangend stelsel van beroepen en opleidingen in de zorg op te zetten. Op 1 april 2004 heeft de minister de stuurgroep MOBG (Modernisering van de Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg) ingesteld. De stuurgroep MOBG heeft een actieplan opgesteld om te komen tot modernisering van de medische vervolgoopleidingen (MOBG, 2005a) en eind 2005 (MOBG, 2005b) de minister geadviseerd om een publiekrechtelijk College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) in te stellen. Het CBOG krijgt als doelstelling

het bevorderen en bewaken van een optimale personele bezetting in de gezondheidszorg, zowel kwalitatief als kwantitatief, en het aansturen van de instrumenten om dat te realiseren.

Het CBOG wordt onder andere verantwoordelijk voor

- het bewaken en tijdig vernieuwen van de beroepenstructuur,
- het opstellen van gefundeerde prognoses en verdeling van opleidingscapaciteit,
- het definiëren van beroepen en competentieprofielen en het waarborgen van goede opleidingen met voldoende capaciteit.

De bekostiging en de registratie van beroepsbeoefenaars blijven buiten het CBOG. Het CBOG moet een aantal taken overnemen van de minister, maar vooral van veldpartijen. De verantwoordelijkheden van de KNMG²⁶ en haar colleges, zoals beschreven in een van de vorige alinea's, moeten volgens het advies naar het CBOG gaan. De veldpartijen zullen deelnemen aan de kamers van het CBOG, maar het krijgt een onafhankelijk bestuur dat door de minister wordt benoemd en aan de minister verantwoording aflegt. De verantwoordelijkheid voor de planning en de (inhoud van) de opleiding van professionals wordt volgens het advies dus onttrokken aan professionals governance en onderdeel van publieke governance. De ministerraad heeft in hoofdlijnen ingestemd met het advies. Het CBOG moet in 2006 operationeel worden. De gedachte is dat het CBOG tot taak krijgt om te adviseren over de benodigde opleidingscapaciteit, toewijzing van opleidingsplaatsen en de implementatie en structuurveranderingen van beroepen/opleidingen. De juridische mogelijkheden en de bereidheid van partijen om andere taken over te dragen, wordt nog onderzocht²⁷.

8.4.3 Capaciteitsplanning

In veel professies heeft de beroepsgroep zelf de capaciteitsplanning in de hand. De beroepsvereniging bepaalt hoeveel personen jaarlijks in opleiding genomen worden.

Sommige beroepsgroepen²⁸ bepalen ook het aantal praktijken dat mag worden uitgeoefend en daarmee de vestigingsmogelijkheden van nieuwe professionals. Daarmee kan de totale capaciteit worden beperkt, waardoor de zittende professionals meer werk hebben en meer inkomen kunnen genereren. De beroepsgroep kan de individuele keuze van een professional om te stoppen of minder te gaan werken, niet beïnvloeden. Er kan dus niet gestuurd worden op de uitstroom. Wanneer de uitstroom groter is dan verwacht, dan ontstaat een tekort aan professionals, dat pas na enige jaren kan worden opgelost door grotere instroom in de opleiding.

De professe kan de sturing van de capaciteit alleen in eigen hand houden, als deze geen grote negatieve maatschappelijke consequenties heeft, bijvoorbeeld lange wachttijden of een tekort aan professionals om een voldoende landelijke dekking te garanderen. Als zo'n situatie ontstaat, zal de maatschappelijke wens ontstaan om invloed te hebben op de capaciteitsplanning.

De beschikbaarheid van artsen is lange tijd aan twee capaciteitsinperkingen onderhevig geweest. Voor de toelating tot de academische opleiding medicijnen gold een numerus fixus ingesteld door het ministerie van OCW. Hierdoor werd de instroom van basisartsen beperkt. Sinds enige jaren is de numerus fixus verzwakt en is de studiec capaciteit fors uitgebreid.

Op de instroom van basisartsen, die bepalend is voor de beschikbaarheid van kandidaten voor een vervolgopleiding, hadden de professionals geen invloed. Op de toelating van basisartsen tot een opleiding wel. Heel lang heeft de beroepsgroep zelf kunnen bepalen hoeveel arts-assistenten jaarlijks in opleiding genomen worden en aanvullende eisen kunnen stellen aan de persoon, die in opleiding wil komen²⁹. Daarmee bepaalde de beroepsgroep zelf hoeveel collegae er in de toekomst bij konden komen.

Door deze beide capaciteitsbeperkingen samen en door andere keuzen van professionals zelf³⁰ dreigde er een tekort aan artsen. Dat was reden voor de toenmalige minister Borst om de capaciteitsplanning niet alleen aan de beroepsgroep over te laten. Op haar initiatief is in mei 1999 het 'Capaciteitsorgaan' opgericht. Het is een samenwerkingsverband van de medische beroepsgroepen, de onderwijsinstellingen en de verzekeraars. Dit samenwerkingsverband is een stichting die door VWS wordt gefinancierd, maar waarover VWS geen zeggenschap heeft en waarvoor VWS geen verantwoordelijkheid draagt. Het Capaciteitsorgaan brengt een capaciteitsplan uit met daarin adviezen over de in te zetten capaciteit in de komende jaren. Dat advies wordt uitgebracht aan de minister van VWS. Het Capaciteitsorgaan concludeerde in zijn eerste jaren dat de capaciteit fors moet worden uitgebreid om na 2010 geen tekort te krijgen. Onduidelijk is wie er verantwoordelijk is voor een besluit om meer artsen tot specialist op te leiden. Ondanks de instelling van het capaciteitsorgaan is dat nog steeds formeel de bevoegdheid van de wetenschappelijke vereniging.

Onderdeel van de voorstellen is om te komen tot een opleidingfonds van waaruit de opleidingen gefinancierd zullen worden. Het opleidingfonds komt onder directe verantwoordelijkheid van de minister en zal worden gefinancierd uit de zorgpremies. Het CBOG zal adviseren over de verdeling van de gelden. Als deze lijn wordt voortgezet neemt de minister verantwoordelijkheid voor de capaciteitsplanning en de financiering van de opleiding van professionals in de zorg.

8.4.4 *Stand van de wetenschap*

Het is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf om te zorgen dat de geregi-streerde professionals werken volgens de laatste wetenschappelijke inzichten (state of the art) en hun oordeel zo veel mogelijk baseren op wetenschappelijk bewezen effec-tieve behandelmethoden (evidence based medicine). Alleen de professionals zelf kun-nen immers in internationaal verband beoordelen wat de waarde is van nieuwe behan-delmethoden en of deze algemene toepassing behoeven. Ook het standaardiseren van bestaande methoden voor diagnostiek en behandeling kan alleen maar de verantwoor-delijkheid van de beroepsgroep zelf zijn.

Vroeger was het niet gebruikelijk het medisch handelen te protocolleren. Het was juist de professionele waarde en waardigheid van de dokter om zelf te bepalen wat er aan de hand is en hoe hij dat zal behandelen. De laatste jaren is protocolleren gebruikelijk geworden. Daarvoor is een aantal redenen te noemen. In de eerste plaats werkt de arts niet meer alleen maar in een samenwerkingsverband met andere artsen. Dat kan alleen als alle dokters in een zelfde situatie hetzelfde handelen en er dus continuïteit in de be-handeling is. In de tweede plaats worden meer taken gedelegeerd aan arts-assistenten en aan verpleegkundigen³¹. Zij kunnen alleen maar handelen als er een duidelijk protocol is zoals de BIG voorschrijft. In de derde plaats zijn patiënten mondiger en willen zij te voren weten wat er gebeurt. Ook daarvoor biedt een protocol voordelen. In de laatste plaats worden artsen steeds meer juridisch aangesproken als ze niet de goede dingen gedaan hebben. Het volgen van een protocol biedt dan tenminste houvast dat je alle noodzakelijke dingen gedaan hebt³².

Protocollen worden opgesteld door werkgroepen uit de wetenschappelijke vereniging. Ze krijgen algemene geldigheid door besluitvorming in de vereniging. Als ze zijn vastge-steld worden ze geacht door alle professionals te worden nageleefd. Er is geen systema-tisch toezicht op die naleving. De beroepsgroep heeft weinig sancties om gebruik van de protocollen door haar leden af te dwingen. Bij visitaties of tuchtzaken wordt duidelijk als professionals niet volgens een protocol handelen. Sancties zijn het ontnemen van de opleidingsbevoegdheid bij maatschappen of tuchtrechtelijke maatregelen bij een speci-fieke klacht.

Het gebruik van protocollen heeft iets paradoxaals. Aan de ene kant getuigt het van een grote ontwikkeling in de vakbekwaamheid als een beroepsgroep erin slaagt expertise zodanig te rationaliseren en te structureren dat het in een protocol past. Dat maakt ook de overdracht van het vak makkelijker. Anderzijds is protocollering een vorm van ontprofessionaliseren. Als je kunt opschrijven hoe het moet, dan heb je niet meer de ervaring en de expert blik van de professional nodig om iets te doen. Het maken van je eigen professionele keuze in de spreekkamer wordt ingeperkt door het protocol. Af-wijking van het protocol moet gemotiveerd kunnen worden naar de patiënt en naar de collega professionals.

Protocollen perken de professionele autonomie in. Het werken in een maatschap of vakgroep verbonden aan een ziekenhuis betekent dat je rekening moet houden met allerlei samenwerkingsaspecten en bedrijfsmatige afwegingen. Interdisciplinair werken

betekent afstemming met collegae en met andere beroepsbeoefenaren. Patiënten willen weten wat de professional doet en gaan naar de rechter als de professional in hun ogen niet het goede doet of het niet goed doet. Veel professionele informatie die vroeger uitsluitend het domein van de beroepsgroep was, is nu voor iedereen op het internet beschikbaar.

8.4.5 *Invloed en afstemming professionals op verschillende niveaus*

Professionals governance is in dit onderzoek gedefinieerd als een systeem van bestuur, toezicht en verantwoording om de belangen van de professionals te behartigen en de onderlinge professionele sturing te regelen. Het meest direct is professionals governance binnen één beroepsgroep op landelijk niveau. Elementen van professionals governance zijn ook op andere niveaus aan de orde, zoals in de samenwerking tussen een groep professionals van dezelfde discipline, de interactie met andere disciplines en de verhouding tot de organisatie waaraan de professional verbonden is. De effecten van professionals governance en de invloed van professionals zijn eveneens op verschillende niveaus zichtbaar.

Professionals governance is per land georganiseerd via de beroepsverenigingen. Deze hebben een feitelijk monopolie op de uitoefening van een vak in Nederland. De landelijke werking van professionals governance is hiervoor al aan de orde geweest. *Internationale* aspecten zijn aan de orde bij de ontwikkeling van het vakgebied, uitwisseling van kennis, nieuwe technieken en behandelmethoden en evidence based medicine. De vertaling daarvan in het curriculum en bijscholing gebeurt door de wetenschappelijke verenigingen. Er is geen professionals governance systeem dat garandeert dat alle beroepsgenoten kennis hebben van en handelen naar de laatste internationale inzichten en standaarden. Binnen de *Europese Unie* is vooral de toelating van vakgenoten aan de orde. Het vrije verkeer van diensten en goederen garandeert niet dat een professional uit een ander land aan de slag kan in Nederland³³. De beroepsgroep heeft invloed op de criteria voor erkenning van een buitenlands diploma. Ze verzorgt de bijscholing van buitenlandse artsen die bij moeten leren om in Nederland het vak uit te mogen oefenen.

Beslissingen binnen een professionele groep hebben consequenties op *macroniveau en op organisatieniveau*. Toen de LHV enige jaren geleden besloot de huisartsenopleiding van twee jaar naar drie jaar te verlengen, was de maatschappelijke consequentie dat er één jaar geen nieuwe huisartsen beschikbaar waren waardoor schaarste kon ontstaan. Als de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde vanuit professioneel oogpunt vindt dat een klinische praktijk kindergeneeskunde een minimaal aantal kinderartsen moet omvatten, dan moeten kleine ziekenhuizen de kinderkliniek sluiten omdat er onvoldoende klanten zijn om dit aantal kinderartsen aan het werk te houden. Die sluiting leidt tot het maatschappelijke effect dat de spreiding (en daarmee de bereikbaarheid en toegankelijkheid) van klinische kindergeneeskunde over het land vermindert. Als de Nederlandse Vereniging van Cardiologie vindt dat volgens de state of the art een nieuw (kostbaar) geneesmiddel moet worden voorgeschreven, dan leidt dit tot een kostenpost voor het ziekenhuis en een stijging van de macrokosten voor geneesmiddelen.

Professionals van dezelfde discipline zijn niet alleen verbonden via het lidmaatschap van dezelfde beroepsgroep. Hoewel professionals zijn opgeleid om zelfstandig te werken en zelfstandig beslissingen te nemen, moeten ze in een praktijk veelal met *disciplinegenoten samenwerken*. Medisch specialisten van één discipline zijn verplicht samen te werken in een maatschap of een vakgroep, willen ze een toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis kunnen sluiten. Huisartsen, fysiotherapeuten of verloskundigen werken in sommige gevallen samen in groepspraktijken³⁴. Deze samenwerking kan zich beperken tot het delen van de kosten en de 24-uurs diensten maar ook gericht zijn op inhoudelijke afstemming, gezamenlijke behandeling van patiënten, gezamenlijke kennisontwikkeling en specialisatie. In iedere groep moeten afspraken worden gemaakt, moeten dingen geregeld worden en moet toegezien worden op het naleven van de afspraak. Hoe rudimentair ook zijn hier vormen van governance aan de orde.

Een groot deel van de medische en paramedische professionals is of in loondienst bij een organisatie of daaraan contractueel verbonden³⁵. Dat laatste geldt voor 'vrij gevestigde' medisch specialisten, die een samenwerkingsovereenkomst (toelatingsovereenkomst) hebben met het ziekenhuis. Tegenwoordig zijn maatschapcontract en toelatingsovereenkomst met elkaar verbonden. Beide worden tegelijk aangegaan en ontbonden. Door deze *organisatorische verbintenis* hebben keuzen van de professionals invloed op beleid en bedrijfsvoering van de organisatie en beïnvloeden omgekeerd de keuzen van de organisatie het functioneren van de professionals. Hierdoor ontstaat een ingewikkeld onderhandelingsspel, waarin afwegingen van de professionals soms niet transparant zijn en verantwoording over die keuzen niet vanzelfsprekend. Ook is soms niet duidelijk of iets een weloverwogen keuze van de hele professionele groep is of van één individu. Als de governance binnen de disciplinegroep minder goed geregeld is, bijvoorbeeld omdat er geen leider van de groep is aangewezen, is de afstemming met de organisatie moeilijker.

Professionals moeten niet alleen binnen hun eigen discipline afstemmen, maar ook met *andere disciplines*. Niet overal is de afbakening tussen disciplines duidelijk. Er zijn grensgebieden³⁶, waar in de ene organisatie de behandeling uitgevoerd wordt door discipline A en in de andere door discipline B. Veranderingen in de samenstelling van de disciplinegroepen kunnen leiden tot nieuwe grensconflicten. Die doen zich ook voor als nieuwe technologie er toe leidt dat discipline X nu een behandeling kan gaan doen, die vroeger voorbehouden was aan discipline Y³⁷. Beide discussies spelen zich vaak zowel macro tussen de beroepsgroepen af als tussen disciplinegroepen van één organisatie. In de directe zorgverlening werken professionals van verschillende niveaus samen voor de *behandeling en/of verzorging* van de patiënt. De hoogst opgeleide professional, meestal de dokter, is daarbij bepalend. Hij wordt steeds meer de regisseur van het behandelproces en minder de alleenstaande behandelaar, die in één op één relatie met de patiënt zijn behandeling uitvoert. Dat vraagt veel meer protocolleren, vastlegging en overdracht van informatie. Omdat de dokter niet meer 24 uur beschikbaar is, dragen meerdere artsen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de behandeling van een (klinische) patiënt. Ook dat vraagt afstemming en overdracht. Het vraagt eveneens overeenstemming binnen vakgroep/maatschap over de soort behandeling die voor een bepaalde ziekte professioneel de juiste is.

Het begrip *professionele autonomie* heeft mede door deze ontwikkelingen een beperktere invulling gekregen. In de behandelkamer is de professional autonoom. Hij is opgeleid en gekwalificeerd om tot een diagnose te komen en te beslissen welke behandeling het beste is om de gediagnosticeerde kwaal te bestrijden. Daarbij moet hij de laatste stand van de wetenschap in acht nemen, zich zo veel mogelijk baseren op bewezen behandelmethoden (evidence based medicine) en de richtlijnen, standaarden en protocollen van zijn beroepsgroep in acht nemen. Hij zal zich moeten houden aan de professionele afspraken, die binnen zijn eigen maatschap/vakgroep gemaakt zijn. Hij zal zijn diagnose en behandelplan zo moeten formuleren dat deze door anderen begrepen kan worden en dat delen van het behandelplan door anderen uitgevoerd kunnen worden. Hij blijft echter autonoom in, bevoegd tot en verantwoordelijk voor zijn expert oordeel over het probleem en de behandeling ervan.

Buiten de behandelkamer is de professional niet autonoom. Hij heeft zich te houden aan inhoudelijke, bedrijfsmatige en procedurele afspraken die gemaakt zijn met de collega professionals en met de werkorganisatie. Hij moet zich onderwerpen aan de richtlijnen van zijn beroepsgroep. Hij moet zich verantwoorden voor de (gemiddelde) kwaliteit van zijn werk en voor kosten en opbrengsten. Bij dit alles is professionele autonomie niet (meer) aan de orde. Veel problemen ontstaan doordat professionals zich ook op deze gebieden autonoom achten en de spelregels naast zich neerleggen³⁸. Er zijn vaak weinig sancties om op deze terreinen verandering van gedrag af te dwingen³⁹.

8.4.6 Medische staf

Een bijzondere vorm van professionals governance speelt zich af in de medische staf van ziekenhuizen. Alle medici⁴⁰ zijn verenigd in de medische staf die de belangen van de medici moet behartigen. Hoewel het formeel gaat om de medisch inhoudelijke belangen en professionele inzichten⁴¹ gaat het in de praktijk evenzeer om materiële belangen. Zowel artsen in loondienst als vrij gevestigde specialisten zijn lid van de medische staf. De materiële belangen van beide groepen zijn uiteraard verschillend. Dokters zijn individueel lid en niet via hun groep van disciplinegenoten. Individuele belangen en belangen van de maatschap/vakgroep kunnen binnen de medische staf door elkaar lopen. De medische staf heeft geen wettelijke basis, maar wordt in een ziekenhuis als vanzelfsprekend beschouwd. De medische staf heeft vaak een zwaarwegende stem in de benoeming van de ziekenhuisdirectie en is soms de initiatiefnemer van het ontslag van die directie als de complexe afstemming tussen ziekenhuis en medische staf niet goed is gelukt.

De laatste jaren wordt bij veel ziekenhuizen geprobeerd meer helderheid te krijgen over de positie van de medische staf. Zo kan er een scheiding gemaakt worden tussen de vereniging Medische staf en de stafmaatschap. Van de stafmaatschap zijn alleen de vrijgevestigde specialisten lid. De stafmaatschap richt zich alleen op materiële belangen-behartiging en herverdeling van inkomsten. De stafmaatschap heeft daarvoor een overeenkomst met alle vrijgevestigde specialisten en met het ziekenhuis.

Van de Vereniging Medische Staf zijn alle medici lid. Zij kiezen uit hun midden⁴² een stafbestuur, dat gesprekspartner van de ziekenhuisdirectie is voor het medisch-inhoudelijke beleid en professionele aangelegenheden. Binnen zo'n vereniging wordt vaak enige getraptheid aangebracht door de vorming van een 'kernstaf'⁴³, bestaande uit ge-

mandateerde vertegenwoordigers van de verschillende disciplinegroepen. De Vereniging Medische Staf heeft een overeenkomst met het ziekenhuis. Vaak wordt de zeggenschap van de Vereniging Medische Staf ook in de statuten van het ziekenhuis geregeld.

Er wordt op veel manieren getracht de besturing van het ziekenhuis en de besturing van/door de professionals op elkaar af te stemmen. Er zijn allerlei vormen van 'managementparticipatie' en 'duaal management' bedacht om de verantwoordelijkheid van de dokters en de managementverantwoordelijkheid van het ziekenhuis te integreren. Of dergelijke vormen slagen hangt sterk af van de organisatie van professionals governance. Als een maatschap niet bereid of in staat is om iemand te mandateren om de maatschap te besturen en managementverantwoordelijkheid in het ziekenhuis te dragen, dan komt er van afstemming tussen professioneel belang en organisatiebelang niet veel terecht. Datzelfde geldt voor het mandaat van het bestuur van de stafmaatschap en het bestuur van de Vereniging Medische staf.

Sinds 2000 is wettelijk geregeld dat het ziekenhuis en de medisch specialisten niet afzonderlijk productieafspraken maken met de zorgverzekeraar maar gezamenlijk⁴⁴. Via de zogenaamde integratiewet is geregeld dat het ziekenhuis de contractpartner voor de zorgverzekeraar is. Deze wet was nodig om de ontwikkeling van het zogenaamde Geïntegreerd Medisch Specialistische Bedrijf mogelijk te maken. Met het GMSB wordt beoogd de besturing van het ziekenhuis en de besturing van de medische professionals verder te integreren. De ontwikkeling van het GMSB heeft voordelen opgeleverd zoals een duidelijke organisatie van de medische staf. Het GMSB heeft geen duidelijkheid gegeven in de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de besturing van dit geïntegreerde bedrijf, maar op sommige plaatsen de onduidelijkheid vergroot.

De vrije vestiging van een deel van de medische specialisten speelt een belangrijke rol bij de complexe besturing van de medisch curatieve zorg rond een ziekenhuis. De vrij gevestigde specialisten vormen een maatschap, die voor eigen rekening en risico medisch specialistische zorg levert. De maatschap kan dat niet doen zonder het ziekenhuis en de andere zorgverleners die aan het ziekenhuis verbonden zijn. Omgekeerd kan het ziekenhuis geen zorg leveren zonder de dokters.

Er is geen volledig zakelijke relatie tussen ziekenhuis en maatschap. De maatschap krijgt niet alle kosten doorberekend die het ziekenhuis moet maken om de maatschap diensten te leveren. Er is geen duidelijke keuze of de professional 'hoofdaannemer' is en alle diensten van het ziekenhuis afneemt of dat het ziekenhuis de hoofdaannemer is en de professionele diensten van de specialist inhuurt. Beide manieren van kijken zijn met elkaar verweven, waardoor de macht, de verantwoordelijkheden en de bevoegdheden in de sturing van de medisch specialistische zorg⁴⁵ diffuus zijn. Partijen zijn tot elkaar veroordeeld, zonder dat iemand de knoop kan doorhakken. Alleen door te onderhandelen worden zaken bereikt.

8.5 Theorie over professionals governance

Professionals governance is geen standaardbegrip in de theoretische literatuur. De governance elementen zijn onderdeel van het denken over professionalisme. Abbott (1988) beschrijft hoe het denken over professionalisme zich ontwikkeld heeft. Het begon met

het beschrijven van groepen en het daaruit distilleren van kenmerken van een professie. Omdat deze beschrijving deels gedomineerd werd door literatuur van professionals zelf, heeft de beschrijving soms een ideologisch karakter. Dat is met name terug te vinden in begrippen als 'esoterische kennis en intellectuele principes', 'altruïsme' 'integriteit', 'ethiek' en 'maatschappelijke functie' ('public service'). Runté (1995) merkt op dat er sprake is van een cirkelredenering. Om 'de professie' te beschrijven is volgens hem gekeken naar de inrichting van het artsenvak begin twintigste eeuw, waarna die beschrijving getoetst is aan het werk van de dokters om te concluderen dat het medische vak een professie is, omdat het aan de kenmerken voldoet.

Volgens Abbott is in een volgende fase van theorieontwikkeling vooral gewezen op de asymmetrie in kennis. Een professional heeft kennis en vaardigheden die zijn cliënt niet heeft. Die asymmetrie dwingt de cliënt om de professional te vertrouwen en de professional om zijn cliënt te respecteren. Omdat niet alle professionals dezelfde kennis hebben, dwingt die asymmetrie ook tot onderling vertrouwen tussen collegae van de beroepsgroep.

In de derde fase van de theorieontwikkeling wordt duidelijk dat professie meer met dominantie en autonomie te maken heeft dan met vertrouwen en collegialiteit. Professionele systemen zijn erop gericht het monopolie te handhaven en de inrichting van de professie is een hulpmiddel om buitenstaanders uit te sluiten en het monopolie te handhaven.

Een vierde benadering onderzoekt de externe consequenties van professionalisme op individueel niveau (status, geld en macht). Volgens Abbott zijn deze vier stromingen het opmerkelijk eens over wat professies zijn en wat er over hen verklaard moet worden. Het gaat steeds om een beroepsgroep met speciale kennis en vaardigheden, die ieder van hen in staat stelt zelf de controle over zijn werk uit te oefenen. Abbott (1988, pagina 318) definieert professies dan ook als 'somewhat exclusive occupational groups of individuals applying somewhat abstract knowledge to particular cases'.

Volgens Freidson (2001) staan professies onder druk. Hij hecht grote waarde aan het bestaan van professies en stelt vast dat er met name vanuit de politiek voortdurende aanvallen zijn op professies. Volgens Freidson is een professie vooral een economisch privilege gebaseerd op kennis. Het privilege is het exclusieve recht om een bepaald soort werk te mogen doen in een afgeschermd markt van arbeid. Het monopolie is dus essentieel. Het sociale instrument om die bescherming te houden, is een gecertificeerd bewijs dat je een training door de eigen beroepsgroep succesvol hebt doorlopen. Freidson spreekt van 'credential testifying'. Het monopolie betreft niet alleen de kennis maar ook de uitoefening van het vak. Zowel Abbott als Freidson benadrukken dat het monopolie niet vanzelfsprekend is. Het wordt niet door de professionele groep bepaald maar het wordt aan de professionals gegund door de overheid en door de markt⁴⁶. Het monopolie wordt dus verkregen in dialoog met de markt. Freidson spreekt van overreding (persuasion), Abbott van onderhandelen (negotiation). Beiden benadrukken dat de professionele groep dus voortdurend moet laten zien dat ze iets te bieden hebben waar geen alternatief voor is.

Freidson verwacht dat het professionele domein in de toekomst kleiner zal worden, onder andere doordat een deel van het huidige specialistische werk door lager opgeleiden op instructie kan gebeuren. Er zal volgens Freidson altijd een professioneel domein overblijven. Dat wil zeggen: een domein waarin abstracte gespecialiseerde kennis, vaardigheden en uitvoering van werk aan elkaar verbonden blijven. Dat kan alleen als werkers in dat professionele domein succesvol en betrouwbaar zijn. Het monopolie van de professeie moet maatschappelijk meer opleveren dan dat de consument het product op de markt kan kopen of de overheid het door regelgeving kan afdwingen. Dat vereist dat er maatschappelijk vertrouwen is in de beroepsgroep en vertrouwen van klanten in de individuele beroepsbeoefenaar.

Het eigen professionele 'interne' systeem en het opereren in de maatschappij hangen dus direct samen. Om het monopolie te krijgen moet je iets kunnen wat anderen niet kunnen. Dat vraagt om een systeem om dat bijzondere (duidbare en impliciete kennis en bijzondere vaardigheden) in stand te houden en over te dragen. Dat kun je het beste als je als groep het monopolie op de kennisverspreiding hebt. Larson (1977) toont aan dat ambachtslieden in de negentiende eeuw die slag om het monopolie verloren hebben doordat hun handelen volledig gestandaardiseerd kon worden en daardoor door niet opgeleide werkers en machines kon worden overgenomen. De professionaliteit verschoof van het produceren naar het bedenken hoe iets gestandaardiseerd gemaakt kon worden.

Volgens Larson (1977) is vanuit historisch perspectief gezien een professional iemand die zelfstandig werkt en zowel de inhoud als de organisatie van zijn werk zelf bepaalt. Hij draagt ook zelf het risico van zijn bedrijfsuitoefening. Hij kan hulpkrachten of professionals in opleiding in dienst hebben of zijn bedrijf samen met andere meester professionals uitoefenen, maar hij houdt zelf verantwoordelijkheid. Hij valt niet onder het gezag van een ander en krijgt geen aanwijzingen van een hiërarchisch hoger geplaatste. Als de samenwerkende groep professionals zo groot wordt dat er een vorm van coördinatie nodig is, wordt er een *primus inter pares* aangewezen die de verantwoordelijkheid krijgt voor de coördinatie, maar meestal niet de bevoegdheden heeft om zijn vakgenoten daartoe instructies te geven.

Het beeld van de zelfstandige professional bepaalt nog steeds in belangrijke mate de organisatie van groepen professionals⁴⁷. Abbott (1988) weerlegt deze mythe. Veel professionals (zoals predikanten, brandweerlieden en legerstrategen) zijn vanouds in dienst van een organisatie, waarbinnen ze hun werk doen met (inhoudelijke) professionele autonomie. Bijna 20 jaar geleden⁴⁸ was volgens Abbott tenminste 50% van de medici in de USA in dienst van een organisatie en niet 'vrijgevestigd' volgens het ideaaltype van Larson. In veel Europese landen zijn medici onderworpen aan een hiërarchische relatie (van een andere medicus binnen een organisatie).

Ook in Nederland werken professionals meestal in organisaties. Zij maken gebruik van middelen van die organisatie en werken in multidisciplinair verband samen met andere medewerkers van de organisatie. Er bestaat altijd een contractuele relatie naar het bestuur van de organisatie. In de meeste gevallen is dit een arbeidsovereenkomst. Voor een deel van de medisch specialisten is dat een toelatingsovereenkomst. Waar een

arbeidsovereenkomst is, heeft het bestuur van de organisatie hiërarchisch gezag over de medewerker/professional⁴⁹.

Dat laat onverlet dat de professional autonomie houdt in zijn handelen in individuele gevallen⁵⁰. De loyaliteit van de werker ligt voor zijn professioneel handelen bij zijn beroepsgroep en niet bij de organisatie. Dat geeft spanning in het functioneren van organisaties met professionals. Mintzberg (1983) noemt een organisatie met professionals een 'professionele bureaucratie'. Een bureaucratie⁵¹ is een organisatie waarvan standaardisatie een belangrijkste kenmerk is. Een 'machinebureaucratie' bepaalt intern en top down zijn standaardisatie via regels en het vastleggen van het handelen. Bij een professionele bureaucratie gaat het om de standaardisatie van de vaardigheden en het werk van de professional. De standaardisatie wordt extern bepaald door de beroepsorganisaties van professionals. De professional is ten opzichte van de organisatie autonoom in de toepassing van zijn kennis in de behandeling van individuele gevallen. De professionele standaardisatie van de beroepsgroep heeft een inperkende werking op de stuurmogelijkheden van het bestuur van de organisatie. Volgens Mintzberg wordt ook de strategie van de organisatie in belangrijke mate bepaald door de wensen van individuele professionals en door de keuzen van de beroepsorganisaties van professionals ('the professional associations outside'). De eigen strategie van de organisatie is de optelsom van de projecten, waarvan de professionals de leiding hebben kunnen overtuigen. Uit de beschrijving van Mintzberg valt te concluderen dat er een direct effect is van de professionals governance op de beleidsvrijheid van de organisatie.

Abbott (1988) heeft het systeem van professies diepgaand geanalyseerd. Hij vraagt zich af waarom sommige beroepsgroepen het verwerven en toepassen van verschillende soorten kennis mogen monopoliseren. Hoe verkrijgen en behouden die groepen de jurisdictie over de beroepsuitoefening en welke macht oefenen ze uit om de professie te beheersen? Volgens Abbott ligt de kern van een professie in de wijze, waarop het werk is georganiseerd en niet in de structuur van de beroepsgroep. Het gaat er niet om wat je weet, maar welke taken je uitvoert. Het recht om als enige een bepaald soort werk te mogen uitvoeren bepaalt het voortbestaan van een professie. Abbott noemt dat recht 'jurisdictie'.

Een beroepsgroep is voortdurend in competitie met andere groepen om de jurisdictie over het werk te houden. Die competitie vindt plaats in drie arena's, de werkplaats (de werkvloer en de organisatie⁵²), de maatschappij en de overheid/de wetgeving. In die arena's wordt de macht steeds opnieuw bevochten ('renegotiated'). In het werk vindt de competitie om de 2 á 3 jaar plaats. De competitie om de gunst van publiek en politiek voltrekt zich in periodes van 10 tot 20 jaar. Wijzigingen in de wetgeving worden bevochten in periodes tussen 20 en 50 jaar. Sommige professies overleven die strijd niet. Sterke beroepsgroepen overwinnen en leggen hun wil op aan anderen. Die andere beroepsgroepen kunnen overleven door ondergeschiktheid te accepteren, zoals in de verhouding tussen de dokters en de verpleegkundigen. Daar waar het een groep niet lukt absolute jurisdictie te krijgen, ontstaat een verdeling van het monopolie, waarbij beide groepen op elkaar aangewezen zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval tussen vrouwenartsen en verloskundigen. Hoe sterker de groep is, hoe meer wedstrijden gewonnen

worden. De sterkste groep is zelfs in staat te voorkomen dat ze uitgedaagd wordt tot een wedstrijd. Strijd om de jurisdictie over een bepaald soort werk ontstaat meestal op de werkvloer, komt dan terecht in het maatschappelijke debat om uiteindelijk te resulteren in overheidsingrijpen en wijziging van de wetgeving⁵³.

Zo bezien gaat professionals governance⁵⁴ vooral over de macht en kracht ('power') om de competitie en de afzonderlijke wedstrijden over kennis en werk van andere beroepsgroepen te winnen. Abbott onderscheidt verschillende machtsbronnen. Het hebben van de jurisdictie op dit moment is een belangrijke machtsbron. De zittende groep heeft het voordeel dat zijn definitie van het probleem maatschappelijk geaccepteerd is en dat een ander daar met nieuwe definities tegenop moet boksen. De zittende groep bepaalt ook het diagnosesysteem, de opvattingen over succesvolle behandeling en de meetbaarheid van dat succes. Daardoor kan ontkomen worden aan vergelijking met de resultaten van andere behandelingen. Macht kan ontleend worden aan invloeden van buiten het systeem zoals belemmering van de competitie (van anderen) door de staat, samenwerking met upperclass instituties of juist een alliantie met een bepaalde maatschappelijke klasse⁵⁵. Machtsmiddelen zijn een sterke lobby ten opzichte van de overheid en het bespelen van de media om de waardering van het publiek te houden. In de werkomgeving wordt gebruik gemaakt van de wettelijke jurisdictie, onderscheidende professionele taal en directe en symbolische onderwerping van de andere beroepsgroep. Daarin past ook dat 'hoge' professionals in opleiding (arts-assistenten) werk doen op gelijk niveau van de 'lagere' professie, terwijl ze dat werk nooit meer zullen doen als ze eenmaal klaar zijn met hun opleiding.

Uit de verschillende theorieën kan worden afgeleid dat een professie alleen kan overleven als zij op veel speelvelden tegelijk stuur en macht uitoefent. De individuele professional moet op de werkvloer steeds zijn positie bewijzen en de competitie aangaan. Binnen de beroepsgroep moeten de rijen gesloten blijven en is dus een sterke groepscultuur en groepsdiscipline nodig met alle initiatieriten en groepsrituelen die daarbij horen. Een zekere mystificatie en het koesteren van de informatieasymmetrie zijn onderdeel van de opstelling van de groep tegenover de buitenwereld. De beroepsgroep moet voortdurend zijn bestaan legitimeren tegenover de overheid en de maatschappij en de competitie aangaan met andere beroepsgroepen. Aan de positie op de werkvloer, de maatschappelijke positie, de wettelijke bescherming en de geslotenheid van de beroepsgroep ontleen de professionals tevens de macht om grote invloed uit te oefenen op de organisatie waarin zij werken. Voor het behoud van de professie moeten ze die macht ook wel gebruiken. Wanneer immers in één organisatie de professionele macht overruled wordt door de organisatiemacht, dan kan dat het begin zijn van een aantasting van de beroepsgroep. Er zijn niet drie maar vijf arena's waar de competitie plaatsvindt:

- om de steun van de staat en de vastlegging in wetten,
- om de steun en acceptatie van de maatschappij,
- om de eenheid en samenhang van de beroepsgroep,
- om de zeggenschap in de organisatie,
- om de taakverdeling op de werkvloer.

Professionals governance moet zijn ingericht om al deze vormen van competitie het hoofd te bieden. Bij professies die weten te overleven, is dat het geval. Er is een sterke lobby naar de overheid en de media worden bespeeld⁵⁶. De beroepsgroep beheerst de inhoud en de toelating tot het vak en heeft het kennismonopolie. Het uitoefenen van de professe buiten de beroepsgroep is nagenoeg onmogelijk. Op de werkvloer is de professe dominant ten opzichte van anderen. Medici, apothekers, accountants en advocaten beheersen al deze elementen van professionals governance. De zeggenschap in de organisatie is wel voor medisch specialisten geregeld, maar bijvoorbeeld verpleeghuisartsen hebben geen bijzondere zeggenschap in de organisatie. Apothekers, accountants en advocaten zijn meestal zelf (met hun collegae) de baas over hun eigen ondersteunende organisatie.

Verpleegkundigen, apothekersassistenten, controleleiders en juridisch medewerkers zijn op de werkvloer, in de maatschappij en in de wetgeving professioneel ondergeschikt geraakt aan de eerste groepen en kunnen de instrumenten van professionals governance maar gedeeltelijk gebruiken.

8.6 Doelen

In iedere wereld van governance is een belangrijke vraag welke belangen gediend moeten worden en welke doelen bereikt moeten worden. Het doel van professionals governance is het instandhouden van de professe, het monopolie op de beroepsuitoefening en de maatschappelijke privileges, die daarmee verbonden zijn. Door dit gezamenlijke doel te bereiken wordt de individuele beroepsbeoefenaar in staat gesteld zijn beroep in veilige omgeving uit te oefenen en is hij verzekerd van een markt voor zijn diensten, van inkomen en van maatschappelijke status.

Het realiseren van de doelen van de groep maakt dus individuele doelrealisatie mogelijk. De individuele werker moet daarbij beperkingen in zijn eigen doelrealisatie accepteren⁵⁷ om de groepsdoelen in stand te houden. Individuele professionals accepteren dat alleen als het lid zijn van de groep meer te bieden heeft dan het functioneren daarbuiten. Om het primaire doel – instandhouden van de professe – te bereiken is het nodig de cohesie binnen de beroepsgroep te behouden en de individuele doelen van de professionals voldoende te dienen om lidmaatschap van de groep aantrekkelijk te houden.

Binnen professionals governance hoeft geen complexe afweging gemaakt te worden van de eigen doelen ten opzichte van andere stakeholders. Die stakeholders zijn van belang voor zover ze kunnen bijdragen aan het instandhouden van de professe dan wel het voortbestaan van de professe kunnen bedreigen. Met die stakeholders vinden de strijd en de onderhandelingen plaats in de verschillende arena's. De beroepsgroep wint de competitie of sluit compromissen gericht op uitsluitend het eigen doel.

8.7 Macht

Professionals governance gaat over macht. De macht om als enige groep de professe uit te mogen oefenen. De macht om dat monopolie onder publieke en maatschappelijke

druk in stand te houden. De macht om te bepalen wie wel of niet tot de professie toegelaten wordt. De macht om beroepsbeoefenaren binnen de groep te houden.

Macht in de professionele wereld is diffuus. Hij berust niet bij een aanwijsbaar persoon of groep personen (het bestuur), maar bestaat bij de gratie van het collectief. Professionals zijn in hun individuele beroepsuitoefening gewend zelf hun beslissingen te nemen en accepteren niet makkelijk beslissingen van anderen. Het bestuur van de vereniging van professionals moet daarmee rekening houden.

Als het bestuur iets voor elkaar wil krijgen⁵⁸, dan zal het een lange en zorgvuldige weg van besluitvorming moeten afleggen om voldoende consensus te krijgen over een verandering. Deze verandering moet niet alleen door de professionals goedgekeurd worden, maar ook de tegenstanders moeten bereid zijn hem daarna toe te passen in de eigen praktijk.

Om de professie in stand te houden moet de groep in staat zijn om macht uit te oefenen over het professionele handelen van de individuele beroepsbeoefenaar. Als er immers te veel excessen komen, door te autonoom handelen van leden van de groep, dan staat het voortbestaan van de groep op het spel. Hierin zit een zekere tegenstrijdigheid. Kenmerk van professioneel werken is de autonomie in de inrichting van het eigen werk en de te nemen beslissingen. Dat geeft de professional macht over zijn klanten en macht ten opzichte van de organisatie waaraan hij gelieerd is. Tegelijkertijd is inperking van die macht nodig om de maatschappelijke acceptatie van de professionele macht te behouden. Een subtiel spel van machtsuitoefening binnen de eigen groep is daarvoor nodig.

De maatschappelijke macht van een professionele groep is groot. Die wordt uitgeoefend door intensief te lobbyen en het gebruik van publiciteit. In de publiciteit wordt dan altijd het element van professionele kwaliteit gebruikt⁵⁹. De maatschappelijke status van de beroepsgroep stelt de voormannen van die groep in staat te participeren in heel veel maatschappelijke gremia en daarin rechtstreeks of via omwegen de belangen van de groep te dienen. Dat geldt natuurlijk niet alleen voor professionele groepen, maar het is wel een kenmerk van hun invloedsmacht. Professionals beschikken ook over een grote hindermacht als ze dreigen een bepaalde overheidsmaatregel niet uit te voeren.

Macht speelt een belangrijke rol in de relatie tussen de professionals en de organisatie waaraan ze verbonden zijn. De kern van het handelen van de afzonderlijke professional is niet onderhevig aan instructies van de leiding van de organisatie. De professional voelt zich in sommige opzichten meer verbonden met zijn beroepsgroep dan met de organisatie. Dat geeft een ontsnappingsmogelijkheid voor keuzen van de organisatie. Als die keuzen hem niet bevallen, beroept de professional zich op het standpunt van zijn beroepsgroep. Vanuit zijn positie en status wil hij bovendien invloed hebben op de keuzen die de organisatie maakt. In welke mate professionals erin slagen macht uit te oefenen op het bestuur van de organisatie hangt onder andere af van het aantal professionals dat aan de organisatie verbonden is, de mate waarin de organisatie afhankelijk is van die professionals, hun rechtspositie (in loondienst of vrij gevestigd), hun status, de mate waarin de professionals zich georganiseerd hebben en het vermogen van de raad van bestuur van de organisatie om dit machtsspel te spelen. Een deel van die factoren geven de medische staf

van een ziekenhuis veel macht en een groep verpleeghuisartsen in een organisatie voor ouderenzorg minder macht⁶⁰.

Macht speelt ook in de spreekkamer van de professional. Hij ontleent macht aan de informatieongelijkheid en aan de kwetsbaarheid van zijn cliënt. Zijn beslissingen bepalen hoe de cliënt behandeld wordt en wat ondersteunend personeel te doen heeft. De professional heeft dus ook macht om op operationeel niveau het handelen van de organisatie te beïnvloeden.

Waar het in private en publieke governance gaat om de inperking van macht van het bestuur gaat het in professionals governance om andere machtsfactoren. Er wordt door de beroepsgroep macht uitgeoefend op de individuele professional. De beroepsgroep heeft maatschappelijke macht die invloed heeft op de beleidsvrijheid van organisaties. De individuele professional heeft macht over de organisatie en over zijn cliënten. De groep professionals heeft macht om het beleid van de organisatie en de positie van het bestuur te sturen.

8.8 Governance principes

Governance principes in professionals governance richten zich op het samenbrengen en houden van het collectieve en het individuele belang. Het behoud van het monopolie is een belangrijk doel. De beroepsgroep vraagt en krijgt het vertrouwen van de overheid en de maatschappij. Dat vertrouwen gaat uit van voldoende zelfregulering van de groep. Het vertrouwen van het publiek is erop gebaseerd dat zich geen excessen voordoen. Zelfregulering binnen de groep is nodig om die excessen te voorkomen. De overheid kan alleen maar zelfregulering door de beroepsgroep toestaan als die niet tot maatschappelijke problemen leidt. Als de zelfregulering ertoe leidt dat er een tekort aan dokters dreigt te ontstaan, dan zal de overheid de neiging krijgen de manpower-planning niet meer aan de beroepsgroep over te laten, maar daarin in te grijpen. Externe regelgeving dient ter bescherming van het beroep. Er is geen regelgeving om goed governance af te dwingen. Er wordt op vertrouwd dat de beroepsgroep zonder die regelgeving de zaken goed regelt.

Binnen de eigen groep gaat men uit van vertrouwen en het zelfregulerend vermogen van iedere professional. Standaarden en protocollen komen in onderling overleg tot stand. Verondersteld wordt dat iedere professional volgens de laatste 'state of the art' zijn vak zal uitoefenen en dus protocollen en standaarden zal gebruiken. Er is noch binnen de gehele beroepsgroep, noch binnen een samenwerkende groep professionals (maatschap of vakgroep) toezicht op het gebruik van de standaarden en protocollen. Evenmin zijn er sancties als een professional zich daar niet aan houdt.

De normen voor het professioneel handelen zijn abstract en impliciet. Dat geldt zowel voor de professional als voor de beroepsgroep. Sturing vindt plaats op de input. Iemand is professional als hij de opleiding doorlopen heeft, zich bijschoolt en voldoende uren het vak uitoefent. Noch de opleiding noch de bijscholing is gedefinieerd in eindtermen wat iemand moet kunnen⁶¹.

Er wordt gehandeld in de geest van de regels en niet naar de letter van de wet. De professional beslist zelf in zijn spreekkamer welke kennis hij toepast, hoe hij tot zijn diagnose komt en welke behandeling hij inzet. Hij is ook zelf verantwoordelijk en aansprakelijk voor die keuze. Hij hoeft zich daarover niet te verantwoorden. Het principe ‘pas toe of leg uit’ geldt (nog) niet in de professionele praktijk.

Er is geen specifiek toezicht op het handelen van de professional. Fouten blijken door klachten, foutmeldingen, tuchtzaken, strafrechtelijke zaken of civielrechtelijke zaken voor schadevergoeding. De klant is degene die deze zaken aankaart. De beroepsgroep of collega professionals doen dat hoogst zelden. De IGZ treedt eveneens zelden op. Zaken die misgaan worden onderzocht door organisaties die klachten behandelen of door het tuchtrecht. In het eerste geval vindt het onderzoek buiten de beroepsgroep plaats. Het tuchtrecht speelt zich af binnen de beroepsgroep, maar wel met (juridische) invloed van buiten.

Sancties worden opgelegd door het eigen tuchtrecht. De ultieme sanctie is om een professional uit het BIG register te verwijderen, waardoor hij zijn beroep (tijdelijk of permanent) niet kan uitoefenen. De sancties zijn in handen van de beroepsgroep zelf. De ultieme sanctie (uit het BIG register verwijderen) moet door de minister worden goedgekeurd.

Een professie bestaat door het winnen van de competitie (over kennis en uitvoeren van het werk) in het maatschappelijk krachtenveld. Om die reden is de governance ook gericht op het beïnvloeden van de maatschappij en de publieke wereld. Daarvoor is het nodig het beeld in stand te houden dat deze beroepsgroep iets kan wat anderen niet kunnen. Daar hoort een zekere mystificatie bij. Als publiekelijk duidelijk is wat de professional weet en kan en hoe hij tot zijn beslissing komt, dan kan zijn werk gestandaardiseerd worden en verdwijnt de professie. De beroepsgroep noch het individu is gebaat bij transparantie en verantwoording. Transparantie en verantwoording moeten door de maatschappij en/of de overheid worden afgedwongen. Dat gaat met kleine stapjes en kan rekenen op weerstand van de professionals en van de beroepsgroep. Die weerstand wordt versterkt door de angst voor aansprakelijkheidstelling en schadeclaims⁶².

8.9 Samenvatting

Professionals governance is aan de orde wanneer een vorm van arbeid als een professie gezien kan worden. In hoofdzaak betekent het dat er een groep werkers is, die het monopolie heeft op kennis en uitoefening van taken in een bepaald vakgebied. Daar zijn ze door hun beroepsgroep speciaal voor opgeleid en ze zijn ertoe bevoegd, blijkend uit een vorm van certificering en registratie. Het kennisgebied en het handelingsrepertoire van de professional heeft een zekere abstractie en soms zelfs mystificatie.

Om de professie in stand te houden is professionals governance nodig. Professionals governance dient om de beroepsgroep te organiseren, de maatschappelijke positie van de professie te borgen en het monopolie te behouden. Die dingen hangen direct samen. Je houdt als groep alleen je monopolie als je waar blijft maken dat je het goed doet. Daarvoor is besturing, toezicht en verantwoording binnen de groep nodig. Professionals

governance gaat over de wijze waarop het groepsbelang invloed heeft op de positie en het handelen van de individuele professional. Die heeft er echter belang bij dat die invloed er is, want alleen zo houdt hij het recht zijn vak uit te oefenen en daarmee inkomen en status te verwerven. Groepsbelang en individueel belang zijn dus direct met elkaar verbonden.

Het voortbestaan van een professie moet voortdurend bevochten worden. Daartoe moet in verschillende arena's met andere beroepen de competitie aangegaan worden om de steun van de staat en de vastlegging in wetten, om de steun en acceptatie van de maatschappij, om de eenheid en samenhang van de beroepsgroep, om de zeggenschap in de organisatie en om de taakverdeling op de werkvloer.

Wanneer die competitie verloren wordt, verdwijnt een professie, wordt zij ondergeschikt aan anderen of moet zij het speelveld met een ander delen. Wanneer een professie het vertrouwen van de maatschappij of de overheid verliest dan zal zij gedwongen worden tot verantwoording en zal haar speelruimte worden ingeperkt. Professionals governance is er dus ook op gericht om de competities te winnen, het vertrouwen waar te maken en het monopolie te behouden. Daarbij past een zekere mystificatie en is volledige transparantie niet vanzelfsprekend.

Professionals governance heeft niet alleen invloed op de eigen professionals en in het maatschappelijk speelveld. Keuzen van de beroepsgroep hebben invloed op beleidsvrijheid van organisaties waar professionals werken. Professionals hebben ook direct grote invloed op de organisatie waarmee ze verbonden zijn. Het zijn van professional en het deel zijn van een professionele beroepsorganisatie onttrekt de professional deels aan het hiërarchische gezag van het bestuur van de organisatie en geeft hem tegelijkertijd veel mogelijkheden om de organisatie te beïnvloeden.

Macht is dan ook een belangrijk element in professionals governance. Macht van de groep over het individu om zich te voegen naar de mores van de beroepsgroep. Macht van de professionele beroepsgroep over de maatschappij om het monopolie te behouden. Macht van de individuele professional over de cliënt, het ondersteunend personeel en de operatie van de organisatie. En grote macht (vooral in ziekenhuizen) van de professionals verbonden aan een organisatie om als groep het beleid en het bestuur van een organisatie te beïnvloeden.

9

Samenvatting en conclusies theoretisch deel

In de vorige hoofdstukken van dit theoretische deel (hoofdstuk 6 t/m 8) zijn private, publieke en professionals governance afzonderlijk verkend. Daaraan voorafgaand is gekeken naar maatschappelijke opvattingen en moraliteiten. In dit hoofdstuk brengen we de kennis van de drie governance werelden bij elkaar en analyseren het beeld dat ontstaat in de combinatie van deze drie werelden.

In hoofdstuk 5 is beredeneerd dat er verschillende moraliteiten ten grondslag liggen aan private, publieke en professionals governance en dat er verschillende stuwende krachten zijn. De stuwende kracht in het private verkeer is ruil tussen gelijkwaardige partijen, gebaseerd op vertrouwen en het nakomen van afspraken. De stuwende kracht in het publieke domein is het gebruik van macht om zaken af te dwingen, vanuit wantrouwen dat zonder (dreiging van) machtsgebruik burgers niet zullen bijdragen aan de publieke doelen. De stuwende kracht in professies is het bezit en het gebruik van kennis, waarvoor gezamenlijke afscherming daarvan ten opzichte van de buitenwereld en het bijhouden van de professionele groep noodzakelijk zijn. Dat vraagt vertrouwen binnen de professionele groep.

De drie governance werelden hebben verschillende moraliteiten. Als je met de moraliteit van de ene wereld probeert op te treden in de andere wereld, dan ontstaan er problemen omdat je gesprekspartners van een andere belevingswereld uitgaat.

9.1 Verschillen en overeenkomsten tussen de governance werelden

De hoofdstukken 6, 7 en 8 laten zien dat private, publieke en professionals governance van elkaar te onderscheiden zijn en dat ze verschillend georganiseerd zijn. Private governance gaat uit van de vrijwillige keuze om met elkaar zaken te doen. Klanten kunnen naar een ander bedrijf gaan, werknemers kunnen ergens anders gaan werken, beleggers kunnen kiezen of ze hun geld wel of niet in aandelen van een bedrijf stoppen. Door die keuze te maken leg je een deel van de behartiging van jouw belangen in handen van een ander. Dan wil je wel weten of die ander jouw belang goed behartigt. Is dat niet zo dan is de keuze om te vertrekken of om te proberen de ander zo te beïnvloeden dat hij wel jouw belang goed behartigt. Private governance systemen zijn op die beïnvloeding van het bestuur van de onderneming gericht.

In publieke governance is die keuzevrijheid er niet. Als iets als een publiek belang gezien wordt¹, dan moet de overheid er voor zorgen dat dit belang gediend wordt. Publieke governance moet de overheid in staat stellen het publieke belang te (laten) dienen. Als dat niet lukt is er geen alternatief. Burgers kunnen niet besluiten over te stappen naar een andere overheid, maar alleen door verkiezingen de samenstelling van de overheid veranderen. Omdat meestal het dienen van het publieke belang bij één instantie ligt, kan de overheid niet vrij kiezen om over te stappen naar een andere instantie. De tijd die nodig is om veranderingen te bewerkstellingen is daardoor in publieke governance langer dan in private governance².

In professionals governance hangen het individuele belang en het groepsbelang nauw samen. De professie kan alleen blijven voortbestaan en daarmee de professionals betaanszekerheid geven als beide belangen in evenwicht zijn. Professionals governance is er dus op gericht de kennis en het gebruik van de kennis bij de vakuitoefening af te schermen voor de buitenwereld. Dat vraagt binding in de groep en het voorkomen van excessen, zodat de overheid en het cliëntsysteem niet zo ontevreden worden, dat ze het monopolie ter discussie stellen. Ook hier zijn weinig keuzemogelijkheden. Een professional kan niet geheel buiten zijn groep werken. De overheid kan het monopolie niet aan een ander gunnen, omdat er geen alternatief is. Burgers kunnen geen professionals buiten de groep vinden.

De *keuzevrijheid* in private governance is er dus niet in publieke en professionals governance. Slechts door langdurige en ingrijpende veranderingen (zoals invoeren van marktwerking of breken van het monopolie) kan hier de keuze veranderd worden.

In private governance is alles erop gericht om te grote macht van de belangenbehartiger, het bestuur van de onderneming, te voorkomen. Governance richt zich onder andere op het reduceren van de *informatieasymmetrie* tussen bestuur en andere belanghebbenden. Het bestuur weet immers veel meer over de onderneming dan anderen en zou daardoor zijn eigen belang kunnen nastreven. Dus moet het bestuur 'gedwongen' worden zo veel mogelijk informatie over de onderneming aan stakeholders te verstrekken. Anderzijds is informatie een middel om met andere ondernemingen te concurreren en is volledige openheid daarom niet gewenst. Een professie bestaat bij de gratie van het monopolie op kennis en professionals governance is er dus onder andere op gericht de informatieasymmetrie tussen professionals en anderen te behouden. Publieke governance gaat uit van het axioma dat er geen informatieasymmetrie mag zijn. De ministeriële verantwoordelijkheid kan alleen gedragen worden als de minister alles kan weten en over alles de Kamer kan informeren. Publieke governance is er dus op gericht door uitgebreide verantwoording en intensief toezicht de informatieasymmetrie tot nul terug te brengen.

De rol van *macht* is in de drie governance werelden verschillend. Publieke governance dient mede om de macht van de overheid zodanig groot te maken dat zij het publieke belang kan opleggen aan haar uitvoerders en dat zij het naleven van regels kan afdwingen bij alle maatschappelijke partijen. Professionals governance berust op groepsmacht tegenover de buitenwereld en het bijhouden van de professionals door binnen de groep het gebruik van macht te beperken. Binnen de groep wordt consensus nagestreefd en wordt vertrouwd op het eigen inzicht en de integriteit van de professional. Alleen

in extreme gevallen grijpt de groep (voorzichtig) in. Private governance richt zich op inperken van de macht van het bestuur van de onderneming, waarbij de vraag is welke belanghebbenden de macht hebben om dat bestuur naar huis te sturen en/of het beleid van de onderneming te wijzigen. Checks and balances zijn hier veel belangrijker dan de absolute macht van één partij³.

De *principes* van de drie governance werelden zijn verschillend. Private governance gaat zo veel mogelijk uit van zelfregulering door de markt en door invloed van stakeholders. Pas als dat niet voldoende is, wordt om verplichtende regelgeving gevraagd. In publieke governance is zelfregulering ondenkbaar. Bureaucratie dient te bewerkstelligen dat burgers in alle gevallen gelijk behandeld worden. Uitvoerders van overheidsbeleid dienen zich aan strikte regels te houden. Professionals governance bestaat bij de gratie van zelfregulering van de professionals binnen de groep en van de groep ten opzichte van de maatschappij. Beide zijn gericht op het behoud van het monopolie over de beroepsuitoefening.

Hoewel in de verschillende werelden deels dezelfde instrumenten gebruikt worden, zoals toezicht, verantwoording en invloed op de aanstelling van uitvoerders (bestuurders, professionals), is de uitwerking daarvan verschillend. Zo hebben bedrijven en professionals geen belang bij volledige transparantie en is transparantie in het overheidsbeleid een voorwaarde⁴ voor rechtsgelijkheid en accountability. Het begrip 'verantwoording' krijgt daardoor verschillende betekenis in private, publieke en professionals governance.

De *theorieën* over private en over publieke governance geven niet echt houvast voor het verklaren van de complexe werkelijkheid. Hoewel de theorievorming voor beide werelden verschillend is, doet zich een zelfde probleem voor. De complexe werkelijkheid is dat een private onderneming te maken heeft met veel verschillende belanghebbenden. Die zijn allemaal een contract met de onderneming aangegaan omdat ze verwachten dat daardoor hun belangen beter gediend worden. Aandeelhouders verwachten rendement, werknemers inkomen en bestaanszekerheid, klanten willen producten of diensten ontvangen, leveranciers willen producten leveren, overheden verwachten economische voorspoed voor hun gebied enzovoorts. Theorieën als de stakeholdersbenadering en de onderneming als nexus van contracten helpen om deze complexe werkelijkheid te beschrijven. Ze helpen echter niet om tot eenvoudige oplossingen te komen als de belangen conflicterend zijn. Ze leveren geen instrumenten voor een systeem van checks and balances rondom bestuur, toezicht en verantwoording. De agency theorie en de Angelsaksische opvatting dat de onderneming van de aandeelhouders is, doet dat ogenschijnlijk wel. Daarbij moet voorbij worden gegaan aan het feit dat verschillende aandeelhouders verschillende belangen kunnen hebben. Als je de werkelijkheid reduceert tot één belanghebbende en de onderneming er alleen voor dat belang is, zijn er governance instrumenten te ontwikkelen voor machtsuitoefening van de belanghebbende over degene die zijn belang moet dienen. In de huidige private governance praktijk is dat de lijn, die in hoofdzaak gekozen wordt. De vraag is of het mogelijk is op die manier te reduceren. In ieder geval biedt deze inperking van de complexiteit geen oplossingen voor organisaties, die geen aandeelhouders hebben, dus voor geen enkele not for profit organisatie.

In de publieke governance wereld doet zich een vergelijkbaar fenomeen voor. Een deel van de theorie over publieke governance beschrijft de complexe werkelijkheid, waarin de overheid zijn wil niet kan opleggen om publieke doelen te bereiken. In die optiek heeft de overheid te maken met allerlei belangengroeperingen, die het beleid en de uitvoering van de overheid beïnvloeden. De overheid zal met al die partijen rekening moeten houden en onderhandelingen met hen moeten voeren en compromissen moeten sluiten om een deel van de publieke doelen te bereiken. Andere theorieën gaan uit van het primaat van de overheid. De overheid kan eenzijdig de publieke doelen en resultaten bepalen en opdracht geven aan uitvoerders van overheidsbeleid om die doelen te realiseren. De minister draagt de volledige verantwoordelijkheid voor beleid en uitvoering en kan aangesproken worden op alles wat mis gaat. De agency theorie is hier evenzo van toepassing. Door deze eenduidige bevelslijn te formuleren zijn ook de governance instrumenten duidelijk. Als je als overheid maar heldere doelen stelt, goede instructie geeft, strikte verantwoording vraagt en goed toezicht uitoefent, dan wordt vanzelf bereikt wat je wilt. Ook hier is het de vraag of het vruchtbaar is om de werkelijkheid op die manier te reduceren. In ieder geval biedt die reductie geen oplossing om een bijdrage aan de publieke zaak te vragen van organisaties, die niet volledig onder controle van de overheid staan.

In zowel private als publieke governance staat het paradigma dat iets bereikt wordt door onderhandelingen met alle partijen tegenover het paradigma dat er één de baas is (aandeelhouder, minister) die zijn wil kan opleggen.

In professionals governance is die paradigma tegenstelling er niet of nauwelijks. Professionals governance bestaat bij de gratie van het behouden van evenwicht tussen meerdere belangen. Er moet steeds gestreden of onderhandeld worden in de arena van de overheid, van de burger en van de werkplaats. Binnen de professionele groep moet onderhandeld worden om het evenwicht tussen groepsbinding en consensus aan de ene kant en professionele vrijheid en autonomie aan de andere kant te behouden. Het niet onderkennen van het onderhandelingskarakter van professionals governance betekent het einde van een professie.

9.2 De combinatie van drie governance werelden

De grenzen tussen de drie governance werelden liggen niet vast. Ze zijn afhankelijk van maatschappelijke opvattingen en ze verschuiven in de tijd. Publieke taken worden weer overgelaten aan de markt. Waar de markt niet functioneert wordt de publieke invloed vergroot. Het monopolie van oude professies verdwijnt en er komen nieuwe professies voor in de plaats. Wat in het ene land als vanzelfsprekend aan de markt wordt toevertrouwd is in het andere land strikt door de overheid geregeld. Daar waar de grenzen tussen het publieke, private en professionele domein veranderen, moet ook de governance veranderen. Een publieke taak, die geprivatiseerd wordt, komt binnen de private governance wereld en onttrekt zich (deels) aan de publieke governance wereld. Wanneer het monopolie op de beroepsuitoefening wordt doorbroken gelden niet langer de spelregels van professionals governance, maar die van private governance.

De private governance wereld kan alleen maar functioneren binnen een stelsel van internationale en nationale (publieke) spelregels die een 'level playing field' bewerkstelligen

en monopolievorming voorkomen. Hoewel het principe is dat je contracten naleeft, wordt dit principe alleen nageleefd als er een rechter is, waar naleving van het contract kan worden afgedwongen. De publieke wereld moet dus de kaders scheppen, waarbinnen de private wereld kan functioneren. Of die kaders ruim of beperkt zijn hangt van de politieke opvattingen af. Als blijkt dat de kaders niet voldoende zekerheid geven zoals bij de fraude van beursgenoteerde ondernemingen, dan wordt van de overheid aanscherping van de regelgeving verwacht. De overheid moet niet alleen het speelveld en de kaders voor het private handelen scheppen, de overheid verwacht ook dat bedrijven die particuliere doelen nastreven, bijdragen aan het realiseren van publieke doelen. Daarom maakt de overheid arbo- en milieuregels, verleent zij vergunningen, stelt zij eisen aan de openbare verantwoording van ondernemingen en houdt zij toezicht. Zij treft sancties als organisaties deze 'publieke opdracht' niet naleven. Daar waar wetten en regels te ver gaan sluit de overheid convenanten met het bedrijfsleven om publieke belangen veilig te stellen.

Een grote organisatie vertoont vaak kenmerken van de overheidsbureaucratie. De organisatie opereert extern in de private governance wereld, maar hanteert intern systemen van hiërarchie, toezicht en controle die vergelijkbaar zijn met het instrumentarium uit publieke governance. Zoals van de minister volledige informatie en beheersing van het beleid en de uitvoering op zijn terrein wordt verwacht, wordt van de president-directeur⁵ verwacht dat hij zijn onderneming kent en beheerst. Hij ontvangt prestatiebeloningen voor die beheersing, moet tekenen voor de juistheid van de gegevens en gaat de gevangenis in als blijkt dat hij de boel niet beheerste. Om zijn verantwoordelijkheden in de private governance wereld waar te maken moet de topman dus intern de moraliteit, de principes en de systemen van publieke governance gebruiken.

Een professie is voor zijn voortbestaan afhankelijk van de overheid. Alleen de overheid kan immers het monopolie op de professie verlenen door dat wettelijk vast te leggen. Zaken als capaciteitsplanning, opleiding en kwaliteit van professionals worden niet aan de markt overgelaten en niet door de overheid geregeld, maar in handen gelegd van de beroepsgroep zelf. Dat kan alleen als de professionele groep zorgt dat er geen problemen ontstaan. Wanneer professionals governance leidt tot maatschappelijke problemen⁶, dan verwacht de burger ingrijpen van de overheid. Wanneer die problemen structureel niet opgelost worden, dan zal de overheid het probleem zelf ter hand nemen en onderbrengen in de publieke governance wereld of kaders scheppen waardoor het probleem binnen de private governance wereld moet worden opgelost⁷. Ook van professies wordt een bijdrage gevraagd aan het bereiken van publieke doelen. Waar milieuregels voor private bedrijven expliciet zijn is de verwachting van de bijdrage van professionals aan publieke doelen soms wat vager en multi-interpreteerbaar ('een goede volksgezondheid').

Professionele bescherming moet niet alleen in de arena van de overheid worden bevochten, maar ook op de werkvloer en bij de burger. Andere groepen bevechten hun plaats op de markt en op de werkvloer. Zij proberen het professionele monopolie aan te tasten. In beide laatste arena's raken de professionals wereld en de private wereld elkaar. De professionals governance wereld gebruikt zelf elementen uit de private governance wereld voor de beroepsorganisatie. Dit is meestal een vereniging, waarvan de governance is ingericht volgens de private spelregels.

Tussen de drie governance werelden is dus steeds samenhang en overlap. Deels hebben ze elkaar nodig voor de realisatie van hun doelen en voor het (veilig) stellen van kaders. Deels worden principes en instrumenten van de ene governance wereld in de andere gebruikt.

Actoren in dit overlappingengebied hebben met alle drie de governance werelden te maken. 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. Zij hebben te maken met de overheersende gedachte in twee (van de drie) governance werelden dat er één principaal (de aandeelhouder, de overheid) de dienst uitmaakt en dat er slechts één doel (aandeelhouderswaarde, het publieke belang) gediend mag worden. Dat doel is bovendien soms impliciet en ambigue geformuleerd.

Hier treedt een belangrijk spanningsveld tussen de governance werelden op. In private governance en in publieke governance wordt de complexe werkelijkheid vaak gereduceerd tot één principaal-agent relatie. De organisatie is er om het belang van de aandeelhouder te dienen (private governance) of om het belang van de overheid te dienen (publieke governance). De zeggenschap en de systemen van toezicht en verantwoording worden dan ontworpen vanuit die ene principaal. Deze gedachte gaat voorbij aan het feit dat organisaties altijd meerdere belangen dienen en dat die belangen vaak onduidelijk en ambigue zijn. In deze gedachtegang ontstaat een onoplosbare spanning tussen meerdere governance werelden. Het werken in drie governance werelden kan dus alleen verklaard en begrepen worden als uitgegaan wordt van de complexe werkelijkheid met vele belanghebbenden met verschillende doelen. Iedereen (ook de aandeelhouder of de overheid) is speler in een spel, waarin door onderhandelingen compromissen gesloten worden. Dat onderhandelingsmoment is in professionals governance vanzelfsprekend. De professe houdt stand door onderhandelingen in verschillende arena's. Het functioneren van zorgaanbieders in de combinatie van drie governance werelden kan dus alleen beschouwd en begrepen worden vanuit de gedachte dat niemand het primaat en de zeggenschap heeft, maar dat door onderhandelingen resultaten bereikt worden.

9.3 Zorgaanbieders in drie governance werelden

Zorgaanbieders⁸ moeten tegelijkertijd in de drie governance werelden functioneren. Het zijn dus geen 'hybride' organisaties, die publieke en private elementen combineren. Het zijn ook geen organisaties, die onderdeel zijn van de (semi) publieke sector. Zorgaanbieders hebben met drie governance werelden te maken. Ze moeten resultaten bereiken in het overlappende gebied van private, publieke en professionals governance werelden.

Zorgaanbieders leven in de *private governance wereld* waar het de onderstaande aspecten betreft:

- Zorgorganisaties hebben een privaatrechtelijke rechtsvorm (meestal de stichting).
- De topstructuur binnen de organisatie is vormgegeven met raad van toezicht en raad van bestuur volgens private governance principes.
- Zorgaanbieders sluiten privaatrechtelijke contracten
 - met hun cliënten voor de levering van diensten (geneeskundige behandelovereenkomst),
 - met verzekeraars/zorgkantoren over de omvang van de productie, de tarieven en de betaling van de diensten, die ze aan hun cliënten leveren,
 - met medewerkers conform CAO's,
 - met medisch specialisten via de toelatingsovereenkomst,
 - met toeleveranciers.
- Ze zijn door die overeenkomsten vaak een grote werkgever en economische factor in de regio.
- Ze streven continuïteit van de eigen organisatie na.
- De externe verantwoording (inschrijving KvK, jaarrekening, accountantscontrole) voldoet aan de private governance spelregels.
- Het interne toezicht en de interne controle en beheersingssystemen zijn gebaseerd op private governance regels.

Een aantal aspecten voldoet niet aan de gangbare spelregels van private governance. Er zijn geen aandeelhouders, maar de organisatie moet wel rekening houden met veel stakeholders. Er is geen instantie die de raad van toezicht kan benoemen en ontslaan. Evenmin is er een instantie zoals de Ondernemingskamer⁹ waar belanghebbenden terecht kunnen indien er vermoeden van wanbeleid is. Een countervailing power om een slecht functionerende raad van toezicht weg te krijgen ontbreekt daardoor. De stichtingsvorm is wettelijk minder uitgewerkt dan de vennootschap. Zorgorganisaties mogen nu nog geen winst maken¹⁰, waardoor het nu niet voor de hand ligt er vennootschappen van te maken¹¹. De private governance van zorgorganisaties kent echter ook twee aspecten die de countervailing power versterken. De wettelijk geregelde cliëntenraad heeft vergelijkbare en op enige punten verdergaande bevoegdheden voor advies en instemming op het organisatiebeleid dan de ondernemingsraad. Bovendien is een zorgorganisatie verplicht haar stakeholders te raadplegen als zij het voornemen heeft tot een ingrijpende beleidswijziging¹² over te gaan. In de governance spelregels voor ondernemingen ontbreken deze aspecten.

Voor een deel moeten zorgorganisaties functioneren in de *publieke governance wereld*:

- De verzekeringspremies voor ZVW en AWBZ worden door burgers opgebracht, maar ze worden beschouwd als publieke middelen.
- Zorgverzekeraars zijn private op winst gerichte organisaties, die een verzekering met een deels publiek karakter uitvoeren. De zorgkantoren zijn ondergebracht bij de zorgverzekeraars maar het zijn publieke uitvoeringsinstanties van de AWBZ.

- De toegang van cliënten tot zorgaanbieders wordt voor AWBZ zorg via indicatiestelling van een ZBO¹³ door de overheid bepaald. De indicatie bepaalt wie AWBZ klant van een zorgaanbieder mag worden.
- Zorgorganisaties worden geacht een bijdrage te leveren aan de publieke doelen ‘toegankelijkheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg’, al is niet goed duidelijk wat die bijdrage moet zijn.
- De overheid bepaalt de tarieven in de gezondheidszorg.
- De overheid bepaalde tot voor kort wie toegang krijgt tot de markt, door het verlenen van erkenningen.
- De overheid bepaalt nu nog de investeringen in bouw voor iedere zorgaanbieder¹⁴.
- Zorgaanbieders kunnen de saneringskosten voor onrendabele voorzieningen afwentelen op de overheid.
- Er is een uitgebreide en strikte wet- en regelgeving specifiek voor de gezondheidszorg.
- Er zijn veel externe toezichthouders op zorgaanbieders¹⁵.
- Zorgaanbieders moeten zich publiek verantwoorden via specifieke vormen van jaarverslaglegging.

De directe governance invloed van de overheid is gering. Behalve bij UMC's heeft de overheid geen invloed op de benoeming van bestuurders en toezichthouders. De overheid kan niet direct ingrijpen als een zorgaanbieder wanbeleid voert. Als de IGZ onvoldoende kwaliteit vaststelt kan de overheid wel sancties opleggen om te proberen kwaliteitsverbetering af te dwingen. De overheid kon de vestiging van nieuwe (in haar ogen overbodige) zorgvoorzieningen tegengaan, maar zij kan niet bewerkstelligen dat er zorgaanbod ontstaat of behouden wordt als de beschikbaarheid van gezondheidszorg op een plek onvoldoende dreigt te worden.

Zorgaanbieders hebben op verschillende manieren te maken met de *professionals governance wereld*:

- Het handelen van professionals¹⁶ in de directe zorgverlening wordt grotendeels bepaald door de opvattingen van de beroepsgroep en het eigen professionele oordeel en veel minder door instructies van de organisatie.
- Op de werkvloer is er een voortdurend onderhandelingspel gaande over de afbakening van de werkzaamheden van verschillende professies.
- Een professional identificeert zich vaak meer met de eigen beroepsgroep dan met de organisatie, waaraan hij verbonden is.
- Welke resultaten een professional bereikt is voor het management van de organisatie moeilijk zichtbaar en meetbaar te maken.
- Het bestuur van een zorgorganisatie kan het professioneel disfunctioneren van een professional niet goed beoordelen en heeft – zeker bij medisch specialisten – niet voldoende sancties om in te grijpen op dit disfunctioneren.
- Wanneer binnen de beroepsorganisatie van een professie inhoudelijke keuzen gemaakt worden, dan kunnen die direct invloed hebben op het beleid en de uitvoering binnen een zorgorganisatie. Nieuwe protocollen kunnen er toe leiden dat het werk

anders georganiseerd moet worden. De keuze van een medisch specialisme voor het gebruik van een nieuw geneesmiddel kan (forse) extra kosten voor de zorginstelling betekenen.

- Ook organisatorische keuzen van de beroepsgroep hebben consequenties voor de zorgorganisatie. Het toekennen of afnemen van de opleidingsbevoegdheid voor een medisch specialisme door de wetenschappelijke vereniging noodzaakt tot ingrijpende veranderingen in de rol van arts-assistenten. Keuzen over de minimale omvang van een klinische medisch specialistische praktijk kunnen leiden tot de sluiting van de klinische afdeling van een (klein) ziekenhuis.
- De vrije vestiging van een deel van de medisch specialisten leidt tot een wederzijdse afhankelijkheid tussen ziekenhuis en maatschap zonder voldoende probleemoplossend vermogen.
- De medische staf heeft grote invloed op het ziekenhuisbeleid. Binnen die staf vormen de professionals geen eenheid. Inhoudelijke professionele opvattingen en zakelijke¹⁷ en persoonlijke belangen lopen door elkaar. De professionals van verschillende disciplines¹⁸ hebben verschillende belangen, die niet met elkaar hoeven te stroken.
- Met de invoering van het 'Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf' (GMSB) en managementparticipatie van medisch specialisten dragen de medici mede verantwoordelijkheid voor het beleid en de dagelijkse organisatie in het ziekenhuis. Daarmee is tevens een dubbele governance structuur ontstaan, waarin de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden niet duidelijk is. De raad van toezicht houdt toezicht op het handelen van de raad van bestuur, maar niet op dat van de gemandateerden van de medische staf. De raad van toezicht kan ingrijpen bij disfunctioneren van de raad van bestuur maar niet bij het disfunctioneren van de medische staf. Omgekeerd kan die medische staf zo'n grote invloed uitoefenen dat een raad van bestuur moet vertrekken als het vertrouwen van de medici ontbreekt, ook al functioneert die raad van bestuur vanuit private governance oogpunt uitstekend.

Professionals governance heeft dus op veel verschillende manieren direct invloed op het reilen en zeilen van een zorgorganisatie. Landelijke keuzen van de beroepsgroep bepalen de speelruimte voor beleid van de zorgorganisatie. Professionals verbonden aan een organisatie kunnen de beleidskeuzen beïnvloeden en remmend of bevorderend werken op de beleidsrealisatie.

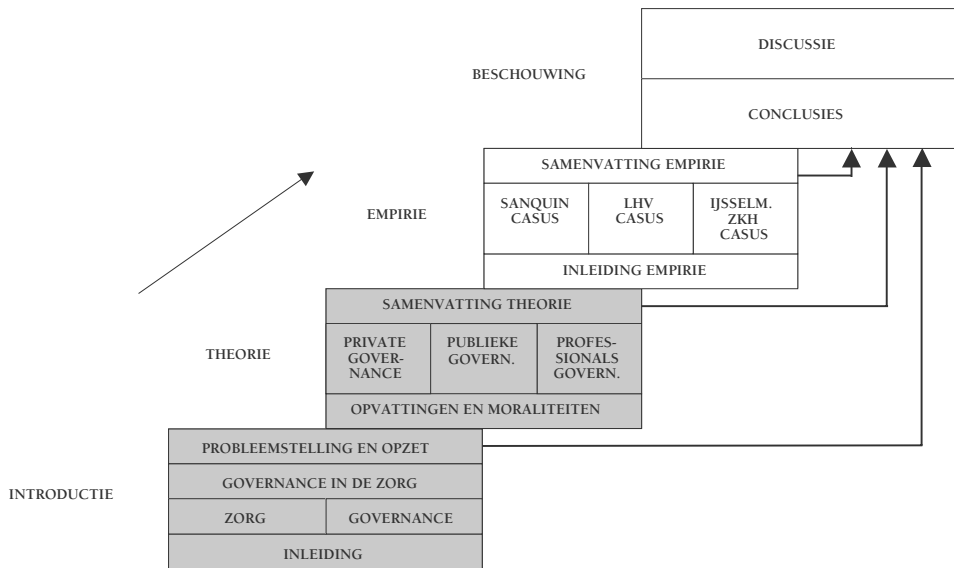
9.4 Slot

Met deze analyse van de positie van zorgorganisaties in de drie governance werelden sluiten we het theoretische deel af. Met dit deel is antwoord gegeven op de eerste drie deelvragen voor het onderzoek, zoals geformuleerd in hoofdstuk 4. De theoretische concepten en principes van de drie governance werelden zijn afzonderlijk geanalyseerd (vraag 1). Er is beschreven (vraag 2) in welke mate de theorie en principes van de governance werelden van toepassing zijn voor Nederlandse zorgorganisaties. Het beeld dat ontstaat door de drie governance werelden te combineren (vraag 3) is beschreven.

Deel III Empirie

Routekaart studie private, publieke en professionals governance zorgaanbieders

Introductie en Theorie zijn voltooid.
We staan nu aan het begin van Deel III Empirie.



Introductie op het onderzoek naar de praktijk

Nu we zicht hebben op de theorie rond de combinatie van private, publieke en professionals governance is de vraag aan de orde hoe het in de praktijk gaat.

De governance omgeving waarin zorgorganisaties opereren is complex. Van zorgaanbieders worden tegenstrijdige zaken gevraagd en ze moeten voldoen aan verschillende principes. Ze moeten rekening houden met verschillende moraliteiten, met verschillende opvattingen en met verschillende vormen van machtsgebruik. Ze hebben te maken met tegenstrijdigheden in private, publieke en professionals belangen. Complexiteit en tegenstrijdigheid hoeven geen probleem te zijn, zolang geen verlamming optreedt en problemen opgelost kunnen worden. Hoe kunnen zorgaanbieders succesvol opereren en functioneren in de combinatie van deze drie governance werelden. Hoe kunnen ze resultaten bereiken en problemen oplossen?

In dit deel III onderzoeken we hoe het spanningsveld tussen de drie governance werelden in de praktijk functioneert en of de complexe situatie voldoende probleemoplossend vermogen heeft. We doen dat aan de hand van drie casussen.

In hoofdstuk 11 wordt de vorming van Sanquin Bloedvoorziening onderzocht. Hier staat de combinatie van de private en publieke governance wereld centraal. In de analyse van de ontwikkeling van de LHV in hoofdstuk 12 ligt het accent op de grensafbakening tussen de professionals governance wereld en de publieke governance wereld. De casus IJsselmeerziekenhuizen in hoofdstuk 13 demonstreert de complexiteit van de combinatie van alle drie governance werelden, waarbij ook media, burgers en lokale politiek een rol spelen.

Na een beschrijving van de casus wordt aangegeven wat het probleem was en hoe het probleem is opgelost, dan wel welke tussenstand bereikt is. Vervolgens wordt de casus geanalyseerd en worden conclusies uit deze casus getrokken. In hoofdstuk 14 worden parallellen uit de verschillende casussen getrokken. Hier wordt het empirisch deel samengevat en worden algemene conclusies getrokken over de combinatie van private, publieke en professionals governance in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg.

11

De Bloedvoorziening

11.1 Inleiding

In 1998 trad de nieuwe Wet inzake bloedvoorziening (Wibv) in werking. Deze verving de Wet inzake bloedtransfusie uit 1988. De nieuwe wet was nodig om de kwaliteit van de bloedvoorziening in Nederland te waarborgen en de minister in staat te stellen beleidsmatige verantwoordelijkheid te dragen voor de kwaliteit en de beschikbare infrastructuur. Een goede bloedvoorziening wordt gezien als een publiek belang waarvoor de publieke verantwoordelijkheid gedragen wordt door de minister van VWS. Onvrede¹ over de wijze, waarop private organisaties tot dan toe deze taak vervulden, speelt bij de keuze voor deze wet zeker een rol².

Volgens de Wibv³ stelt de minister jaarlijks een plan voor de bloedvoorziening vast en wijst één rechtspersoon aan voor de uitvoering van dat plan⁴. Die rechtspersoon moet aan bepaalde eisen voldoen, krijgt aanwijzingen van de minister en legt aan de minister verantwoording af.

Voor 1998 bestond die ene rechtspersoon niet, maar was de bloedvoorziening in handen van 19 regionale Rode Kruis bloedbanken en het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandse Rode Kruis (CLB). Dat waren alle stichtingen met een eigen bestuur. Op 1 januari 1998 zijn deze 20 stichtingen tezamen met de Federatie van Nederlandse Rode Kruis Bloedbanken gefuseerd tot de Stichting Sanquin Bloedvoorziening. De minister heeft het initiatief genomen tot deze fusie en een projectleider aangesteld om deze fusie te realiseren. Om een publiek doel te dienen heeft de minister dus activiteiten ondernomen in de wereld van private governance. Die activiteiten hebben tot het gewenste resultaat geleid. Er is immers één organisatie tot stand gekomen en volgens een evaluatieonderzoek van ZonMW (2003) is de kwaliteit van de bloedvoorziening sinds 1998 verbeterd.

11.2 Beschrijving van de casus

De bloedvoorziening bestaat in hoofdzaak uit het verwerven van bloed (of bloedcomponenten) van donoren⁵, het testen van dat bloed en het maken van verschillende bloedproducten. Deze bloedproducten worden geleverd aan ziekenhuizen, waar ze gebruikt worden voor bloedtransfusie bij patiënten⁶. Een belangrijk principe is dat Nederland zelf kan voorzien in voldoende bloedproducten voor haar patiënten en geen bloed-

producten in het buitenland hoeft in te kopen. Een ander belangrijk principe is dat donoren vrijwillig bloed geven en voor hun donatie niet betaald worden.

De bloedvoorziening was vanouds in handen van privaatrechtelijke organisaties, de regionale stichtingen 'Rode Kruis Bloedbank' en het CLB. Na verschillende fusies waren er eind 1997 nog 19 regionale bloedbanken. De bloedbanken en het CLB waren geen onderdeel van de Vereniging Het Nederlandse Rode Kruis, maar hadden daarmee wel een historische band, omdat de werving en begeleiding van donoren in het verleden door de regionale afdelingen van het Rode Kruis werd uitgevoerd. Tot 1 januari 1998⁷ had de regionale afdeling van het Rode Kruis het voordrachtsrecht voor twee zetels in het stichtingsbestuur van iedere regionale bloedbank.

De andere zetels in het bestuur werden in hoofdzaak bezet door de raden van bestuur van de ziekenhuizen, waaraan de bloedbank leverde⁸, meestal met een niet gebonden voorzitter.

De bloedbank stichtingen hadden een eindverantwoordelijk bestuur volgens het 'beheersmodel' met een directie met gedelegeerde bevoegdheden. De directie over de bloedbanken werd gevoerd door een inhoudelijk deskundige op het gebied van de bloedtransfusie⁹, al dan niet samen met een directeur beheer. De regionale bloedbanken voerden ieder hun eigen beleid en maakten hun eigen inhoudelijke en kwalitatieve keuzen. Ze waren verenigd in de Federatie van Nederlandse Rode Kruis Bloedbanken. Daar vond afstemming en overleg plaats, maar de bloedbanken waren autonoom in hun keuzen, ook als die afweken van de opvattingen binnen de federatie.

Het CLB werkte landelijk. Het had zijn eigen landelijke donorwerving en bloedafname. Daarnaast leverden de bloedbanken plasma aan het CLB. Het verkregen materiaal werd bewerkt tot gespecialiseerde bloedplasmaproducten¹⁰ en gebruikt voor research. Die specialiteiten werden geleverd aan Nederlandse ziekenhuizen en – voor zover ze in Nederland niet voor de patiëntenzorg nodig zijn – tegen marktconforme tarieven verkocht in Nederland en in het buitenland. Het CLB werd bestuurd door een raad van bestuur onder toezicht van een raad van toezicht. Een aantal leden van de raad van toezicht van de stichting CLB werd op voordracht van de Vereniging Het Nederlandse Rode Kruis benoemd.

Het kader voor de bloedvoorziening lag vast in de Wet inzake bloedtransfusie van 8 november 1988 (Wibt). Op de naleving van die wet werd toegezien door de IGZ.

Het bij wet ingestelde College voor de Bloedtransfusie van Het Nederlandse Rode Kruis had tot taak om landelijk beleid te ontwikkelen voor de afstemming van vraag en aanbod van bloed en bloedproducten. In dit college waren alle maatschappelijke groeperingen vertegenwoordigd die iets met de bloedvoorziening te maken hadden. Dit adviescollege vervulde een coördinerende rol en kon richtlijnen uitvaardigen, waaraan alle organisaties op het gebied van de bloedvoorziening zich te houden hadden. Die richtlijnen kwamen tot stand in nauw overleg met het veld (CLB en bloedbanken) en de gebruikers (ziekenhuizen). De Federatie van Rode Kruis Bloedbanken had een rol in het opstellen van kwaliteitsstandaarden en werkte aan vormen van onderlinge visitatie. Er waren in het veld nogal grote verschillen in professionele opvattingen over de juiste wijze van

bloedbewerking, veiligheid en kwaliteitscontrole. Men kon daarover vaak geen overeenstemming bereiken. Het resultaat was dat de bloedbanken verschillende werkwijzen hanteerden voor de verkrijging en verwerking van bloed.

De samenwerking en afstemming tussen de regionale bloedbanken onderling en tussen de bloedbanken en het CLB liet te wensen over. CLB en bloedbanken waren met elkaar in competitie om donoren te krijgen, via parallel lopende wervings- en bloedafnameprocessen. Er waren verschillen van inzicht over de wijze van bloedafname en de begeleiding die dit vergde. Er bestonden tussen de bloedbanken onderling en met het CLB professionele verschillen in de wijze van bereiding van bloedproducten en de kwaliteitscontrole. Sommige bloedbanken wilden de concurrentie met het CLB aangaan op het gebied van productie van speciale bloedproducten en met researchprojecten. In het midden van de negentiger jaren verschenen verschillende rapporten over de noodzaak tot verandering en verbetering¹¹. Vanuit het College voor de Bloedtransfusie werd een concentratie van de bloedbanken gewenst geacht omdat de toenmalige schaalgrootte onvoldoende werd geacht om aan de toenemende kwaliteitseisen te voldoen.

Internationaal deden zich problemen met de bloedvoorziening voor. In een aantal landen werd niet tijdig maatregelen genomen om te garanderen dat bloed vrij van het HIV virus was. In Frankrijk deed zich een schandaal voor met de levering van besmet bloed. In de USA ontstonden steeds meer problemen met bloed afkomstig van betalende donoren¹². In Nederland (Terwel, 1992; Koopmans, 1995; Terwel, 1996) werd steeds duidelijker, dat een goede infrastructuur voor de bloedvoorziening en het garanderen van de kwaliteit van het geleverde bloed geen private aangelegenheid moet zijn maar tot de publieke verantwoordelijkheid gerekend moet worden. De Nederlandse situatie voldeed daar niet aan en functioneerde niet naar wens. Op zijn minst was de bloedvoorziening met zo veel partijen inefficiënt en was professionele ontwikkeling niet ingebouwd. Er waren geen grote problemen in de kwantiteit en de kwaliteit van de bloedvoorziening opgetreden, maar er waren niet voldoende garanties dat problemen in het vigerende systeem tijdig opgelost zouden worden. Minister Borst (VWS, 1996; VWS, 1997a) vond dat er voldoende aanleidingen waren om de bloedvoorziening te herstructureren en een grotere publieke invloed tot stand te brengen. Haar uitgangspunten waren daarbij (VWS, 1997b, pagina 2):

- 'landelijke zelfvoorziening met vrijwillig en om niet gegeven bloed dat zonder winst-oogmerk bewerkt en geleverd wordt, onder hoge eisen aan veiligheid, doelmatigheid en kwaliteit;
- ministeriële verantwoordelijkheid via handhaving, bestuurlijk toezicht en de mogelijkheid in te grijpen wanneer de organisatie in gebreke blijft;
- een landelijke organisatie die onder centraal gezag in een goede relatie met haar maatschappelijke context en met een goede interne organisatie voldoet aan haar opdracht.'

De minister zette vanaf medio 1996 drie parallelle trajecten in gang om de door haar gewenste verandering te realiseren:

- 1 Het laten opstellen¹³ en vaststellen van een spreidingsplan bloedbanken, dat het mogelijk maakte om – binnen de bestaande wetgeving¹⁴ – van 19 naar 9 regionale bloedbanken te gaan¹⁵.

- 2 Het indienen van de Wet inzake bloedvoorziening die het mogelijk moest maken om één organisatie voor de bloedvoorziening te maken.
- 3 Het sturen van een proces om de 19 bloedbanken, de federatie en het CLB te bewegen om voor 1 januari 1998¹⁶ samen te gaan tot één nieuwe organisatie, die zou kunnen voldoen aan de eisen van de Wibv.

11.3 Wat was het probleem?

Regering en Staten Generaal vonden dat een goede infrastructuur voor de bloedvoorziening een publieke verantwoordelijkheid is.

De privaatrechtelijke infrastructuur voor de bloedvoorziening functioneerde niet voldoende en private partijen waren er niet in geslaagd tot verbetering te komen. Daardoor werden naar het oordeel van de minister maatschappelijke risico's gelopen ten aanzien van de kwaliteit en de beschikbaarheid van bloedproducten.

Bovendien bestonden er geen garanties dat de professionele ontwikkeling van de bloedvoorziening de internationale state of the art zou volgen en in zou spelen op de steeds hogere veiligheidseisen voor bloedproducten.

De meeste belanghebbende partijen¹⁷ vonden dat er iets moest veranderen, maar de verandering kwam in de bestaande private verhoudingen niet tot stand.

Het probleem was dus om te komen tot een goede infrastructuur voor de bloedvoorziening onder publieke verantwoordelijkheid.

11.4 Hoe is het probleem opgelost?

Sinds 1 januari 1998 is de Stichting Sanquin Bloedvoorziening als enige organisatie verantwoordelijk voor de bloedvoorziening in Nederland. Sanquin is een stichting, dus een privaatrechtelijke rechtspersoon. Sanquin wordt bestuurd door een raad van bestuur onder toezicht van de raad van toezicht.

Sanquin is de enige, volgens de Wibv, toegelaten organisatie voor de bloedvoorziening. Zij voert het plan voor de bloedvoorziening uit dat de minister jaarlijks vaststelt (VWS, 2004a; VWS, 2005a¹⁸). Sanquin stelt op basis van dat plan een eigen beleidsplan, begroting en investeringsplan op, die de goedkeuring van de minister behoeven¹⁹. Met het goedkeuren van de begroting zijn ook de tarieven bepaald, die de ziekenhuizen moeten betalen voor bloedproducten. De minister draagt de publieke verantwoordelijkheid voor de bloedvoorziening. De uitvoering geschiedt door een privaatrechtelijke organisatie binnen strakke publieke kaders die door de minister zijn aangegeven.

In 2003 heeft ZonMW (2003) een evaluatie uitgevoerd naar het functioneren van de bloedvoorziening vijf jaar na de invoering van de nieuwe organisatie. Uit de evaluatie blijkt dat de invoering van de Wibv heeft bijgedragen aan uniformiteit in de financieringsstructuur en in het veiligheidsbeleid en het kwaliteitsbeleid. De wet hoeft dus niet ingrijpend gewijzigd te worden. ZonMW constateert dat Sanquin een goede relatie onderhoudt met haar stakeholders. Daartoe is een uitgebreide overleg- en adviesstructuur opgezet. Volgens ZonMW is Sanquin een professionele organisatie die nationaal en internationaal vertrouwen geniet. De onderzoekers vinden de verantwoordelijk-

heidsverdeling tussen de minister en Sanquin helder, maar constateren wel, dat deze in de praktijk spanning kan opleveren²⁰. Er is echter geen aanleiding om die verantwoordelijkheidsverdeling te veranderen. Het rapport eindigt met een aantal aanbevelingen voor verdere verbetering binnen de bestaande –volgens de onderzoekers– goed functionerende situatie. De minister heeft in februari 2004 (VWS, 2004b) zijn standpunt over het onderzoeksrapport naar de Tweede Kamer gestuurd. Hij deelt het standpunt dat de Wibv goed functioneert en in de kern niet hoeft te worden gewijzigd en gaat in een bijlage in op de verdere aanbevelingen. In het Ministerieel Plan Bloedvoorziening 2006 (VWS, 2005a) geeft de minister zijn lange termijn visie op de bloedvoorziening. Hij concludeert daarbij onder andere dat de situatie zo stabiel is dat hij kan volstaan met een vierjaarlijks in plaats van een jaarlijks plan en dat de tweede evaluatie van de Wibv een jaar kan worden uitgesteld.

In 1998 is de beoogde oplossing voor het probleem gerealiseerd. Vijf en zeven jaar later wordt vastgesteld dat deze oplossing goed functioneert en niet wezenlijk behoeft te worden bijgesteld. Volgens de onderzoekers en de minister²¹ is er een goede infrastructuur voor de bloedvoorziening en is de publieke verantwoordelijkheid daarvoor goed verankerd. Het probleem is dus afdoende opgelost.

11.5 Analyse van de casus

In de voorgaande hoofdstukken is beredeneerd dat aanbieders in de gezondheidszorg te maken hebben met drie governance werelden met ieder hun eigen wetmatigheden. Dat geldt ook voor de leverancier(s) van bloedproducten. In deze casus wordt geanalyseerd wat de invloed is geweest van de drie governance werelden op de oplossing van het maatschappelijke probleem rond de bloedvoorziening.

11.5.1 Analyse van de uitgangssituatie

In de uitgangssituatie van deze casus komt vooral het spanningsveld tussen de wereld van private en van publieke governance naar voren. In de private wereld lukt het kennelijk niet om een probleem op te lossen dat ook door de partijen in die wereld als een probleem ervaren wordt. Hier komen de elementen van het ‘commercial moral syndrome’ naar voren. De gelijkwaardige partijen (bloedbanken en CLB) staan met elkaar in competitie, vooral bij het verkrijgen van de schaarse donoren. Ze komen niet voldoende tot overeenstemming en er is geen hiërarchie om eenheid af te dwingen. Het CLB vertoont ondernemend gedrag met de verkoop van het overschot van bloedproducten aan het buitenland. Bloedbank directeurs beheren hun eigen regionale winkel. Sommigen van hen zijn ondernemend door nieuwe werkwijzen, door eigen research of door eigen productie van speciale producten. Anderen passen alleen op de winkel en innoveren niet.

De klanten van de regionale bloedbanken zijn de stakeholders met de meeste invloed op het beleid. Ze vormen immers, samen met twee leden op voordracht van Rode Kruis, het bestuur van de bloedbank. Zij hebben dan ook de meeste macht om te bepalen welke doelen de bloedbank moet nastreven. Daarbij is er een spanningsveld tussen de doelen van de bloedbank en van de ziekenhuizen. Bloedbank en ziekenhuis hebben een overeenkomst over de levering van bloedproducten. De prijs van standaardproducten

wordt door het CTG bepaald. Voor producten op maat bepaalt de bloedbank zelf de prijs. Als een klant (een ziekenhuis) niet tevreden is over de kwaliteit, de tijdigheid of de prijs van bloedproducten kan hij, naast de gebruikelijke onderhandelingen tussen klant en leverancier, ook de weg kiezen om het probleem in het bestuur aan te kaarten. De machtsbalans kan daardoor uit evenwicht raken. Als eindverantwoordelijk bestuur kan dezelfde ziekenhuisbestuurder de bloedbank directeur immers opdracht geven om het probleem op te lossen²².

Donoren, andere belangrijke stakeholders, hebben weinig invloed op de besturing van de bloedbank²³. De bestuursleden van de bloedbank op voordracht van het Nederlandse Rode Kruis worden geacht naar het donorbelang te kijken, maar ze hebben geen direct contact met de daadwerkelijke donoren. De medewerkers hebben de normale invloed via de ondernemingsraad. Een cliëntenraad volgens de WMCZ kan er niet zijn. Niet de patiënten maar de ziekenhuizen zijn immers de klanten van de regionale bloedbank.

De overheid heeft op een aantal manieren invloed. Zij bepaalt de vergunning van bloedbank respectievelijk CLB en laat via het CTG de prijzen vaststellen. Ze heeft geen directe invloed op de kwaliteit van de bloedvoorziening, de kwaliteit van de bloedproducten en de omgang met donoren. Weliswaar kan het College voor de Bloedtransfusie richtlijnen opstellen, maar deze komen in overleg met het veld tot stand en er zijn weinig mogelijkheden om naleving af te dwingen en te controleren. Dat kan alleen via de IGZ, waarbinnen de Inspectie Geneesmiddelen toezicht houdt op de bloedbanken. In een tijd, waarin internationaal de bloedvoorziening onder druk komt te staan en de maatschappelijke risico's van het verspreiden van besmet bloed dan wel het onvoldoende beschikbaar zijn van bloedproducten toenemen, biedt het bestaande private systeem niet voldoende garanties dat veranderingen tijdig tot stand komen.

Het voortduren van dit probleem brengt publieke risico's met zich mee. De minister van VWS ervaart onvoldoende beïnvloedingsmogelijkheden om veranderingen tot stand te brengen. Hoewel alle partijen onderkennen dat er veranderingen nodig zijn, komen deze slechts langzaam en mondjesmaat tot stand²⁴. Politiek wordt de bloedvoorziening steeds meer een item door de problemen die zich in andere landen voordoen. Er ontstaat vrees voor maatschappelijke problemen en gezondheidsrisico's. Daarom is er reden om de invloed van de publieke governance wereld op de bloedvoorziening te vergroten. Waar tot nu toe de invloed van de publieke governance wereld vooral voorwaarden-scheppend en kaderstellend was, ontstaat de behoefte om de bloedvoorziening te zien als een maatschappelijk noodzakelijke infrastructuur waarvoor de overheid verantwoordelijkheid moet dragen. Bloedvoorziening wordt dus in 1996 expliciet benoemd als een publiek belang, waar dat eerder niet of impliciet zo was.

De invloed van professionals governance in deze casus is gering. Juist het ontbreken van een systeem van professionals in bloedvoorziening vergroot het probleem. Er waren geen 'bloed'-professionals met een gestandaardiseerde opleiding²⁵. Er was geen gilde dat standaarden en protocollen overeenkomt, waaraan de leden zich moeten houden. Voor zover er internationaal 'evidenced based' kennis was over de beste wijze van bloedproductie²⁶, stond het de inhoudelijk deskundigen in Nederland vrij om daarover van mening te verschillen en per organisatie tot verschillende oplossingen te komen. Het ontbreken van de professionele eenheid versterkte de noodzaak om in één van beide

andere werelden tot een oplossing te komen. Omdat eenheid niet tot stand kwam op basis van professionele overeenstemming moest deze hier via eenheid van beleid (één organisatie, de beslissing bij de minister) opgelegd worden.

11.5.2 *Analyse van de probleemoplossing*

Het proces om te komen tot een oplossing voor het probleem wordt in gang gezet door de minister van VWS. Zij maakt zich probleemeigenaar en neemt de verantwoordelijkheid voor het veranderingsproces op zich. Daarbij zal ongetwijfeld een rol spelen dat zij het dossier uit eigen ervaring goed kent²⁷ en het vertrouwen van het veld geniet. De minister heeft een duidelijk doel voor ogen. Zij wil de publieke invloed op het systeem vergroten. Of anders gezegd de bloedvoorziening moet meer terecht komen in de wereld van publieke governance en minder onderhevig zijn aan het onderhandelingspel in de wereld van private governance.

De private wereld van de bloedvoorziening geeft zijn macht natuurlijk niet zo maar op. Er moet dus een onderhandelingspel gespeeld worden om de doelen te bereiken. De minister moet tegelijkertijd opereren in de wereld van private en publieke governance en die twee werelden met elkaar verbonden houden. In een proces van anderhalf jaar is onder regie van de minister het beoogde doel bereikt, namelijk de vorming van de stichting Sanquin per 1 januari 1998.

In de wereld van private governance kan de combinatie van 20 organisaties alleen tot stand komen door overleg en onderhandeling. VWS treedt daar op als een van de partners in het onderhandelingsproces, maar wel als degene die het proces regisseert en faciliteert. Er komt een stuurgroep bestaande uit vertegenwoordigers van alle partijen. VWS stelt een onafhankelijke projectleider aan, die rechtstreeks aan de minister rapporteert. Werkgroepen van dezelfde partijen worden ingesteld om onder verantwoordelijkheid van de stuurgroep en aangestuurd door de projectleider de verschillende aspecten uit te werken.

Uitgebreid overleg leidt er toe dat VWS, CLB en bloedbanken op 24 februari 1997 een intentieverklaring tekenen om 'te komen tot één landelijke organisatie onder toezicht van de overheid'²⁸. Het proces is erop gericht om per 31 december 1997 te komen tot een vrijwillige fusie van de bloedbanken, de federatie en het CLB tot één nieuwe organisatie²⁹.

Hier wordt het spel dus gespeeld volgens de mores en de spelregels van private governance. Er is sprake van vrijwillige overeenkomsten waarover wordt onderhandeld. De besluitvorming over fusie geschiedt door de afzonderlijke besturen van de stichtingen volgens de privaatrechtelijke fusieregels. Omdat niet alle besturen aan de onderhandelingen deel kunnen nemen, wordt het bestuur van de federatie gemandateerd om de onderhandelingen te voeren. In de procedure wordt door de stuurgroep intensief overleg met de verschillende regionale en landelijke stakeholders (onder andere de donororganisaties, de NVZ, de VAZ en de Vereniging Het Nederlandse Rode Kruis³⁰) gevoerd om daar acceptatie van de ontwikkeling te krijgen.

In de wereld van publieke governance worden tegelijkertijd stappen gezet volgens de daar geldende spelregels. Er wordt een nieuwe wet (de Wibv) opgesteld en in procedure gebracht, zodanig dat deze van kracht is op het moment dat de nieuwe organisatie er zal zijn.

Tegelijkertijd wordt de bestaande Wet op de Bloedtransfusie uit 1988 gebruikt om een spreidingsplan Bloedbanken op te stellen, dat uitgaat van 9 in plaats van 20 regionale bloedbanken. Daarmee heeft de overheid twee instrumenten in handen om de 'vrijwillige' samenwerking in het private veld onder druk te zetten. Het spreidingsplan zal immers maar 9 bloedbanken toestaan. Dat zal alle bloedbanken dwingen om opnieuw een erkenning aan te vragen. Aan die erkenning kan de overheid voorwaarden verbinden, die moeten leiden tot fusie van de bloedbanken. Dit spreidingsplan is nodig voor het geval de nieuwe Wibv niet tijdig van kracht wordt³¹. De Wibv staat maar één uitvoeringsorganisatie toe. Deze wordt door de minister aangewezen. Mocht de samenwerking tussen de bestaande partijen dus niet tot stand komen dan heeft de minister de mogelijkheid om één bestaande organisatie aan te wijzen, of zelfs een nieuwe organisatie daarvoor uit te kiezen. Met deze stappen in de publieke governance wereld wordt de druk in de private governance wereld aanzienlijk opgevoerd.

In de publieke governance wereld heeft de minister duidelijke doelen voor ogen, die ook expliciet worden verwoord tijdens het hele proces. In die doelen zit een harde kern, die onveranderbaar is, en speelruimte om afhankelijk van de ontwikkelingen en het draagvlak tot bijstelling te komen. De overheid handelt daarmee in dit geval volgens de principes van de tweede school, zoals genoemd in hoofdstuk 7. Zij stelt zich als partij in de onderhandelingen op en is bereid compromissen te sluiten om haar doel te bereiken. Die compromissen wil zij alleen sluiten als haar kerndoelen overeind blijven. In dit geval zijn die kerndoelen:

- Publieke verantwoordelijkheid voor de infrastructuur voor de bloedvoorziening.
- Het onderbrengen van die infrastructuur in één organisatie om afstemmings- en coördinatieproblemen te voorkomen.
- Het waarborgen van de landelijke zelfvoorziening van bloed en de bloedwinning en -levering op niet commerciële basis.
- Publieke verantwoordelijkheid voor de beleidsmatige keuzen over de kwaliteit en de kwantiteit van de bloedvoorziening.
- De mogelijkheid om die verantwoordelijkheid waar te maken ('door handhaving, toezicht en de mogelijkheid in te grijpen').

De minister sluit compromissen in de formele positie van die organisatie. Vanuit een theoretisch perspectief betekent een zo duidelijke keuze voor publieke verantwoordelijkheid bijna vanzelfsprekend dat de organisatie van de bloedvoorziening een publiekrechtelijke vorm zal hebben. In de memorie van toelichting op de Wibv motiveert de minister waarom zij voor een privaatrechtelijke organisatie gekozen heeft. Uit onderzoek is haar gebleken dat de maatschappelijke weerstand tegen het afwijken van de bestaande privaatrechtelijke bloedvoorziening het realiseren van een publiekrechtelijke organisatie in de weg zal staan. Zij verwacht in dat traject zodanige onrust bij publiek en in het veld, dat ze haar doelen niet bereikt en dat de bloedvoorziening ernstig in gevaar zal komen (VWS, 1997b, pagina 3 derde alinea). Zij stelt haar doel om publieke verantwoordelijkheid te dragen en macht over de bloedvoorziening te krijgen boven de vorm, die aan die machtsuitoefening gegeven wordt. Die keuze past in de politieke opvattingen van die tijd, waarin ook de railinfrastructuur en het hoogspanningsnet in privaatrechtelijke organisaties worden ondergebracht. Bovendien past het niet in het

toenmalige overheidsbeleid om meer functies tot de publieke taakorganisatie te rekenen en daarmee het aantal ambtenaren uit te breiden. De minister bouwt voorts in de wet in, dat zij een andere organisatie dan Sanquin kan aanwijzen voor de uitvoering van het Plan Bloedvoorziening. De organisatie wordt immers niet met naam genoemd, alleen de eisen die er aan gesteld worden staan in de wet.

Er wordt dus ingezet op één privaatrechtelijke organisatie, die onder toezicht staat van de minister en aan de minister verantwoording aflegt. Daarnaast moet de minister de mogelijkheid hebben om in te grijpen. De formuleringen in de Wibv zijn daarop gericht. De macht van de privaatrechtelijke organisatie wordt in de Wibv behoorlijk ingeperkt. Het is immers de minister die een plan voor de bloedvoorziening vaststelt. Dat plan moet door de aangewezen privaatrechtelijke organisatie uitgevoerd worden. De minister maakt beleid. Sanquin voert uit.

De keuze voor privaatrechtelijke invulling van de bloedvoorziening vervult een grote rol in het spel dat de minister in beide governance werelden speelt. Zij scheidt daarmee in de private governance wereld voor de bestaande partijen de mogelijkheid om te onderhandelen over de nieuwe organisatie en de wijze, waarop partijen daar in op gaan. Maar zij legt er tegelijk de dreiging op dat als dat niet lukt, er alsnog een publiekrechtelijke organisatie komt.

In het publieke domein wijst zij de Kamer er op dat het eisen van een publiekrechtelijke organisatie het proces om publieke invloed te krijgen zal verstoren. Zij heeft daarvoor al draagvlak gecreëerd in het overleg met de Vaste Kamercommissie van VWS op 27 november 1996³², dus ruim voor zij daadwerkelijk stappen zet in de private wereld van governance. Anderzijds dient zij de Wibv pas in bij de Tweede Kamer op 9 oktober 1997, wanneer de ontwikkelingen in het fusieproces in de private governance wereld zo ver zijn gevorderd, dat bijna geen weg terug meer mogelijk is.

Binnen de wereld van publieke governance gebruikt de minister dus een groot gedeelte van het governance instrumentarium:

- Zij formuleert duidelijke publieke doelen.
- Zij definieert de noodzakelijke publieke verantwoordelijkheid.
- Zij realiseert tijdig de noodzakelijke wetgeving.
- Ze creëert politiek en maatschappelijk draagvlak.
- Ze verschaft de overheid de instrumenten om in de toekomst invulling te geven aan de publieke verantwoordelijkheid.

Reeds eerder is opgemerkt dat de wereld van professionals governance in deze casus slechts een geringe rol speelt. Er is geen organisatie van professionals in de bloedvoorziening. Die kan dan ook niet het maatschappelijk debat beïnvloeden. Maar daardoor is er evenmin een externe kracht geweest die op professioneel niveau standaardisatie af zou kunnen dwingen. Voor een deel dwingt het gebrek aan standaardisatie de overheid tot ingrijpen vanuit publieke governance. Anderzijds maakt dat het ingrijpen er wellicht makkelijker op omdat er geen professionele tegenkracht is.

11.5.3 Analyse van de huidige situatie

Het oorspronkelijke probleem is opgelost door de vorming van Sanquin. Vijf jaar later is de situatie geëvalueerd en is geconcludeerd dat het systeem op hoofdlijnen goed functioneert en dat geen fundamentele aanpassingen nodig zijn. Tevens concludeert ZonMW dat binnen Sanquin de professionalisering is toegenomen en de kwaliteit van de bloedvoorziening beter is veilig gesteld.

In de afgelopen periode zijn er geen maatschappelijke problemen op het gebied van de bloedvoorziening geweest en is er op geen enkele wijze politieke commotie ontstaan. Uit de Kamerstukken blijkt dat opeenvolgende ministers jaarlijks keurig op tijd een plan voor de bloedvoorziening indienen, dat weinig aanleiding geeft tot discussie in de Kamer. Uit die stukken blijkt tevens dat zowel het plan als de begroting van Sanquin in overleg tussen Sanquin en de minister tot stand komen. Wel is gesignaleerd dat in tijd gezien de begroting van Sanquin eerder klaar moet zijn om de prijsconsequenties van bloedproducten voor ziekenhuizen tijdig beschikbaar te hebben. Volgens de Minister (VWS, 2005a) zijn daar inmiddels afspraken over gemaakt.

Uit het jaarlijkse plan voor de bloedvoorziening (VWS, 2004a, 2005a) blijkt dat de minister voorstellen van Sanquin voor wijzigingen in de bloedproductie zorgvuldig weegt en op grond van een maatschappelijke afweging wel of niet overneemt. Daarmee geeft hij invulling aan zijn ministeriële verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van de bloedvoorziening. In die besluiten is wel een spanning te zien tussen de professionele wensen van Sanquin en de publieke afweging van de minister. In het Ministerieel Plan Bloedvoorziening 2006 (VWS, 2005a, hoofdstuk 3) beschrijft de minister die spanning. Hij constateert dat het bestuur van de bloedvoorziening mogelijk aansprakelijk is als een veiligheidsmaatregel beschikbaar is, maar de overheid niet bereid is deze te financieren. Hij maakt geen keuzen die de spanning oplossen.

Op grond van de huidige situatie kan geconcludeerd worden dat het probleem afdoende is opgelost. Er is een evenwicht gevonden tussen de publieke en private governance van de bloedvoorziening. Sanquin voert als privaatrechtelijke organisatie met een eigen bestuur en eigen toezicht een publieke taak uit. Het systeem is in de afgelopen jaren niet onder druk komen te staan. Er zijn geen verstoringen in de bloedproductie. Er zijn geen tekorten aan donoren of aan bloedproducten. De kwaliteit van de bloedvoorziening is vergroot. Binnen het huidige construct komt de professionele ontwikkeling beter uit de verf dan in de oude situatie.

De bloedvoorziening is nu in handen van een private organisatie, die moet handelen binnen strikte kaders van de overheid. De minister bepaalt jaarlijks het plan, de beschikbare middelen en de investeringen voor Sanquin. Hij doet dat door goedkeuring van het jaarplan en de begroting van Sanquin, die volgens de private governance spelregels³³ binnen Sanquin tot stand zijn gekomen³⁴ en die vallen binnen de kaders van het publieke ministeriële plan voor de bloedvoorziening.

Het systeem werkt al een aantal jaren naar tevredenheid van alle partijen. Verschillen van inzicht gaan meestal over veiligheidsmaatregelen of beschikbare middelen. Tot nu toe zijn die door overleg of door politieke druk opgelost.

De vraag dient zich aan of de combinatie van private uitvoering onder publieke verantwoordelijkheid tot problemen kan leiden en of die in de huidige constructie opgelost kunnen worden. Wat gebeurt er als Sanquin naar het oordeel van de minister structureel slecht functioneert en de bloedvoorziening in gevaar komt?

In de Wibv is een aantal mogelijkheden ingebouwd om deze problemen vanuit het publieke perspectief op te lossen. De bloedvoorzieningsorganisatie moet volgens artikel 8 en 9 jaarlijks verslag uitbrengen aan de minister en hem informeren als er problemen in de bloedvoorziening ontstaan. Als de bloedvoorzieningsorganisatie de wet niet of onvoldoende naleeft kan de minister (volgens artikel 10) een aanwijzing geven en in spoedeisende gevallen kan een ambtenaar van de IGZ, die met het toezicht is belast (artikel 20) een bevel geven. Indien zo'n bevel niet wordt opgevolgd kan de minister een bewindvoerder aanstellen. Als de minister van oordeel is dat de bloedvoorzieningsorganisatie haar taken niet op verantwoorde wijze vervult, kan hij 'ter zake regels stellen' (artikel 11). Welke die regels zijn staat niet in de wet.

De minister heeft geen invloed op de samenstelling van de raad van bestuur en de raad van toezicht van Sanquin. Als Sanquin niet aan de publieke doelen voldoet, heeft de minister geen mogelijkheden om in te grijpen in bestuur en toezicht. Dat is een consequent doortrekken van het principe van private uitvoering van een publieke taak. Als de minister zou willen ingrijpen in het bestuur van Sanquin, dan kan dat alleen door een bewindvoerder aan te stellen als Sanquin een bevel van de IGZ niet opvolgt. Dan moet er een zeer ernstig en acuut probleem zijn, waarbij de volksgezondheid in gevaar is. In duidelijk omschreven extreme situaties biedt de constructie dus mogelijkheden voor publiek ingrijpen in de private besturing.

Wanneer er een permanent probleem is kan de minister volgens artikel 3 een andere organisatie dan Sanquin aanwijzen als de rechtspersoon die de bloedvoorziening uitvoert. Die rechtspersoon is er echter niet (en mag er wettelijk niet zijn). Praktisch is het dus slecht denkbaar dat de minister de aanwijzing van Sanquin intrekt en een andere rechtspersoon aanwijst.

Bij de bloedvoorziening zijn de publieke governance wereld en de private governance door de Wibv en de statuten van Sanquin in hoofdlijnen goed en principieel juist op elkaar afgestemd³⁵ en zijn er mogelijkheden om spanningen tussen beide werelden op te lossen.

Er zijn latente risico's in de constructie, die kennelijk de afgelopen jaren niet tot problemen hebben geleid. Beide zijn al eerder genoemd:

- De minister beslist welke veiligheidsmaatregelen toegepast worden. Als een maatregel beschikbaar is, maar door een besluit van de minister niet wordt toegepast, zou wellicht de raad van bestuur van Sanquin aansprakelijk gesteld kunnen worden.
- Sanquin is een hybride organisatie, die naast haar publiek taak voor de Nederlandse bloedvoorziening marktgerichte activiteiten verricht door verkoop van bloedproducten aan het buitenland. Over die activiteiten heeft de minister geen zeggenschap. Er kan echter spanning zijn tussen de publieke en de marktactiviteiten.

11.6 Conclusies uit deze casus

De vorming van Sanquin is een voorbeeld van de combinatie van private en publieke governance. Een maatschappelijk probleem is opgelost met een grote verschuiving van de verantwoordelijkheid naar de publieke governance wereld. Zeven jaar later duidt alles erop dat de aanpak succesvol is geweest en dat de gekozen oplossing goed functioneert. De constructie voorziet in een goede afstemming van de publieke en de private governance wereld en bezit voldoende probleemoplossend vermogen. De professionele invloeden zijn geïncorporeerd in de private rechtspersoon Sanquin. Afstemming tussen professionele en publieke opvattingen over de kwaliteit van de bloedvoorziening vindt plaats door goedkeuring van de plannen en begroting van Sanquin door de minister. Professionele voorstellen worden publiek gewogen en over deze weging wordt aan de volksvertegenwoordiging verantwoording afgelegd.

Uit de totstandkoming van Sanquin blijkt dat het mogelijk is om succesvol in twee governance werelden te opereren en blijvend een goede oplossing te bereiken. De vraag is waar dit succes aan te danken is. Er is daarvoor een aantal elementen te benoemen:

- Er is één persoon/functionaris³⁶, die zich eigenaar maakt van het probleem.
- Die persoon/functionaris heeft duidelijke doelen voor ogen, maakt die expliciet en houdt daar consequent aan vast. Ook heeft hij een duidelijk beeld welke kerndoelen overeind moeten blijven en op welk deel compromissen mogelijk zijn.
- De probleemeigenaar is zich zeer bewust van het acteren in twee governance werelden.
- Hij past zich aan bij de mores, die in beide werelden verschillend zijn, en gebruikt in iedere wereld de daar geëigende instrumenten.
- Hij zorgt voor verbinding tussen beide werelden, door in de publieke wereld acties te ondernemen die het speelveld in de private wereld inperken, zonder dat daardoor een blokkade op de onderhandelingen ontstaat. En anderzijds door de speelruimte in de private wereld tijdig bespreekbaar te maken in de publieke wereld.
- De overheid acteert in deze casus dus volgens de principes van de tweede school, namelijk als onderhandelingspartij in het maatschappelijk speelveld. Een risico van deze benadering is dat de onderhandelingsresultaten van het overheidsbestuur niet worden geaccepteerd door de democratische organen. In dit geval is dat risico ingeperkt door reeds in een vroeg stadium de ruimte voor compromissen in de onderhandelingen bespreekbaar te maken in de vaste Kamercommissie en daarvoor politiek draagvlak te krijgen.
- De versnippering van bestuurlijke macht en het ontbreken van een gezamenlijke visie in de private governance wereld³⁷ leiden ertoe dat er geen geconcentreerde tegenmacht tegen de acties van de minister is. Daardoor kunnen private partijen bijna niet anders dan de lijn van de minister volgen. Dat gebeurt echter zodanig dat alle bestuurlijke gremia wel hun eigen beslissingen volgens de spelregels van private governance nemen en dus in hun waarde gelaten worden.

-
- Bovendien kan het private veld bogen op bereikte resultaten, want de nieuwe bloedvoorziening blijft immers privaatrechtelijk en er wordt een aantal problemen opgelost, die alle partijen al lang zagen³⁸.
 - Er wordt een strak tijdschema gehanteerd zonder weg terug omdat een nieuwe wet in werking treedt, die het bestaansrecht van de private partijen ondermijnt.
 - Er zijn sancties mogelijk³⁹ als iemand niet meewerkt.

12

De Landelijke Huisartsen Vereniging

12.1 Inleiding

De huisartsgeneeskunde heeft zich in Nederland na de Tweede Wereldoorlog ontwikkeld tot een zelfstandige medische professie, die een belangrijke plaats inneemt in het gezondheidszorgstelsel. Deze ontwikkeling is tot stand gekomen door inspanningen van de beroepsgroep zelf en haar beroepsorganisaties, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Gedurende een lange periode leverde dat een goed functionerende huisartsgeneeskunde op met voldoende kwaliteit en beschikbaarheid van huisartsen en een belangrijke rol van de huisartsen in het gehele gezondheidszorgstelsel.

De overheid heeft heel lang de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde overgelaten aan de beroepsgroep. Ze heeft dit proces gestimuleerd door de beroepsgroep het monopolie te geven en door het toekennen van de rol van poortwachter voor de toegang tot ziekenhuiszorg. Ze heeft publieke middelen ter beschikking gesteld voor beide beroepsverenigingen en voor de bedrijfsvoering van huisartsen. Recent is de overheid zich intensiever met de positie van de huisarts gaan bemoeien¹. Eén van de redenen is, dat er een tekort aan huisartsen dreigt te ontstaan².

Parallel daaraan is bij de leden van de LHV onvrede ontstaan over de organisatie van de vereniging en de wijze waarop het bestuur de belangen van de leden behartigt. Dit leidt tot grote druk om de doelen en de structuur van de vereniging te herzien. De nieuwe structuur van de LHV en haar nieuwe positie in het maatschappelijk speelveld zijn per 1 januari 2005 tot stand gekomen. In deze casus wordt de ontwikkeling van de LHV bestudeerd in relatie tot de ontwikkeling van de Nederlandse huisartsgeneeskunde.

12.2 Beschrijving van de casus

12.2.1 Huisartsgeneeskunde in Nederland

Op 5 juli 2005 stonden er 10.210 huisartsen ingeschreven in het BIG register³. Volgens cijfers van VWS (2004c) praktiseerden in 2002 in totaal 8.107 huisartsen⁴ in 4.631 praktijken voor gemiddeld 2.400 inwoners. De meerderheid van de huisartsen werkt

als zelfstandige beroepsbeoefenaar in een solo- of groepspraktijk⁵. Slechts een klein deel van de huisartsen is in loondienst, meestal bij een gezondheidscentrum. De zelfstandig gevestigde huisartsen werken meestal samen in huisartsgroepen (Hagro⁶) om de waarneming te regelen. De laatste jaren wordt de samenwerking intensiever door gezamenlijke huisvesting en regionale huisartsenposten (HAP).

De huisarts financiert zijn praktijk op basis van vergoedingen per patiënt en een praktijkvergoeding, waarvoor hij een overeenkomst met de zorgverzekeraar(s) sluit. Sinds de invoering van de nieuwe zorgverzekering per 1 januari 2006 krijgt de huisarts voor iedere ingeschreven patiënt een vast bedrag per jaar⁷ en brengt hij daarnaast een bedrag per consult in rekening⁸. Daarnaast kan de huisarts extra middelen voor praktijkondersteuning en voor zwaardere praktijkuitvoering⁹ krijgen.

In de ziekenfondswet (ZFW) had de huisarts de functie van poortwachter voor de tweedelijnsgezondheidszorg. Ziekenfondspatiënten konden alleen door de huisarts naar de medisch specialistische zorg in ziekenhuizen verwezen worden. Een belangrijk onderdeel van dit systeem was de 'inschrijving op naam'. Iedere ziekenfondspatiënt moest zich op naam inschrijven bij één huisarts. Die kende de patiënt en zijn familie en hield daar dossier van. Door die kennis was de huisarts in staat de gezondheidsproblemen van de patiënt te plaatsen in diens sociale context en kon hij ook beter over doorverwijzen beslissen. Een patiënt kon eenmaal per jaar van huisarts wisselen. Het dossier werd dan overgedragen. Hoewel het systeem niet verplicht was voor particulier verzekerde patiënten, lieten ook zij zich meestal op naam bij een huisarts inschrijven en wendden zij zich in meerderheid (circa 75% volgens Groenewegen en Delnoij, 1997) eerst tot de huisarts voor ze het ziekenhuis bezoeken. In de praktijk vervulde de huisarts de poortwachterfunctie voor de meerderheid van zijn patiënten. Met de invoering van de basisverzekering per 1 januari 2006 geldt de poortwachterfunctie voor alle verzekerden.

De huisarts heeft voor die poortwachterfunctie brede diagnostische vaardigheden nodig en hij moet kunnen beslissen (triage) of hij het probleem zelf op kan lossen of door moet sturen. Hij moet dus ook in staat zijn een breed scala aan aandoeningen zelf te behandelen. Hij wordt geacht dat te doen met oog voor de somatische, psychische en sociale aspecten van de patiënt en diens omgeving. De Nederlandse huisarts is daar voor bekwaam en bevoegd. Hij vervult die rol zorgvuldig en gewetensvol. De huisarts handelt zelf 96% van de klachten af en verwijst in 4% door naar de tweede lijn of anderszins (Nivel, 2004, 2005).

De huisarts vervult deze cruciale functie in de Nederlandse gezondheidszorg op een maatschappelijk bevredigende manier. De huisartsgeneeskunde draagt bij aan een goede gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking en kostenbeheersing in de Nederlandse gezondheidszorg. De Nederlandse huisartsenzorg wordt in het buitenland vaak als voorbeeld genomen. In het nieuwe zorgstelsel is de poortwachterfunctie gehandhaafd. Deze staat echter onder druk, omdat er een tekort is aan huisartsen en omdat steeds meer Nederlanders rechtstreeks naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis gaan.

Huisartsgeneeskunde is sinds het begin van de zeventiger jaren een erkend specialisme. Iemand mag alleen praktijk als huisarts uitoefenen als hij zijn artsdiploma heeft en daarna de driejarige specialisatie tot huisarts heeft doorlopen. Hij krijgt dan een erkenning¹⁰ voor vijf jaar, welke alleen verlengd wordt als hij gedurende die periode voldoende heeft gepraktiseerd en aantoonbaar voldoende aan scholing heeft gedaan. Sinds 1993 worden huisartsen geregistreerd in het BIG register.

Sinds 1956 zijn er twee beroepsorganisaties voor de huisarts. Beide hebben de verenigingsstructuur en van beide kan een huisarts lid worden. De LHV is in 1946 opgericht om de belangen van de huisartsen te behartigen. Meer dan 90% van de praktiserende huisartsen in Nederland¹¹ is lid van de LHV. De LHV is aangesloten bij de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de federatie¹² van de beroepsverenigingen van artsen in Nederland. De LHV combineert vanouds belangenbehartiging en toelating van artsen tot het huisartsenvak met dienstverlening aan de leden en na- en bijscholing.

De ontwikkeling van huisartsgeneeskunde als afzonderlijke medische discipline krijgt een stevige impuls met de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in 1956. Van het NHG is circa 80% van de huisartsen lid (www.nhg.artsennet.nl¹³). Het NHG is aangesloten bij de Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen (FMWV). Het NHG richt zich op de inhoudelijke en professionele ontwikkeling van het huisartsenvak en op deskundigheidsbevordering van huisartsen. Het draagt bij aan wetenschappelijk onderzoek, het ontwikkelt professionele standaarden voor de behandeling van aandoeningen en het draagt bij aan de ontwikkeling van het curriculum voor de huisartsopleiding. Het ontwikkelt de inhoud voor de bij- en nascholing van huisartsen, die nodig is voor herregistratie in het BIG register.

12.2.2 De ontwikkeling van 1950 tot 1970

De algemene dokter, die op huisbezoek komt bij de patiënt en op grond van algemene medische kennis diagnosticeert en behandelt of doorverwijst naar de medisch specialist, bestaat al sinds de negentiende eeuw. Er zijn in die tijd geen specifieke eisen, waaraan deze arts moet voldoen, en zijn handelen wordt niet getoetst. De huisarts verkrijgt zijn kennis van de medisch specialisten uit het ziekenhuis en maakt gebruik van de kennis uit verschillende disciplines (NHG/LHV, 2004)¹⁴. Iedereen, die een artsdiploma heeft kan zich in principe vestigen als huisarts. De huisarts is zelfstandig ondernemer. Ondersteuning en dienstverlening aan de individuele huisarts zijn beperkt. In zijn solopraktijk heeft de huisarts niet zo veel hulp nodig.

Het NHG beoogt de huisartsgeneeskunde een meer wetenschappelijke basis te geven. In 1959 wordt in Woudschoten (NHG, 1959) de inhoud van de huisartsgeneeskunde beschreven in de maatschappelijke context als 'het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor het individu en het gezin'. In 1966 wordt de eerste leerstoel voor wetenschappelijk onderzoek naar huisartsgeneeskunde ingesteld. De inhoudelijke ontwikkeling van het vak komt tot stand door initiatieven van het NHG in nauwe samenwerking met universiteiten. De meerderheid van de huisartsen wordt lid van het NHG.

De LHV beijvert zich voor de erkenning van het vak huisartsgeneeskunde. Zolang die erkenning er nog niet is, blijkt de kwalificatie van een praktiserend huisarts alleen uit het lidmaatschap van de LHV. Het lidmaatschap van de LHV is de voorloper op de registratie als huisarts. De overgrote meerderheid van de huisartsen is in die periode lid van de LHV. De inspanningen van de LHV voor de erkenning van huisartsgeneeskunde als beroep gaan in deze periode samen met het behartigen van de materiële belangen van haar leden.

De overheid heeft in deze periode weinig bemoeienis met het huisartsenvak. De ontwikkeling van het vak wordt aan de beroepsgroep overgelaten. De huisarts is geen onderdeel van een geleid publiek gezondheidszorgsysteem. De Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst (1857)¹⁵ geldt, het artsdiploma is verplicht en zo nodig kan de Geneeskundige Inspectie ingrijpen.

12.2.3 De ontwikkeling van 1970 tot 1992

Tussen 1970 en 1992 komt de huisartsgeneeskunde als aparte professie tot wasdom. Het vak krijgt een sterke impuls door de structuurnota van Staatssecretaris Hendriks (Ministerie Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1974), waarin de echelons in de gezondheidszorg worden ingevoerd. In de daarop volgende wijziging van de ZFW wordt de rol van de huisarts als poortwachter voor de toegang tot de tweedelijnszorg geregeld.

Het vak zelf ontwikkelt zich verder. Vanaf het begin van de zeventiger jaren worden aan de universiteiten vakgroepen huisartsgeneeskunde opgericht. In 1972 gaat de eerste opleiding tot huisarts van start. Gaandeweg ontwikkelt de huisarts zich tot een professional met een eigen vak, dat zich onderscheidt van andere specialisaties in de geneeskunde. Het beroep krijgt erkenning. Beroepsbeoefenaren worden als zodanig geregistreerd. Registratie is mogelijk voor artsen, die de specifieke huisartsenopleiding hebben gevolgd, en voor alle huisartsen, die al praktiseerden voor de opleiding startte. Vanaf 1973 worden huisartsen geregistreerd door de Huisartsen Registratie Commissie (HRC)¹⁶. In 1989 wordt dit register uitgebreid met de verpleeghuisartsen (HVRC). In 1993 wordt dit register onderdeel van het BIG register.

De poortwachterfunctie geeft de huisarts een centrale rol in het gezondheidszorgsysteem. Als de huisarts zijn poortwachterrol goed vervult, draagt hij bij aan het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg. Daarom wordt beleidsmatig de rol van de huisarts benadrukt. Hij wordt financieel op verschillende manieren tegemoet gekomen. Het streven van de overheid is erop gericht dat de huisarts meer kleine verrichtingen zelf doet en daarvoor een aparte vergoeding krijgt, zodat nog minder verwijzing naar het ziekenhuis nodig is.

De goodwill, die nieuwe huisartsen moeten betalen voor de overname van een praktijk, wordt in toenemende mate een belemmering voor praktijkovername. In 1985 sluit de LHV met de overheid een convenant, dat voorziet in afschaffing van goodwill voor de overname van huisartsenpraktijken. Er wordt een fonds¹⁷ opgericht dat aan huis-

artsen, die zich voor 31 december 1985 gevestigd hebben¹⁸, een uitkering zal doen bij praktijkbeëindiging. Dit fonds wordt gedurende 16 jaar gevoed met dotaties van de zorgverzekeraars en zal uiteindelijk aan 5.977 huisartsen een uitkering doen (Stichting Goodwillfonds voor Huisartsen, 2005). Door toepassing van dit convenant geschiedt de overname van huisartsenpraktijken sinds 1986 zonder goodwillbetaling.

Het regionale ziekenfonds is tot 1992 volgens de ZFw verplicht om met iedere huisarts in zijn werkgebied een contract te sluiten. Er is voor geen van de belanghebbenden reden om verschillende individuele contracten te sluiten. Daarom ontstaat de gewoonte dat de LHV landelijk één contract sluit met de koepel van de ziekenfondsen¹⁹. De overeenkomst regelt het abonnementstarief voor ziekenfondsverzekerden en de praktijkvergoeding. In die contracten worden de maximumtarieven van het COTG gehanteerd. Dat contract geldt voor alle huisartsen en voor alle ziekenfondsen (LHV, Beleidskader Overeenkomsten, 1996).

Vanuit het belang van de zittende beroepsbeoefenaren is het gewenst dat zich niet te veel huisartsen vestigen, want dan wordt de spoeling te dun. Het is dan ook vanzelfsprekend dat de LHV de toelating van nieuwelingen tot het vak en de vestiging van huisartsenpraktijken reguleert. De LHV bepaalt waar huisartsenpraktijken gevestigd mogen zijn en heeft grote invloed op overname van die praktijken door nieuwe huisartsen. Nog niet gevestigde huisartsen kunnen als waarnemer aan de slag en zijn voor het vinden van die waarneemplaatsen afhankelijk van de LHV. In 1992 legt de LHV haar bemoeienis met de vestiging van huisartsen vast in het Beleidskader Vestigingsbeleid (LHV, 1992), dat zal gelden tot 2001²⁰.

Voor de huisarts is de situatie in deze periode heel overzichtelijk. Hij is als zelfstandig beroepsbeoefenaar gevestigd, maar zijn materiële positie wordt in belangrijke mate bepaald door de LHV. Die zorgt dat hij zich kan vestigen en aan het eind van zijn carrière zijn praktijk aan een opvolger kan overdoen. De beroepsvereniging zorgt door inperking van de instroom in de huisartsenopleiding en door het vestigingsbeleid dat er niet te veel huisartsen komen. De LHV regelt landelijk de financiële condities en de verantwoorde praktijkgrootte en heeft daarmee ook invloed op de werkdruk voor de individuele huisarts. Capaciteitsplanning en capaciteitsinzet zijn in handen van de LHV. De LHV is de contractpartner voor overheid en zorgverzekeraars voor de organisatorische en financiële kant van de huisartsenzorg.

De huisartsenpraktijk wordt ingewikkelder. Er komt automatisering, er komen meerdere doktersassistenten waaraan leiding gegeven moet worden. Meer artsen gaan in groepspraktijken of andere constructies met elkaar samenwerken²¹. Vooral in de jaren na 1990 neemt het aantal parttime huisartsen en het aantal vrouwelijke huisartsen toe. Het samenwerken met meerdere artsen, waarvan een deel parttime werkt, stelt andere eisen aan de praktijkvoering. Het vraagt om inhoudelijke afstemming en het handelen volgens standaarden. Er is meer dan in het verleden behoefte aan ondersteuning van de praktijkvoering. Binnen de LHV ontwikkelt zich een dubbele ondersteuningsstructuur. De DHV helpt haar leden vooral met inhoudelijke vraagstukken en samenwerkingsproblemen. Het landelijk bureau van de LHV ondersteunt bij vraagstukken in de praktijkvoering.

De taakverdeling tussen NHG en LHV is duidelijk. Het NHG richt zich met actieve inzet van haar leden op de inhoudelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Het ontwikkelt standaarden, de inhoud van het curriculum voor de opleiding en de nascholing en bijscholing van huisartsen. Er is nauwe samenwerking met de universiteiten zowel voor wetenschappelijk onderzoek als voor het tot stand brengen van de opleiding huisartsgeneeskunde. De LHV richt zich op de maatschappelijke positionering van de huisarts en diens inkomen. Zij behartigt de materiële belangen van de huisarts.

Het in hoofdstuk 8 gesignaleerde spanningsveld tussen geslotenheid om het monopolie van de professie te handhaven en openheid om de kwaliteit van het vak te verbeteren manifesteert zich hier tussen LHV en NHG. De LHV heeft voor een sterke onderhandelingspositie behoefte aan geslotenheid van de professie en mystificatie van het vak. Het NHG wil het vak wetenschappelijk onderbouwen, evidence based standaarden laten gebruiken en het handelen van de huisarts inzichtelijk maken.

De overheid heeft weinig bemoeienis met de huisartsgeneeskunde. Zij schept voorwaarden (huisartsenopleiding, poortwachterfunctie) en biedt financiële zekerheid (contracteerplicht, afschaffing goodwill). Ze staat toe dat de beroepsorganisaties de inhoud, de bedrijfsvoering en de maatschappelijke positie van de huisarts bepalen. Zij legt een belangrijk deel van de gezondheidszorginfrastructuur en een groot deel van de kostenbeheersing op macroniveau daarmee in handen van één beroepsgroep met een monopoliepositie. De overheid vertrouwt erop dat dit monopolie tot voldoende kwaliteit en voldoende beschikbaarheid van professionals leidt, waardoor vanzelf een maatschappelijk gewenste situatie ontstaat. Lange tijd wordt dat vertrouwen door LHV en NHG samen waargemaakt. Er zijn voldoende huisartsen van voldoende kwaliteit, die hun poortwachterfunctie goed uitoefenen. Er zijn weinig onbekwame huisartsen. Er is redelijke tevredenheid bij patiënten. Medisch specialisten baseren hun werk op het verwijsgedrag van huisartsen.

12.2.4 De ontwikkeling van 1992 tot 2004

Vanaf het begin van de negentiger jaren komt er een kentering in de positie van de huisarts. In 1992 wordt de contracteerplicht uit de ZFw voor huisartsen afgeschaft. Dat betekent dat een ziekenfonds dus vanaf dat moment kan besluiten om een huisarts *niet* te contracteren als daar goede redenen voor zijn. In de praktijk blijven alle huisartsen gecontracteerd worden, maar er is nu wel de dreiging dat er geen contract komt als de huisarts onvoldoende kwaliteit levert²².

In 1993 wordt de Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg (BIG) van kracht. Die leidt enerzijds tot de eerder genoemde erkenning van het huisartsenvak als aparte medische discipline. Het leidt er anderszins toe dat de toelating tot het vak geen zaak meer is van de beroepsgroep zelf, maar van de overheid. Het BIG register is een publieke verantwoordelijkheid. De commissies van de KNMG, die over het curriculum en over inschrijving in het register adviseren, krijgen een publiekrechtelijke status als ZBO.

In het begin van de jaren negentig ontstaat het beeld dat er op korte termijn een groot tekort aan huisartsen zal zijn. Een aantal oorzaken is daarvoor aan te wijzen:

- Huisartsen maken hun eigen keuzen, zoals eerder stoppen met werken of parttime gaan werken. De toename van het aantal vrouwen in het vak draagt daaraan bij. Hierdoor zijn minder huisartsen beschikbaar dan de LHV heeft verwacht en waar zij haar instroom op heeft afgestemd.
- Het vestigingsbeleid van de LHV heeft de mogelijkheden voor vestiging van huisartsen beperkt. Hierdoor besluiten net opgeleide huisartsen om iets anders te gaan doen en verlaten zij het huisartsenvak.
- Er ontstaat binnen de LHV een beweging om de praktijkgrootte te verkleinen en zo de werklust van de huisarts te verminderen. Dan zijn voor dezelfde bevolking meer huisartsen nodig. De praktijkgrootte wordt gaandeweg onderwerp van het onderhandelingspel tussen LHV en overheid.
- Meer huisartsen komen alleen beschikbaar, als drie jaar eerder genoeg artsen tot de huisartsenopleiding zijn toegelaten. Bij de overheid ontstaat het beeld dat de beroepsgroep in voorgaande jaren niet gezorgd heeft voor voldoende instroom in de opleiding huisartseneeskunde.
- De opleiding wordt van twee tot drie jaar verlengd. Dat betekent dat er één jaar geen nieuwe huisartsen beschikbaar komen. De noodzaak tot verlenging van de opleiding wordt niet duidelijk maatschappelijk gemotiveerd.

Al deze ontwikkelingen samen leiden ertoe dat een tekort aan huisartsen verwacht wordt. Het dreigende tekort aan huisartsen veroorzaakt een maatschappelijk probleem. Het risico bestaat dat over enige tijd niet alle Nederlanders over een huisarts kunnen beschikken. De inschrijving op naam en de poortwachterfunctie van de huisarts dreigen dan niet langer stand te houden. De overheid vreest dat daardoor een ongewenste en onnodige toename van de ziekenhuiszorg zal optreden, met alle extra kosten van dien. Het verwachte huisartsentekort leidt bij de overheid tot de conclusie dat de man-powerplanning van huisartsen niet meer in goede handen is bij de beroepsgroep. Dit legitimeert de overheid om zich te gaan bemoeien met zaken, die ze tot dusverre aan de LHV overliet.

Het verwachte huisartsentekort is niet de enige reden voor de overheid om zich intensiever met de huisartseneeskunde te gaan bemoeien. De LHV benadrukt dat de werkdruk van de huisarts is toegenomen, maar kan of wil dat niet inzichtelijk maken. Wel zichtbaar wordt dat er grote verschillen zijn in de zwaarte van de huisartsenpraktijk tussen bijvoorbeeld een oude wijk in een stad en een plattelandsgemeente, terwijl beide huisartspraktijken op gelijke wijze gefinancierd worden en dezelfde hoeveelheid patiënten hebben. Het wordt noodzakelijk om in beloning te differentiëren naar gelang de zwaarte van de praktijk. De LHV wil deze differentiatie niet en blijft zich richten op gelijk inkomen van alle huisartsen²³.

De standaarden van het NHG maken inzichtelijk dat een huisarts allerlei dingen doet, die hij zou kunnen delegeren aan lager opgeleide zorgverleners. De huisarts kan dus ontlast worden door hem in zijn praktijk door anderen te laten ondersteunen. Huis-

artsen willen minder diensten draaien en er zijn meer parttime huisartsen. Huisartsen moeten dan met elkaar samenwerken om hun patiënten 7x24 uur huisartsenzorg te kunnen garanderen. Deze beide ontwikkelingen leiden er toe dat een huisartspraktijk meer een bedrijf wordt en minder de solopraktijk van één beroepsbeoefenaar. Vanuit de beheersing van het medicijngebruik heeft de overheid er behoefte aan om het voorschrijven van geneesmiddelen te standaardiseren en te automatiseren. De overheid ziet daarin een centrale rol voor de huisarts, die immers het grootste gedeelte van de gezondheidsklachten afhandelt.

De mogelijke problemen in de huisartsenzorg worden niet meer gezien als een probleem van de beroepsgroep maar als een maatschappelijk probleem, dat door de overheid moet worden opgelost. De minister kiest in eerste instantie voor samenwerking met de bestaande partijen om de problemen in de huisartsenzorg op te lossen. In 1999 sluit VWS een convenant huisartsenzorg met de LHV en ZN (VWS-LHV-ZN, 1999). Het NHG is geen partij in dit convenant.

VWS, LHV en ZN komen overeen de instroom in de huisartsenopleiding te vergroten, een elektronisch voorschrijfsysteem voor geneesmiddelen (EVS) in te voeren en praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POH) in te voeren. De minister ondersteunt de verschillende onderwerpen met subsidies. Die subsidies worden aan de LHV verstrekt.

Het EVS is in de volgende jaren op grote schaal in gebruik genomen. Het project POH verloopt minder voorspoedig. De LHV gebruikt de subsidies gedeeltelijk voor het aanstellen van medewerkers die de huisartsen moeten adviseren over de praktijkvoering. Er zijn daardoor minder subsidiegelden beschikbaar voor direct ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk. Zowel bij VWS als bij leden van de LHV ontstaat onvrede over de centralistische aanpak van dit project door de LHV.

Vanaf 2000 bemoeit de overheid zich nadrukkelijker met de capaciteitsplanning voor medici. Daartoe wordt het Capaciteitsorgaan²⁴ ingesteld, dat moet adviseren over de gewenste instroom in de opleiding geneeskunde en in de vervolgopleidingen. De overheid probeert daarmee greep te krijgen op de instroom van medische professionals in de toekomst. De instroom in de huisartsenopleiding wordt verhoogd van 339 (in 1997) naar 670 (in 2004).

Ook op andere manieren gaat de overheid zich met de huisartsenzorg bemoeien. In 2000 wordt door de minister van VWS een onafhankelijke commissie Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsenzorg (Commissie Tabaksblat) ingesteld. Deze commissie (Tabaksblat, 2001) stelt vast dat de huidige financieringswijze de nodige vernieuwing in de weg staat. Zij adviseert een scheiding van de financiering van de praktijkkosten en het inkomen van de huisarts. De commissie stelt prikkels voor om tot samenwerking te komen binnen de eerstelijnszorg en adviseert lokale onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De LHV heeft – volgens de commissie – alleen een rol in landelijke onderhandelingen over de inhoud van de huisartsenzorg (eenmaal per vier jaar) en over de hoogte van het beschikbaarheidbedrag voor diensten buiten kantooruren. De commissie verwacht dat die onderhandelingen niet strijdig zijn met de Mededingingswet.

In april 2001 beslist de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa, 2001a) over een verzoek van de LHV (uit 1998) tot ontheffing van het verbod van artikel 6 van de Mededingingswet. De NMa beschouwt iedere zelfstandig gevestigde huisarts als ondernemer en de LHV als een ondernemingsvereniging. De consequentie daarvan is dat besluiten van de LHV vallen onder artikel 6. De directeur generaal van de NMa besluit dan ook dat het vestigingsbeleid en het uniform collectief sluiten van een overeenkomst met de zorgverzekeraars, de mededinging belemmert en geen economische voordelen oplevert. Hij acht deze handelingen van de LHV in strijd met artikel 6 en verleent derhalve geen ontheffing. Ook in beroep (NMa, 2001b) wijst hij het verzoek tot ontheffing af. De LHV heeft anticiperend op die uitspraak al besloten haar vestigingsbeleid te beëindigen. Als gevolg van de besluiten van de NMa kan zij ook geen collectief contract meer sluiten. Daardoor zijn alle huisartsen genoodzaakt zelf overeenkomsten te sluiten met alle zorgverzekeraars, waarvan zij verzekerden als patiënt hebben²⁵.

Deze veranderingen hebben hun invloed binnen de LHV zelf. Sommige leden vragen zich af hoe goed de LHV aan belangenbehartiging doet als dit het effect is. Veel meer leden vragen zich af wat de toegevoegde waarde van de LHV is, als ze geen vestigingsbeleid meer kan voeren en geen collectief contract meer kan afsluiten. Bovendien hoeft je als huisarts geen lid te zijn van de LHV om in het BIG register geregistreerd te zijn. Een aantal van de vanzelfsprekendheden van het lidmaatschap van de beroepsorganisatie is hierdoor verdwenen. Huisartsen gaan kritischer kijken wat het lidmaatschap van de LHV hen oplevert. De groei van het landelijk apparaat van de LHV en de centrale aanpak van projecten zoals het POH worden niet door alle leden positief gewaardeerd. Er ontstaan spanningen tussen het centrale apparaat van de LHV en de DHV'en over de dienstverlening en de praktijkondersteuning. De DHV'en, die dichterbij de leden staan, willen dat er een proces van decentralisatie wordt ingezet. Onder druk van de leden zet de LHV vanaf eind 2001 een project in gang om te komen tot 'Modernisering LHV'.

Het ministerie van VWS gaat gaandeweg een grotere rol spelen in de organisatie van de huisartsenzorg. De minister geeft haar standpunt op hoofdlijnen over het rapport van de commissie Tabaksblat (VWS, 2001a) en enige maanden later neemt het kabinet een standpunt in over de huisartsenzorg (VWS, 2001b). Het kabinet gaat uit van een daadwerkelijk tekort aan huisartsen en komt met voorstellen om de problemen op te lossen:

- In de eerste plaats worden middelen beschikbaar gesteld om meer huisartsen op te leiden.
- In de tweede plaats worden de voorstellen van de commissie Tabaksblat voor scheiding van inkomen en praktijkkosten overgenomen.
- In de derde plaats acht de regering een andere organisatie van de huisartsenzorg noodzakelijk. Huisartsen moeten ondersteund worden in hun praktijk, zodat ze zich kunnen richten op academisch medische taken. Ze moeten meer samenwerken met andere disciplines in de eerste lijn. De minister vindt dat het gezondheidscentrum, met zijn mogelijkheden voor organisatorische en logistieke ondersteuning, het meest tegemoet komt aan deze noodzaak tot samenwerking²⁶.

- In de vierde plaats moet er snel een organisatorische oplossing komen voor de avond-, nacht- en weekenddiensten door de vorming van huisartsenposten²⁷. Het kabinet trekt daar 150 miljoen gulden (€ 68,2 miljoen) voor uit.

De minister van VWS benadrukt in haar beide brieven dat oplossingen in de infrastructuur op lokaal niveau tussen huisartsen en verzekeraars tot stand moeten komen. De LHV wordt niet genoemd als partij die daarin een rol moet spelen. De minister gaat uit van gereguleerde marktwerking en vraagsturing, dus geen sturende rol van VWS.

Toch neemt de minister verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen in de huisartsenzorg. In maart 2002 stelt zij voor een jaar een 'Taskforce knelpunten huisartsenzorg' in. Deze bestaat uit een onafhankelijke voorzitter en secretaris, leden op voordracht²⁸ van de LHV en ZN en een adviseur van VWS. De Taskforce krijgt tot opdracht huisartsen(organisaties) op lokaal niveau te ondersteunen bij het vinden van oplossingen voor concrete problemen²⁹.

De Taskforce brengt in april 2003 zijn eindrapport uit (Taskforce, 2003). Hij beschrijft de concrete problemen, waarbij de Taskforce in het afgelopen jaar heeft ondersteund, trekt een aantal conclusies en doet een aantal aanbevelingen.

De Taskforce is uitermate kritisch over de bijdragen van verschillende spelers aan de oplossing van problemen. Volgens de Taskforce heeft VWS grote moeite een eigen beleid en bijbehorende randvoorwaarden te creëren³⁰ en is de problematiek van de huisartsenzorg onoplosbaar 'zolang de rijksoverheid zelf verzaakt met betrekking tot de vormgeving en uitvoering van beleid' (Taskforce, 2003, pagina 11). De LHV heeft volgens de Taskforce geen opvattingen over de noodzakelijke strategieën, geen uitgewerkte visie over de te nemen route voor samenwerkingsverbanden en geen mening over multifunctionaliteit. 'Afstandelijkheid en ingekeerdheid lijken leidraad voor de LHV' volgens de Taskforce (Taskforce, 2003, pagina 17). Hij beveelt de LHV aan op korte termijn een eigen visie te ontwikkelen. ZN krijgt de aanbeveling haar positie meer te gebruiken om de zorgplicht voor verzekerden te concretiseren. De Taskforce concludeert tenslotte dat er gedeelde opvattingen zijn over de problemen maar dat er geen gezamenlijke visie en geen integraal beleid is voor de ontwikkeling van de eerste lijn.

Begin 2003 constateert de demissionaire minister van VWS in een aantal brieven aan de Tweede Kamer (VWS, 2003 c en d) dat oplossing van het huisartsenprobleem alleen mogelijk is binnen een modernisering van de gehele eerstelijnszorg. De minister continueert – gelet op het demissionaire karakter van het kabinet – het bestaande beleid. Dat beleid is gericht op verbeteren van de instroom en vergroten van het aanbod, het verbeteren van de bedrijfsvoering en het verlagen van de uitstroom. In november 2003 zet de nieuwe minister van VWS de volgende stap met een standpunt over de toekomstbestendige eerstelijnszorg (VWS, 2003 e). De huisartsenzorg is nu ingebed in een visie van VWS op de eerstelijnszorg als geheel. In de uitwerking van de knelpunten en oplossingen wordt de verantwoordelijkheid voor alle organisatorische oplossingen lokaal gelegd en niet bij de koepels ZN en LHV. Deze krijgen tot 1 februari 2004 de tijd om met voorstellen voor de bekostigingssystematiek te komen. Bij de ontwikkelingen van

huisartsenposten, ondersteuningsstructuren voor huisartsen en samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg krijgt de LHV geen rol.

Gedurende 2003 is inmiddels op ambtelijk niveau van VWS en vanuit ZN het standpunt ingenomen dat de financiering voor de ondersteuning van huisartsenpraktijken en eerstelijnsvoorzieningen niet meer via de LHV moet lopen. In plaats daarvan moeten deze gelden via lokale zorgverzekeraars rechtstreeks ten goede komen aan lokale initiatieven. VWS en ZN wensen een strikte scheiding tussen belangenbehartiging en dienstverlening & ondersteuning. Voor de LHV betekent dit het wegvallen van een groot deel van haar activiteiten. Het project Modernisering LHV, dat was ingezet om tegemoet te komen aan de onvrede van de leden, krijgt daardoor een heel andere wending. Niet alleen interne factoren bepalen de organisatie van de LHV, maar ook en vooral externe factoren. Met het aantreden van de nieuwe minister (Hoogervorst) wordt deze ambtelijke lijn ook een bestuurlijk politieke keuze. Bovendien besluit VWS tot een algemene herziening van het subsidiebeleid, waarbij ook de structurele subsidie aan de LHV per 1 januari 2005 zal stoppen. Minister Hoogervorst blijkt wel bereid om de overheveling van de gelden voor ondersteuning pas per 1 januari 2005 te effectueren in plaats van eind 2003, zodat de LHV een jaar meer de tijd krijgt om tot een herstructurering te komen.

Het NHG functioneert al die tijd in de luwte en gaat door met de inhoudelijke ontwikkeling van het huisartsenvak. De samenwerking van het NHG met universiteiten en onderzoeksinstituten leidt tot verdere verbetering van het huisartsenvak. Er verschijnen verschillende studies over de kwaliteit van de huisartsgeneeskunde in Nederland en de vergelijking daarvan met het buitenland (Nivel, 2004; Boerma, 2003), die telkens de hoge kwaliteit van de huisartsgeneeskunde en de bijdrage van de huisarts aan de kwaliteit en kostenbeheersing van de Nederlandse gezondheidszorg aantonen.

Hoewel veel problemen in de huisartsenzorg zowel een inhoudelijke als een bedrijfsmatige component hebben, komt er geen intensieve samenwerking tussen LHV en NHG tot stand. NHG en LHV hebben verschillende opvattingen over het huisartsenvak. De wetenschappelijke benadering van het NHG maakt de praktijkuitoefening inzichtelijk voor buitenstaanders. De LHV is erbij gebaat de professe gesloten te houden om een betere onderhandelingspositie voor de honorering van de huisarts te hebben. Volgens het NHG is de huisarts onderdeel van de gehele gezondheidszorg infrastructuur en moet hij bijdragen aan lage maatschappelijke kosten door zoveel mogelijk klachten zelf af te handelen. De LHV ziet de huisarts als ondernemer, die winstmaximalisatie nastreeft, maar wil hem ook maximale inkomenszekerheid verschaffen. De huisarts moet dus voor alles wat hij doet betaald krijgen.

12.2.5 De structuur van de LHV tot eind 2004

De LHV is een landelijke vereniging. De ledenvergadering wordt gevormd door 2 afgevaardigden van ieder van de circa 80 Regionale Huisartsen Verenigingen. Een RHV omvat meerdere huisartsengroepen (Hagro's). De ledenvergadering benoemt het centrale bestuur, dat uit zijn midden een dagelijks bestuur vormt. De afgevaardigden in de ledenvergadering beslissen zonder last en ruggespraak met hun RHV leden.

Het landelijk bureau van de LHV omvat circa 150 medewerkers³¹ en wordt geleid door een algemeen directeur. Het landelijk apparaat van de LHV ondersteunt het bestuur bij onderhandelingen met het ministerie van VWS en met Zorgverzekeraars Nederland. Het organiseert acties als die onderhandelingen niet succesvol zijn. Het LHV bestuur en bureau zijn in belangrijke mate bepalend voor het 'gezicht' van de huisartsen in Nederland.

De RHV is vooral gericht op belangenbehartiging van haar leden en de afstemming van het totale zorgaanbod in de regio. Volgens de statuten van de LHV moet de RHV tevens het goed functioneren van de huisartsen in de regio bevorderen, maar de RHV heeft geen middelen om dat te doen. Haar leden bepalen welke speelruimte het RHV bestuur krijgt.

Naast deze structuur bestaan 22 districten met ieder een Districts Huisartsen Vereniging (DHV) met eigen rechtspersoonlijkheid en een eigen bestuur. Een DHV draagt de verantwoordelijkheid voor de deskundigheidsbevordering via na- en bijscholing. De DHV levert daarnaast op verschillende manieren ondersteuning aan haar leden bij de praktijkvoering. Tot 2001 heeft de DHV ook tot taak om overeenkomsten met zorgverzekeraars te sluiten en om het vestigingsbeleid van de LHV uit te voeren. Het bestuur van een DHV wordt ondersteund door een eigen bureau onder leiding van een directeur. De DHV heeft zelf maar een beperkt aantal medewerkers in dienst en moet in hoofdzaak gebruik maken van de medewerkers van de LHV.

12.2.6 Vernieuwing LHV

Eind 2001 maakt het bestuur van de LHV een begin met bestuurlijke en organisatorische vernieuwing. Het project krijgt de naam *'Van en Voor de Leden, De LHV als sterke koepel van de Huisartsenzorg in Nederland'*. De aanleiding tot deze vernieuwing is de interne discussie over wat centraal en wat decentraal moet gebeuren. In de jaren daarvoor zijn er, vooral in de districten, veel vernieuwingen doorgevoerd. Dat heeft geleid tot veel elan, vitaliteit en creativiteit op DHV niveau, maar minder op landelijk niveau. Ook is er een variëteit aan oplossingen ontstaan, die het LHV bestuur weer tot eenheid wil brengen. Directe aanleiding is de sanering van financiële tekorten, die in 2000 heeft plaatsgevonden. Daarop volgend zijn de Vereniging LHV en de Stichting LHV gefuseerd om de ondoorzichtige financiering en de financieringsproblemen op te lossen. Begin 2002 worden algemeen bestuur en centraal bestuur samengevoegd tot één bestuur. In datzelfde jaar stelt de LHV zich open voor rechtspersonen³² naast natuurlijke personen. Zij splitst zich op in afzonderlijke verenigingen voor huisartsen³³, apotheekhoudend huisartsen en huisartsendienstenstructuren.

Na verschillende discussies verschijnt op 1 januari 2003 een discussienotitie met de eerder genoemde titel en de ondertitel *'Deel I Van Strategische Visie naar Organisatorische Hoofdstructuur'*³⁴ (LHV, 2003a). In deze notitie maakt het hoofdbestuur een splitsing tussen de verenigingsstructuur en de werkorganisatie. De verenigingsstructuur blijft in het voorstel op hoofdlijnen ongewijzigd. In de werkorganisatie stelt het bestuur een dui-

delijker taakverdeling tussen de districtsbureaus en het landelijk bureau voor. Ook de financiële middelen moeten dan duidelijker verdeeld worden. Er wordt een uitgebreide structuur met project- en werkgroepen opgezet om de plannen te concretiseren.

In september 2003 zijn de resultaten van deze werkgroepen bekend. Men gaat voort op het pad van ontvlechting van vereniging en ondersteuningsorganisatie en maakt nu ook een scheiding in de financiering (LHV, 2003c). Verenigingsactiviteiten (visievorming, belangenbehartiging en ledenservice) worden volledig uit contributies gefinancierd. De ondersteuningsorganisatie zal onafhankelijke en professionele multifunctionele diensten verlenen aan de eerstelijnsgezondheidszorg³⁵. Deze organisatie moet gefinancierd worden uit subsidies en tarieven voor de dienstverlening. Het basispakket bestaat uit D&O (dienstverlening en ondersteuning) en POH (Praktijk Ondersteuning Huisartsen), waarvoor men subsidie van VWS ontvangt. De dienstverlening zal meer regionaal zijn dan tot dan toe het geval was.

Vanaf medio 2003 krijgt de LHV signalen van VWS en ZN dat de middelen voor ondersteuning van ontwikkeling in de eerste lijn niet meer aan de LHV zullen worden toegekend. Eind 2003 wordt duidelijk dat de opvatting van VWS en ZN onomkeerbaar is en dat de LHV de projectsubsidies per 1 januari 2005 zal verliezen. Ook de structurele subsidie van VWS voor de LHV (en het NHG) valt per 1 januari 2005 weg. Dit geeft een gigantisch personeelsprobleem voor het landelijk bureau en de districtsbureaus, omdat de financiering voor een groot deel van de personeelsleden wegvalt.

Dat noopt begin 2004 tot een herziening van de plannen. In een nieuwe discussienota van mei 2004 (LHV, 2004a) wordt de verenigingsstructuur uitgewerkt. Nu is sprake van een kleine serviceorganisatie binnen de vereniging, waarop de leden tegen betaling een beroep kunnen doen. D&O en POH gelden blijven buiten beschouwing.

De LHV gaat zich uitsluitend richten op de belangenbehartiging van de leden. Die belangenbehartiging betreft de positionering ten opzichte van de overheid en andere zorgaanbieders, de contractering met de zorgverzekeraars en (in beperkte mate) de ontwikkeling van het vak (LHV, 2004b, pagina 3). Vanuit die belangenbehartiging zal de LHV ook informatie aan de leden verstrekken en advies over juridische vraagstukken geven. De LHV wordt uitsluitend gefinancierd door contributies van haar leden. Het lidmaatschap is vrijwillig en niet gekoppeld aan de inschrijving van de huisarts in het BIG register. Naast individuele huisartsen kunnen ook organisaties van of met huisartsen (zoals gezondheidscentra) lid worden. De bevordering van de kwaliteit en de inhoud van de huisartsgeneeskundige zorg is naar de achtergrond verdwenen en de ledenservice is sterk beperkt.

In oktober 2004 verschijnt een besluitvormend document over de nieuwe LHV met een voorstel voor de organisatiestructuur en de verenigingsstructuur (LHV, 2004b). De verenigingsstructuur krijgt twee lagen, de landelijke vereniging en regionale kringen (circa 30). De werkgroep bestaat uit een klein landelijk bureau en 7 regionale werkbureaus. Deze bureaus ondersteunen het landelijk bestuur respectievelijk de kringbesturen op basis van een klant-leverancier relatie.

Buiten het verband van de vereniging LHV worden Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) opgezet die de huisartsen³⁶ in de regio ondersteunen bij hun praktijkvoering en zorg dragen voor de na- en bijscholing. Overdracht van LHV medewerkers naar die ROS'en is niet mogelijk gebleken, zodat aan 267 medewerkers ontslag wordt aangezegd.

De LHV wordt met deze verandering uitsluitend een 'beroepsorganisatie', die de belangen van haar leden behartigt. De vakinhoudelijke kant van de huisartsgeneeskunde wordt overgelaten aan het NHG. Bemoeienis met en ondersteuning van organisatorische en structuurontwikkeling in de huisartsenpraktijk behoren niet meer tot het domein van de LHV. De LHV behartigt de belangen van uiteenlopende groepen, zoals vrijgevestigde huisartsen, huisartsen in loondienst, huisartsendienstenstructuren, apotheekhoudende huisartsen, huisartsen in opleiding en rechtspersonen, waar huisartsen in dienst zijn. Uit de nota (LHV, 2004b) blijkt niet hoe de LHV met deze verschillende belangen om wil en kan gaan.

12.3 Wat was het probleem?

De huisartsgeneeskunde in Nederland heeft zich vanaf de vijftiger jaren van de vorige eeuw goed ontwikkeld binnen een gesloten professionals governance systeem. Vanuit publieke governance wordt het monopolie toegestaan en worden randvoorwaarden geschapen voor het goed functioneren van dit monopolie. De professionals governance voor de huisartsgeneeskunde berust bij twee beroepsorganisaties, het NHG en de LHV. Huisartsen zijn zelfstandige beroepsbeoefenaren die weinig te maken hebben met private governance structuren.

Tot aan het begin van de negentiger jaren levert deze constructie een maatschappelijk gewenste situatie op. Er zijn voldoende huisartsen van goede kwaliteit en de huisartsgeneeskunde vormt een onmisbare en goed werkende schakel in het totale gezondheidszorgstelsel. In de negentiger jaren dreigt een huisartsentekort, dat door de beroepsgroep niet zelf opgelost kan worden. De LHV is niet langer in staat een maatschappelijk gewenste situatie voor de huisartsgeneeskunde tot stand te brengen. De overheid maakt zich medeverantwoordelijk voor het huisartsentekort en vergroot gaandeweg de publieke governance invloed.

Tegelijkertijd wordt het monopolie van de beroepsgroep aangetast doordat vestigingsbeleid en centraal contracteren door de overheid niet langer wordt toegestaan.

De machtspositie van de LHV is niet meer vanzelfsprekend. Intern komt de LHV onder druk te staan omdat de leden niet tevreden zijn over de dienstverlening en over de zeggenschap. De druk wordt vergroot als de overheid besluit om de subsidies aan de LHV in te trekken en de gelden voor praktijkondersteuning via de verzekeraars aan de huisartsen te doen toekomen. De LHV is gedwongen haar structuur en haar maatschappelijke positie fundamenteel te herzien.

Het probleem is dus tweeledig. Enerzijds de vraag hoe professionals governance van de huisartsgeneeskunde en in het bijzonder de organisatie van de LHV er in de toe-

komst uit ziet. Anderzijds hoe een maatschappelijk gewenste organisatie van de huisartsgeneeskunde bereikt en in stand gehouden wordt, nu dit niet meer alleen door de professionals geregeld wordt.

12.4 Hoe is het probleem opgelost?

Het eerste deel van het probleem heeft een voorlopig eindpunt gevonden met de reorganisatie van de LHV. Per 1 januari 2005 is de LHV alleen belangenbehartiger van de materiële belangen van de huisartsen. Haar landelijke bureau is sterk gereduceerd en haar structuur is vereenvoudigd. De ondersteuning van huisartsenpraktijken is buiten de LHV georganiseerd in Regionale Ondersteuningsstructuren. Contracten tussen huisartsen en verzekeraars zullen regionaal afgesloten worden. De LHV is onderhandelingspartner voor landelijke tarieven. Zij heeft in 2005 laten zien die rol voor haar leden succesvol te kunnen vervullen³⁷. De LHV wordt gefinancierd uit contributies en niet meer uit subsidies. De positie van het NHG ten aanzien van de inhoud van de professie is ongewijzigd gebleven. Wel moet ook het NHG zich financieren met contributies en ontvangt het geen subsidies meer.

Het bredere probleem van de governance rond de huisartsgeneeskunde in Nederland is daarmee niet opgelost. Er zijn nu veel meer partijen, die zich actief met de huisartsenzorg bezig houden. De overheid bemoeit zich ermee. Verzekeraars spelen een belangrijke rol. Er moet worden samengewerkt met andere huisartsen en andere eerstelijns aanbieders. Er zijn nieuwe regionale ondersteuningsstructuren, waarvan de positie nog niet geheel duidelijk is. Huisartsen zijn geen vast onderdeel meer van de gezondheidszorginfrastructuur, maar onderhevig aan gereguleerde marktwerking. De manpowerplanning wordt uiteindelijk door de overheid bepaald. Alleen de professionele inhoudelijke ontwikkeling blijft onveranderd de verantwoordelijkheid van het NHG.

Het professionele monopolie is doorbroken. Het is vervangen door een mengvorm van professionals, publieke en private governance. De professionals governance is nu strikt gescheiden in belangenbehartiging (LHV) en inhoudelijke ontwikkeling (NHG en universiteiten). Er kan geen oordeel gegeven worden of deze nieuwe combinatie van governance werelden daadwerkelijk maatschappelijke problemen rond de huisartsgeneeskunde kan oplossen.

12.5 Analyse van de casus

12.5.1 *Ontwikkeling professie*

De casus laat zien hoe er spanning ontstaat tussen professionals governance en publieke governance over de huisartsgeneeskunde. Lange tijd was er geen reden om vanuit publieke governance het monopolie op de huisartsgeneeskunde aan te tasten. In die tijd bleek dat er veel goeds tot stand kan komen als een professie zich in de beslotenheid van de professionals governance wereld ontwikkelt. De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde en de maatschappelijke positie van de huisarts in Nederland zijn immers in belangrijke mate te danken aan de inspanningen van de beroepsverenigingen, de

LHV en het NHG. Deze ontwikkeling werd door de overheid niet alleen overgelaten aan de beroepsgroep, maar ook bevorderd door maatregelen die de huisarts onderdeel maakten van het gehele gezondheidszorgsysteem. Die periode heeft veel goede dingen opgeleverd:

- De huisarts is een belangrijk onderdeel van de totale gezondheidszorgstructuur in Nederland.
- Huisartsgeneeskunde is een aparte professie met een opleiding en een eigen registratie.
- Er is een goed functionerend systeem van permanente scholing van huisartsen gekoppeld aan de registratie.
- De kwaliteit van de huisartsgeneeskunde in Nederland is goed.
- Er zijn standaarden voor de behandeling van verschillende aandoeningen, die door de huisartsen redelijk goed worden nageleefd.
- Huisartsen behandelen patiënten voor het grootste deel zelf en verwijzen slechts een klein deel van de patiënten door. Zij vervullen hun poortwachterfunctie dus goed.
- De taakvervulling van de huisartsen draagt bij aan een goede gezondheid van de Nederlandse bevolking en aan de kostenbeheersing in de gezondheidszorg.
- Het voorschrijfgedrag van huisartsen leidt tot laag gebruik van medicijnen in Nederland in vergelijking met andere landen.

Kennelijk kan de ontwikkeling van het vak uitsluitend binnen de professionals governance wereld een aantal maatschappelijke gewenste resultaten opleveren. Lange tijd waren die resultaten voor de overheid zo bevredigend, dat publieke bemoeienis niet nodig was. De beroepsgroep slaagt er uiteindelijk niet in om haar professie af te schermen. De invloed van publieke governance wordt vergroot ten koste van professionals governance. Thans is de ontwikkeling van de professie huisartsgeneeskunde onderhevig aan marktwerking en belangenbehartiging (private governance). Er is publieke bemoeienis met curriculum en capaciteit. Professionals governance richt zich op de inhoud van het vak.

12.5.2 Beschikbaarheid professionals

De beschikbaarheid van voldoende huisartsen wordt onder andere bepaald door de instroom en uitstroom van professionals, de werktijden van huisartsen en de grootte van de huisartsenpraktijk. De instroom is afhankelijk van het aantal basisartsen, dat wordt opgeleid tot huisarts, de duur van de opleiding en het aantal huisartsen dat na de opleiding daadwerkelijk praktijk gaat uitoefenen. Op alle aspecten heeft de LHV grote invloed. Zij bepaalt in belangrijke mate wat de gewenste praktijkgrootte is en tot 2001 ook waar huisartsen zich kunnen vestigen.

Vanuit de gevestigde huisartsen is het gewenst om niet te veel nieuwe vakgenoten toe te laten, want dan wordt de spoeling te dun. De LHV heeft dit belang goed voor ogen gehad en gekoerst op beperkte toelating van nieuwe vakgenoten en op een financieel aantrekkelijke en, vanuit werkdruk acceptabele, praktijkgrootte. Dat verenigingsbeleid heeft mede bijgedragen aan het ontstaan van een tekort aan huisartsen.

In retrospectief blijkt dat de LHV de uitstroom en het parttime werken heeft onderschat, waardoor ze heeft gekozen voor een te lage instroom in de huisartsenopleiding. De LHV

heeft bovendien het dreigende tekort zelf naar buiten gebracht als onderdeel van de onderhandelingen over een betere inkomenspositie van de zittende huisartsen. Daarmee heeft ze (waarschijnlijk onbedoeld) de macht uit handen gegeven. Ze heeft niet het probleem benoemd en met stelligheid laten zien dat de beroepsgroep van plan is het zelf op te lossen, maar het huisartsentekort tot een maatschappelijk probleem gemaakt. Als de huisartsen hun eigen systeem niet in stand kunnen houden, ontstaat er een maatschappelijk probleem en vraagt de beroepsgroep als het ware zelf om overheidsingrijpen. De overheid is dan genoodzaakt om in te grijpen in het monopolie en zich zelf te gaan bemoeien met de beschikbaarheid van huisartsen.

De LHV wordt dan niet meer als de maatschappelijke partij gezien, die het probleem kan oplossen, maar als onderdeel van het probleem.

12.5.3 Financiële positie huisartsen

De rol van de LHV als belangenbehartiger komt duidelijk naar voren bij de inkomenspositie van huisartsen. Totdat de NMa dat in 2001 verbiedt, onderhandelt de LHV als enige met overheid en koepelorganisatie van zorgverzekeraars over de tarieven en de praktijkvergoeding voor de huisarts. Tezamen met de praktijkgrootte zijn die parameters bepalend voor het inkomen van de huisarts. In de afgelopen jaren is vanuit de overheid en de zorgverzekeraars veel aandacht gegeven aan de verbetering van de financiële positie van de huisartsen. Zowel het abonnementstarief als de vergoeding van praktijkkosten is omhoog gegaan. De commissie Tabaksblat heeft advies uitgebracht over een andere financieringsstructuur, die recht doet aan de verschillen in zwaarte van de praktijkvoering.

Volgens de overheid en naar internationale maatstaven heeft de huisarts in Nederland een goed inkomen. Volgens de LHV is het inkomen niet voldoende. Zij slaagt er regelmatig in haar leden te mobiliseren voor actie over de inkomenspositie. Dit voortdurend hameren op de 'slechte' inkomenspositie van de huisarts heeft de positie van de LHV en van de huisartsen geschaad. De minister van VWS en ZN zijn niet meer ontvankelijk voor deze – in hun ogen onterechte – klachten. Patiënten begrijpen niet waarom hun dokters staken en hun spreekuren afzeggen. De huisartsen verliezen maatschappelijke goodwill en de LHV wordt door de overheid als een lastige partij gezien, die – volgens de minister – onterechte eisen stelt.

Ook binnen de LHV heeft de discussie over geld de onvrede vergroot. Niet alle leden vinden hun inkomenspositie slecht en een deel van de leden vindt het voeren van actie niet gerechtvaardigd. Dat de POH subsidie niet geheel rechtstreeks bij de huisartsen terecht is gekomen maar voor een deel is gebruikt om het aantal medewerkers van de LHV te vergroten, heeft onvrede bij de leden gegeven en geleid tot spanningen binnen de vereniging en tussen LHV en DHV'en.

De LHV heeft altijd ingestoken op gelijke betaling voor alle huisartsen. Over dat inkomen moet landelijk met de LHV onderhandeld worden. Het werk van de huisarts is echter niet homogeen. Praktijken in achterstandbuurten in grote steden leveren een

andere belasting op dan een plattelandspraktijk. Een praktijk met veel oudere patiënten is anders dan een praktijk in een jonge Vinex wijk. De LHV heeft niet willen werken aan vormen van differentiatie en aan regionale prestatiecontracten die dit probleem kunnen oplossen. Ze is geen voorstander van het inzichtelijk maken van de kosten van een huisartsenpraktijk en van een vergoedingensysteem van werkelijke (per praktijk verschillende) kosten.

Ze heeft niet onderkend dat dit zowel bij haar leden als bij overheid en verzekeraars tot onvrede zou leiden.

12.5.4 Kwaliteit van de professie

De kwaliteit van de professie is op een groot aantal punten ver ontwikkeld. Er is een opleiding tot huisarts. Er is een systeem om de gevestigde huisarts zijn vak te laten bijhouden. Er is een (administratieve) toets daarop, die bepalend is voor de inschrijving in het BIG register en daarmee de licentie om het vak uit te oefenen. Er is tuchtrecht voor slecht functionerende beroepsgenoten. Er wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan en er worden (evidence based) standaarden ontwikkeld.

De kwaliteitsbewaking van de professie vindt nagenoeg geheel binnen professionals governance plaats. Vanuit publieke governance zijn er niet of nauwelijks middelen om de kwaliteit van het functioneren van de huisarts te toetsen en maatschappelijke problemen te voorkomen. De publieke governance wereld vertrouwt (impliciet) de toetsing en bewaking van de kwaliteit van de uitoefening van de huisartsgeneeskunde toe aan de professionals governance wereld.

De publieke governance wereld heeft wel op macro niveau invloed op de kwaliteit door het goedkeuren van het curriculum voor de opleiding en de inschrijving in het BIG register. Op micro niveau is er invloed van de IGZ die in kan grijpen als een huisarts aantoonbaar slecht functioneert. Recent wordt gewerkt aan indicatoren om de resultaten van huisartsen meetbaar en inzichtelijk te maken (Nivel, 2005).

In de private governance wereld heeft de zorgverzekeraar in principe invloed op de kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaars. Na het afschaffen van de contracteerplicht in 1992 kan een ziekenfonds besluiten om geen contract af te sluiten met een huisarts die zijn patiënten niet goed behandelt of de poortwachterfunctie niet goed vervult.

Het Nivel-onderzoek (2005) toont aan dat de kwaliteit van huisartsen over het algemeen voldoende is. De behandeling van patiënten en de poortwachterfunctie zijn over het algemeen voldoende. Er zijn weinig problemen over slecht functionerende huisartsen.

Ook al zijn de resultaten goed, op systeemniveau heeft de huidige organisatie zwakke punten waar het gaat om systematische kwaliteitstoetsing van de individuele huisarts en het treffen van sancties als die kwaliteit niet voldoende is. LHV en NHG voeren geen systematische collegiale toetsing uit op de vakuitoefening of op de naleving van standaarden door individuele huisartsen. Er is geen systeem om verbetering van het functioneren van een collega af te dwingen. Professionals governance vertrouwt erop dat de professional zijn vak goed zal uitoefenen als je de input (opleiding en bijscholing) goed regelt en hulpmiddelen aanbiedt voor de vakuitoefening (standaarden)³⁸. Het ingrijpen

van de IGZ vanuit publieke governance gebeurt incidenteel op basis van klachten en niet door een systematische preventieve controle van alle huisartsen. De zorgverzekeraar weigert weinig contracten vanwege onvoldoende kwaliteit omdat hij de kwaliteit van de huisarts niet goed kan beoordelen.

Professionals governance, publieke governance en private governance missen dus instrumenten om de kwaliteit van de individuele huisarts systematisch te beoordelen en bij te sturen als die kwaliteit onvoldoende is.

12.5.5 *Gescheiden beroepsverenigingen*

De huisartsenzorg heeft met LHV en NHG twee beroepsverenigingen met een scheiding tussen ontwikkeling van de professie en belangenbehartiging. Dat is steeds een bewuste keuze geweest. Wanneer een professie zich wil ontwikkelen, dan ontstaat de sterkste basis voor het professionele monopolie als inhoudelijke ontwikkeling, belangenbehartiging en bescherming van het beroep in één organisatie verenigd zijn. De scheiding tussen LHV en NHG maakt de beroepsgroep kwetsbaar voor inbreuken van buitenaf. Zolang de huisartsgeneeskunde zich met die twee verenigingen volgens maatschappelijk gewenste lijnen ontwikkelt, is het risico van ingrijpen door de overheid gering. Bovendien voltrekt de ontwikkeling van het huisartsenvak zich in een periode, waarin geslotenheid van een beroepsgroep vanzelfsprekend werd gevonden. Ook notarissen of advocaten bepalen tot begin negentiger jaren de inhoud en de toegang tot het vak en de opleiding van hun toekomstige vakgenoten³⁹. Gaandeweg verandert echter de politieke visie op deze gesloten professies en worden notarissen, advocaten en accountants gedwongen tot concurrentie en tot maatschappelijke verantwoording over hun beroepsuitoefening. De overheid beijvert zich om professionals te dwingen hun beroepsvereniging te splitsen in beroepsontwikkeling en belangenbehartiging. Bij de huisartsen is die inspanning niet nodig. Die splitsing is er immers al met LHV en NHG. Dat houdt het risico in dat beide tegen elkaar uitgespeeld worden door de overheid. Vanuit de publieke wens tot inzichtelijkheid van de beroepsuitoefening is de overheid meer geïnteresseerd in de professionele ontwikkeling dan in belangenbehartiging en staat het NHG dus sterker dan de LHV. De nadruk van de LHV op belangenbehartiging en bescherming van het beroep heeft de LHV kwetsbaar gemaakt voor overheidsingrijpen.

12.5.6 *Publieke bemoeienis met huisartsenzorg*

Wanneer er een maatschappelijk probleem dreigt te ontstaan wordt van de politiek ingrijpen verwacht. Men gebruikt daarvoor de mogelijkheden, die binnen publieke governance bestaan.

Het (dreigend) tekort aan huisartsen is een politiek⁴⁰ en maatschappelijk item, dat de overheid reden geeft om publieke maatregelen te nemen. Tegelijkertijd zijn er politieke bewegingen om de macht van het maatschappelijke middenveld te verkleinen, kartels te doorbreken en te vertrouwen op marktwerking. Al die ontwikkelingen samen leiden ertoe dat de invloed van publieke governance groter wordt en de invloed van de professionals governance kleiner.

De publieke invloed wordt onder andere vergroot door:

- het opheffen van de contracteerplicht in de ZFw (1992);
- het onder publieke verantwoordelijkheid brengen van het BIG register (1993);
- het onder publieke verantwoordelijkheid brengen van het curriculum voor alle medische vervolgoopleidingen (1993);
- het instellen van een capaciteitsorgaan dat aan de minister adviseert over onder andere de instroom in de huisartsenopleiding (2000);
- het instellen van de onafhankelijke commissie Tabaksblad die voorstellen moet doen voor de financiële positie van huisartsen. (2000);
- het opheffen van het vestigingsbeleid onder druk van de NMa (2001);
- het verbod van de NMa om één landelijk contract af te sluiten (2001);
- de bemoeienis van VWS met de oplossing van het huisartsentekort (2002- 2005);
- de instelling van een Taskforce (2002 –2003), waarin de LHV slechts één van de spelers is;
- de beleidsomslag van VWS om het huisartsentekort op te lossen in het geheel van de eerstelijnszorg (2003 - 2005);
- het besluit van VWS en ZN om subsidiegelden voor POH en D&O niet langer aan de LHV te verstrekken, maar regionaal te gebruiken (2003);
- de herziening van het subsidiebeleid van VWS, dat onder andere leidt tot het besluit om de subsidie aan de LHV stop te zetten (2004);
- het algemene beleid van de overheid om beroepsorganisaties te dwingen vakinhoud en belangenbehartiging te scheiden;
- de politieke visie om ook bij professionele maatschappelijke dienstverlening tot (gereguleerde) marktwerking en vraagsturing te komen⁴¹;
- de wijziging van het zorgstelsel met het wegvallen van het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering, hetgeen consequenties heeft voor de inkomenspositie van huisartsen.

12.5.7 *Indicatiestelling curatieve zorg*

Sinds 1974 is de huisarts de poortwachter voor de tweedelijns curatieve zorg. De huisarts heeft daardoor een dubbele taak in de indicatiestelling voor curatieve zorg:

- Hij stelt de indicatie voor de door hem zelf te leveren zorg en behandeling.
- Hij stelt de indicatie voor de medisch specialistische zorg en voor eerstelijns therapieën.

De overheid heeft die dubbele verantwoordelijkheid voor indicatiestelling bij de professional neergelegd, zonder enige publieke invloed en zonder enige vorm van toezicht. Dat getuigt van een groot vertrouwen in de kwaliteit van de professional en van het professionele governance systeem. Het veronderstelt tevens dat de professional geen misbruik maakt van de situatie. Hij zou immers interessante patiënten, die hem geld opleveren, langer zelf kunnen houden en patiënten, die geld kosten, door kunnen verwijzen. Een abonnementsstelsel, zoals dat voor ziekenfondspatiënten gold, zou de doorverwijzing kunnen bevorderen. De huisarts krijgt immers een vast bedrag ongeacht hoeveel hij aan de patiënt doet.

In de curatieve zorg is sinds 1974 het uitgangspunt dat de indicatiestelling een verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder en geen publieke verantwoordelijkheid. De indicatiestelling is niet objectief, maar gebaseerd op het professionele oordeel van de huisarts. Zij is niet onafhankelijk, want de huisarts maakt de keuze of hij zelf behandelt of niet. Over de indicatiestelling vindt geen verantwoording plaats en er is geen vorm van publiek of professioneel toezicht⁴².

In de vergelijkbare situatie voor de indicatiestelling tot AWBZ zorg maakt de overheid in het begin van de negentiger jaren precies de tegenovergestelde keuze. De indicatiestelling moet objectief en onafhankelijk zijn. Hij wordt weggehaald bij de (institutionele) zorgaanbieders, omdat er geen vertrouwen is in de wijze waarop zorgaanbieders de indicatie stellen. Het professionele oordeel is niet objectief. De overheid vindt de indicatiestelling niet onafhankelijk omdat verondersteld wordt dat het eigen belang van de zorgaanbieders zal leiden tot toename van de zorgvraag.

Indicatiestelling wordt een publieke verantwoordelijkheid, onder verantwoordelijkheid van gemeenten. Vanaf 1 januari 2005 wordt de indicatiestelling uitgevoerd door één landelijk ZBO onder verantwoordelijkheid van de minister van VWS. Hier is kennelijk geen vertrouwen in de kwaliteit van de zorgaanbieders. Hier wordt verondersteld dat de zorgaanbieders hun eigen belang nastreven. Hier wordt het stellen van de indicatie niet als een professionele verantwoordelijkheid en bekwaamheid gezien, maar wordt verondersteld dat indicatiestelling en zorgverlening losgekoppeld kunnen worden.

Er is geen beleidsoverweging bekend, waarom de overheid in deze vergelijkbare situaties principieel verschillende keuzen heeft gemaakt. Dat zou nog te verklaren zijn als er in de negentiger jaren andere opvattingen over onafhankelijke indicatiestelling heersen dan in 1974. In dat geval zou er tegelijk met de heroverweging van de indicatiestelling in de AWBZ zorg een herbezinning op de indicatiestelling in de curatieve zorg hebben moeten plaatsvinden. Deze afweging heeft echter niet plaatsgevonden. Binnen de publieke governance wereld wordt het bestaan van twee principieel verschillende oplossingen voor hetzelfde probleem kennelijk niet als probleem ervaren.

12.5.8 *Infrastructuur gezondheidszorg*

Iets soortgelijks doet zich voor bij de gezondheidszorginfrastructuur.

Via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (1971)⁴³ en andere wetten heeft de overheid zich verantwoordelijk gemaakt voor de beschikbaarheid van infrastructuur voor (intramurale) gezondheidszorg in Nederland⁴⁴.

Met de wijziging van de ZFw in 1974 is de huisarts als poortwachter onderdeel geworden van de totale gezondheidszorginfrastructuur. De beschikbaarheid van huisartsenzorg en de poortwachterfunctie vereisen een landelijk dekkende infrastructuur van huisartsenpraktijken om overal de indicatiestelling mogelijk te maken. Vanuit principes van beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg is een dekkende infrastructuur bij uitstek een publieke verantwoordelijkheid. Wanneer de infrastructuur niet werkt kan de overheid immers haar verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg niet meer dragen. Burgers kunnen geen

huisartsenzorg krijgen en de toegang tot de tweede lijn wordt niet meer geïndiceerd, waardoor deze overbelast wordt en de kosten toenemen. Dat betekent dat de overheid ook de door haar geclaimde verantwoordelijkheid voor betaalbaarheid van de zorg en het beheersen van de kosten niet waar kan maken⁴⁵.

Vanuit die redenering is het logisch om de beschikbaarheid van huisartsen en de verdeling van huisartsenpraktijken over het land geheel tot een publieke verantwoordelijkheid te maken. Of daaraan op zijn minst hoge eisen en voorwaarden te stellen en vanuit de publieke governance wereld regelmatig te toetsen of aan de voorwaarden wordt voldaan. Dat is niet gebeurd. Tot 2001 wordt de verantwoordelijkheid voor de hoofdinfrastructuur voor huisartsgeneeskunde aan de professionele beroepsgroep overgelaten en niet tot publieke verantwoordelijkheid gemaakt. Na 2001 is niet één instantie die de verantwoordelijkheid draagt voor de beschikbaarheid en spreiding van de huisartsfunctie over het land.

Net als bij de indicatiestelling is geen beleidsoverweging bekend, waarom in vergelijkbare situaties in de publieke governance wereld principieel verschillende keuzen zijn gemaakt. Kennelijk hanteert de overheid andere maatstaven als het individuele zelfstandige beroepsbeoefenaren betreft, dan wanneer het zorgorganisaties betreft⁴⁶. Het lijkt erop dat de publieke governance wereld genoeg neemt met een geringere invloed op de professionals governance dan op de private governance van zorgorganisaties.

12.5.9 *Private governance*

Principes van private governance zijn niet van toepassing op de huisartsenpraktijk. Bij een solopraktijk of een groepspraktijk zijn de huisartsen kleine ondernemers en vallen eigendom, besturing en uitvoerend werk samen. De huisarts hoeft aan niemand verantwoording af te leggen en er is geen toezicht op zijn functioneren of zijn 'maatschappelijk ondernemerschap'. Er is geen direct toezicht op de kwaliteit van zijn handelen. De hoeveelheid personeel per praktijk is te gering om een ondernemingsraad te rechtvaardigen en invloed van cliënten is niet wettelijk geregeld. Er zijn dus ook geen vormen van invloed van stakeholders.

Als huisartsen in loondienst werken bij een stichting die gezondheidscentra exploiteert, dan is de private governance van de stichting aan de orde, vaak met een verantwoordelijk bestuur (en geen raad van toezicht).

NHG en LHV zijn beide verenigingen, waarvan huisartsen lid zijn. De private governance principes van de vereniging zijn van toepassing. De leden benoemen en ontslaan het bestuur. Het bestuur legt aan de leden verantwoording af. Door of vanwege de leden wordt toezicht gehouden op het bestuur. Binnen het NHG functioneert de governance ook zodanig.

Leden van de LHV zijn voor de behartiging van hun materiële belangen afhankelijk van de vereniging. In andere situaties waar een vereniging materiële belangen behartigt, wordt meestal de coöperatie als rechtsvorm gekozen. In die verenigingsvorm is het toegestaan dat de leden zakelijke banden met de coöperatie hebben. Bij de coöperatie

is gewaarborgd dat de leden het bestuur en het toezicht op het bestuur benoemen en ontslaan, zeker als de materiële belangen niet goed behartigd worden. Die structuur is er echter niet. De LHV is een gewone vereniging en geen coöperatie.

Net als in iedere andere vereniging is een kleine groep leden actief en bepalen deze actieve leden de koers van de LHV. Door de getrapte structuur hebben de leden geen directe invloed op het bestuur.

Het lidmaatschap van de LHV biedt bescherming bij de beroepsuitoefening. Dan moet je je echter wel onderwerpen aan de regels van het bestuur, waar het individuele lid weinig invloed op heeft. Zolang de LHV zorgt dat een huisarts goed zijn praktijk kan voeren met niet te veel werkdruk, een goed inkomen en een soepele overdracht bij beëindiging van de praktijk, hebben huisartsen alleen maar voordeel bij het lidmaatschap van de LHV. Er is dan ook geen reden om vragen te stellen over de macht van het bestuur, want dat regelt het toch goed. Er is zelfs reden om het bestuur machtiger te maken, als het daardoor het monopolie beter kan beschermen.

Wanneer die macht niet meer leidt tot veiligheid in de beroepsuitoefening, wordt het anders. De veiligheid is weg als de werkdruk toeneemt, het inkomen niet meer gegarandeerd is, er geen waarnemers meer te krijgen zijn of de praktijk bij pensionering gesloten moet worden. Dan ga je als huisarts kritischer kijken wat de LHV je oplevert. Als dat steeds minder duidelijk wordt is voortgaan op dezelfde weg niet meer vanzelfsprekend. De onvrede onder de leden neemt toe en leidt uiteindelijk tot een stroming vanuit de eigen vereniging om tot verandering te komen.

Door de macht van het bestuur en de groei van het centrale apparaat krijgt het bestuur van de LHV een eigen belang, dat niet meer samenloopt met dat van de leden. Er ontstaat dus een 'agency' probleem. De 'residual losses'⁴⁷ – het verlies van geld omdat het bestuur zijn eigen doelen nastreeft in plaats van die van de leden – nemen toe. Het ontbreekt de leden aan mogelijkheden om het bestuur te controleren en verantwoording af te laten leggen. Individuele leden kunnen immers alleen maar via de RHV proberen invloed uit te oefenen. De twee personen, die de RHV 'vertegenwoordigen' in de landelijke gremia zijn niet verplicht tot last en ruggespraak. Er is dus een dubbel 'agency' probleem. Individuele leden hebben er geen controle op of hun RHV vertegenwoordigers wel voldoende hun belangen behartigen en ze kunnen hen niet ter verantwoording roepen. Vervolgens is het maar zeer de vraag of deze 160⁴⁸ vertegenwoordigers in de ledenvergadering voldoende controlemogelijkheden op het bestuur hebben, of het bestuur zich voldoende verantwoordt en of er voldoende macht van de ledenvergadering is om het bestuur naar huis te sturen, als dit niet goed de belangen van de leden behartigt. Het lijkt erop dat het antwoord op alle drie de vragen ontkennend is.

De private governance structuur van de LHV maakt het niet makkelijk om veranderingen te bewerkstelligen. Door de getrapte besluitvormingsstructuur is het voor de leden niet mogelijk het bestuur te ontslaan. Leden kunnen niet opzeggen en lid worden van een andere vereniging⁴⁹. De twee belangrijkste private governance instrumenten, opzeggen van het lidmaatschap en ontslaan van het bestuur, zijn binnen de LHV niet bruikbaar.

12.6 Conclusies uit deze casus

Deze casus geeft een duidelijk beeld van het functioneren van de *professionals governance* wereld. De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Nederland heeft zich meer dan veertig jaar nagenoeg geheel binnen *professionals governance* afgespeeld. Uit de casus kan geconcludeerd worden dat het mogelijk is om gedurende een lange reeks van jaren een goede en maatschappelijk gewenste situatie te hebben onder volledige sturing door de *professionals governance* wereld.

De LHV is daarin lang oppermachtig. Zij beschikt over en gebruikt alle instrumenten om het monopolie te handhaven: toetreding, opleiding en scholing, registratie, protocollering en tuchtrecht. De morele en maatschappelijke principes van *professionals governance* gelden binnen de LHV oude stijl geheel. Er is een monopolie, er is bescherming van het kennisdomein en autonomie van de individuele professional. De beroepsgroep heeft een sterke cohesie. Er is een sterke beroepsorganisatie, die de toelating tot en uitstoting uit het vak regelt. Het vak van huisarts wordt geafficheerd als roeping. Dankzij de standaarden en de wetenschappelijke benadering van het vak door het NHG is de transparantie en verantwoording van het huisartsvak groter dan bij andere medische beroepen. Gedurende een lange periode leidt de macht van de *professionals governance* wereld tot hoogwaardige kwaliteit en voldoende beschikbaarheid van huisartsgeneeskunde in Nederland. Huisartsgeneeskunde wordt daardoor een belangrijk onderdeel van de gezondheidszorginfrastructuur en krijgt daarmee deels een publieke functie.

De *publieke governance* wereld heeft 40 jaar het monopolie op de huisartsgeneeskunde aan de beroepsgroep toegestaan. Dat monopolie is zelfs sterk bevorderd door overheidsmaatregelen, zoals de poortwachterfunctie en de inschrijving van patiënten op naam. Heel lang levert deze dominantie van de *professionals governance* wereld een zodanige maatschappelijke situatie op, dat de overheid zich kan veroorloven om dit monopolie te laten bestaan en te bevorderen. Pas als de *professionals* er niet in slagen de maatschappelijk gewenste situatie te handhaven, vergroot de *publieke governance* wereld zijn invloed. In eerste instantie gebeurt dat door overleg en samenwerking met de *professionals*. Als dat niet de gewenste maatschappelijke resultaten geeft, wordt een bewust beleid ingezet om het professionele monopolie te breken. De overheid wil inzicht in de beroepsuitoefening. Zij is bereid geld te investeren als daar meetbare prestaties tegenoverstaan. Zij gaat huisartsen als ondernemers beschouwen. Dat betekent dat huisartsen beloond gaan worden naar prestatie en dat dus niet alle huisartsen gelijk beloond worden. De overheid wil ook dat er andere structuren⁵⁰ ontstaan, die het mogelijk maken om – gegeven het verwachte tekort aan huisartsen – met minder huisartsen te zorgen voor voldoende huisartsenzorg.

De bemoeienis van het vakministerie om het huisartsentekort aan te pakken valt samen met een veranderde publieke opvatting over kartels, die onder andere tot uitdrukking komt in de rol van de NMa. Het vestigingsbeleid en het collectief contract worden onmogelijk, terwijl via een andere lijn de contracteerplicht in de ZFw wordt afgeschaft.

Er komen dus tegelijkertijd twee vormen van interventie vanuit de publieke governance wereld gericht op het afbreken van het monopolie en het verkrijgen van publieke sturing op de huisartsinfrastructuur:

- De algemene beweging om kartels aan te pakken en de macht van het middenveld te verminderen.
- Ingrijpen in de huisartsenzorg om het huisartsentekort op te lossen.

Daarbij wordt een breed scala aan instrumenten uit de publieke governance wereld gebruikt zoals wijziging van de regelgeving, verbieden van beperking in de mededinging, publieke verantwoordelijkheid voor de toelating tot het vak en advies van onafhankelijke commissies. Verder zorgt de overheid ervoor dat de LHV niet meer de dominante partij is door anderen in het spel te betrekken. De overheid gebruikt uiteindelijk een belangrijk machtsmiddel om de LHV tot verandering te dwingen. Zij trekt de subsidies in.

De *private governance* binnen de LHV is zwak ontwikkeld. De leden hebben weinig invloed op het bestuur en kunnen eigenlijk niet opzeggen, omdat ze hun eigen maatschappelijke positie daarmee schaden. Heel lang overheersen de professionele binding en de maatschappelijke voordelen van het lidmaatschap van de LHV de onvrede over het functioneren van de vereniging. Wanneer blijkt dat de LHV haar leden geen maatschappelijke zekerheid kan bieden en de opbouw van het centrale apparaat ten koste gaat van de eigen mogelijkheden van de leden, komt er een beweging van binnenuit op gang om de LHV te herstructureren. Deze langzame beweging komt in een stroomversnelling door het intrekken van de subsidies van de overheid. Pas dan komt er daadwerkelijk verandering in de LHV structuur tot stand.

Er zijn dus drie bewegingen, die de macht van de professionals governance in de laatste 15 jaar uithollen. De eerste beweging komt doordat de beroepsgroep niet in staat is het huisartsentekort op te lossen en hiervan een maatschappelijk probleem maakt. Dat biedt ingangen voor de tweede beweging, waarin de invloed van publieke governance op de positie van de huisarts wordt vergroot. De derde komt van de professionals zelf, die ontevreden zijn over hun vereniging en de instrumenten van *private governance*⁵¹ binnen de vereniging gebruiken om veranderingen af te dwingen.

Volgens de gedachten van Abbott (1988) moeten professionals steeds in drie arena's (werkvloer, maatschappij en overheid/wetgeving) strijden om het behoud van het monopolie. Op de werkvloer heeft de huisarts die strijd nauwelijks hoeven voeren. Zijn positie was uniek en wordt nauwelijks bedreigd. In beide andere arena's is door de LHV de strijd om het monopolie in de afgelopen jaren intens gevoerd. Als we de theorie van Abbott volgen, is de zeggenschap (jurisdictie) over de beschikbare capaciteit een belangrijke machtsbron om het monopolie te behouden. Die machtsbron is verminderd toen de LHV het tekort aan huisartsen onderdeel maakte van de strijd in de maatschappelijke arena om de financiële positie te verbeteren. Daarmee verloor de LHV ook positie in de overheidsarena, omdat de overheid wilde ingrijpen en niet bereid bleek de beschermende wetgeving te handhaven.

Het resultaat van de strijd in de verschillende arena's is, dat de LHV niet meer de regie heeft over de ontwikkeling van de huisartsenzorg in Nederland. De vraag, waar die regie dan wel terecht is gekomen, kan nog niet eenduidig beantwoord worden⁵². Ook de vraag of het doorbreken van het monopolie leidt tot betere kwaliteit van de huisartsgeneeskunde in Nederland kan nog niet beantwoord worden.

13

IJsselmeerziekenhuizen

13.1 Inleiding

De stichting IJsselmeerziekenhuizen omvat de ziekenhuizen in Lelystad en Emmeloord. Deze stichting is in 1990 door fusie ontstaan. Na de fusie is het beleid van de raad van bestuur erop gericht geweest beide ziekenhuizen zelfstandig en met een breed pakket aan zorg en behandeling te laten voortbestaan. Vanaf het midden van de negentiger jaren blijkt dat beleid niet langer succesvol. Het lukt niet om de locatie Emmeloord als volledig ziekenhuis voort te laten functioneren. Er moeten opnieuw keuzen gemaakt worden over de samenhang en de taakverdeling tussen beide ziekenhuizen. Dat wordt een langdurig en moeizaam proces. Veel partijen met verschillende opvattingen en verschillende belangen bemoeien zich met dit keuzeproces. Noch intern noch extern bestaat overeenstemming over de huidige problemen, de verwachtingen voor de toekomst en de mogelijkheden om het probleem op te lossen. Er is intensieve bemoeienis van de publieke governance wereld op rijks-, provinciaal en gemeentelijk niveau met de strategische keuzen van de ziekenhuisorganisatie. De medici verbonden aan de IJsselmeerziekenhuizen verschillen van mening over wat goede professionele kwaliteit is en of de standaarden van de wetenschappelijke verenigingen worden nageleefd. De publieke en private governance wereld zijn verweven doordat de raad van toezicht grotendeels bestaat uit (voormalige) lokale publieke bestuurders. Er is grote druk vanuit burgers, actiegroepen en het patiëntenplatform. De IJsselmeerziekenhuizen staan lang in de belangstelling van de media en van de Tweede Kamer.

Gedurende een periode van vijf jaar (1998-2003) worden geen oplossingen bereikt. Na die periode wordt met kleine stapjes een veranderingsproces ingezet, waarbij er naar gestreefd wordt een oplossing te bereiken en de bestuurlijke verhoudingen te normaliseren. Begin 2006 is een plan voor de toekomst van de IJsselmeerziekenhuizen in uitvoering dat kan rekenen op enig draagvlak bij stakeholders.

13.2 Beschrijving van de casus

13.2.1 *Geschiedenis*

Het Dr. J.H. Jansenziekenhuis¹ in Emmeloord is in de vijftiger jaren tot stand gekomen bij de inrichting van de Noordoostpolder (NOP). Het ziekenhuis was oorspronkelijk

een gemeentelijk ziekenhuis. De medici zijn vrijgevestigd. Er is een grote verbondenheid tussen het ziekenhuis en de bevolking. Zowel de bevolking als de medewerkers van het ziekenhuis hechten sterk aan die verbondenheid, aan de zelfstandigheid en volledige functie-uitoefening van het ziekenhuis. Al in de tachtiger jaren blijkt die zelfstandigheid niet zonder meer mogelijk. Er wordt een verbintenis aangegaan met het Stadsziekenhuis in Kampen. Als die verbintenis geen voordeel oplevert en het ziekenhuis in Kampen in moeilijkheden komt, wordt de verbintenis verbroken. Enige tijd later zoekt men aansluiting bij het Zuiderzeeziekenhuis in Lelystad. Deze fusie is vanuit Emmeloord nooit van harte geweest en men² heeft altijd de mogelijkheid open willen houden 'in betere tijden' weer zelfstandig door te gaan.

Het Zuiderzeeziekenhuis in Lelystad is eind zeventiger jaren ontstaan. Dit ziekenhuis is vanaf het begin een privaatrechtelijke stichting, waar de medici in loondienst zijn. Wel heeft het gemeentebestuur invloed op de samenstelling van het bestuur. Lelystad heeft een randstedelijke bevolking en het ziekenhuis ligt midden in de stad. Voor de bevolking van Lelystad is het ziekenhuis een vanzelfsprekende voorziening. Voor het ziekenhuis in Lelystad is de fusie met het ziekenhuis in Emmeloord een rationele keuze vanuit de noodzaak van overleving en ingegeven door de verwachting van schaalvoordelen.

Beide ziekenhuizen zijn volgens de huidige opvattingen klein. Emmeloord heeft 160 bedden en Lelystad 200 bedden. De beide locaties liggen 32 kilometer uit elkaar, gescheiden door de brug over het Keteldiep. De reisafstand tussen beide locaties bedraagt iets meer dan een half uur. Er wordt een cultuurverschil ervaren tussen de rurale pioniersmentaliteit in de NOP en het stadse karakter van Lelystad.

Per 1 juli 1990 fuseren beide ziekenhuizen tot één Gemeenschappelijke Regeling (GR)³. In 1991 wordt de GR omgezet in een stichting en ontstaat de huidige Stichting IJsselmeerziekenhuizen. De stichting heeft tot circa 1996 een bestuurlijke constructie volgens het raad van beheer model. Het bestuur en later de raad van toezicht bestaat voor een deel uit (voormalige) politieke bestuurders uit de gemeenten Lelystad en NOP⁴. Tussen 1990 en 1999 heeft de stichting een collegiale driehoofdige directie met medisch directeuren per locatie en een directeur beheer over beide locaties.

Het beleid gedurende die jaren is gericht op integratie op beheersmatig en facilitair gebied. De twee medische en verpleegkundige bedrijven blijven geheel gescheiden. Er blijven twee medische staven met een eigen locatiebelang en er vindt geen integratie van medische disciplines plaats⁵. De medisch directeuren zijn in de eerste plaats vertegenwoordiger van hun eigen locatie en pas in de tweede plaats verantwoordelijk voor het geheel. Er wordt fors geïnvesteerd in verbetering van de gebouwen in Emmeloord en minder in Lelystad. De visie van de directie is dat het mogelijk en wenselijk is om beide locaties als zelfstandige ziekenhuizen te laten functioneren. Vanaf 1997 komt dit beleid steeds meer onder druk te staan. Beide ziekenhuizen verliezen een deel van hun patiënten aan andere ziekenhuizen⁶. De ontwikkelingen in medische technologie en in de professionele ontwikkeling blijken steeds moeilijker bij te houden voor de afzonderlijke ziekenhuizen. In Emmeloord kost het steeds meer moeite om goede medici te krijgen. Vacatures kunnen niet vervuld worden of alleen met buitenlandse artsen, die niet altijd voldoende gekwalificeerd zijn.

De kwaliteit van de medische zorg voldoet op sommige punten niet meer aan de professionele standaarden van de beroepsgroep en de eisen van de IGZ. De sluitende exploitatie is te danken aan openstaande vacatures. Wanneer op beide locaties alle medici, verpleegkundigen en ondersteuning ingezet zouden worden om 7 maal 24 uur te voldoen aan de eis van volwaardige ziekenhuislocaties, zou waarschijnlijk een fors tekort ontstaan.

Er moeten nieuwe beleidsmatige keuzen gemaakt worden. Eind 1997 komt een medisch beleidsplan uit voor de periode 1998-2003. Daarin wordt gekozen voor:

- klinische concentratie van niet basale functies op één locatie⁷,
- activiteiten gericht op vergroting van de adherentie en
- de vorming van één medische staf.

In de loop van 1998 wordt met grote moeite één medische staf gevormd. Een strategisch beleidsplan van het ziekenhuis komt niet tot stand. In 1999 richt de aandacht van de directie zich op het vormen van een holding met de Thuiszorg Oude en Nieuwe Land, die alleen het verzorgingsgebied NOP met de IJsselmeerziekenhuizen gemeen heeft⁸. In dat jaar gaat één van de medisch directeuren met pensioen. De overgebleven medisch directeur neemt de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid voor beide locaties op zich. De directie bestaat uit twee personen en is collegiaal.

13.2.2 De periode 1998 tot 2002

In 2000 worden op Urk werkconferenties gehouden met vele interne en externe betrokkenen over de toekomst van de IJsselmeerziekenhuizen. De aanwezigen bij die werkconferenties hebben een sterk verschillende interpretatie van de resultaten. Stakeholders uit de NOP, gemeentelijke en provinciale bestuurders en een deel van de medische staf uit Emmeloord gaan er van uit dat er een 'convenant' is gesloten, waarbij de ziekenhuisdirectie toezegt dat 'de basiszorg' in Emmeloord klinisch en poliklinisch gehandhaafd zal blijven. Die basiszorg bestaat tenminste uit poliklinisch en klinische diagnostiek en behandeling voor de vakken chirurgie, interne geneeskunde, gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde en cardiologie⁹. In het Functieprofielingsplan (FPP)¹⁰ uit mei 2000 (IJsselmeerziekenhuizen, 2000) is deze keuze opgenomen. Het FPP is altijd concept gebleven en nooit onderwerp van bestuurlijke besluitvorming geweest.

Op het moment dat het FPP verschijnt is de gewenste basiszorg in Emmeloord niet daadwerkelijk aanwezig. Er zijn onvoldoende kinderartsen in Emmeloord om volgens de standaarden van de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde 24 uur klinische zorg te verlenen¹¹. Er zijn geen cardiologen in Emmeloord. Cardiologische handelingen worden door oudere internisten¹² verricht. Er vindt die zomer een concentratie van de klinische activiteiten van gynaecologie/obstetrie op de locatie Lelystad plaats. De raad van bestuur zegt toe dat deze concentratie voor enkele jaren zal gelden en uiterlijk 1 juni 2003 weer ongedaan gemaakt zal worden.

In de zomer van 2000 intervenueert de IGZ. Volgens de IGZ voldoet de medische zorg in Emmeloord niet aan de gebruikelijke kwaliteitseisen. Dat geldt naast de kindergeneeskunde en de cardiologie ook voor de IC en de anesthesiologie¹³. De IGZ vraagt

de ziekenhuisdirectie om maatregelen en dreigt met het geven van een aanwijzing als er niet voldoende verandert.

De IGZ baseert zich daarbij mede op de professionele standaarden van de wetenschappelijke verenigingen. Volgens de IGZ voldoet de zorg in Emmeloord dus niet aan professionele en publieke kwaliteitsstandaarden. De IGZ heeft vanaf 1999 regelmatig opmerkingen gemaakt en brieven geschreven aan de directie om op verbetering aan te dringen.

Inmiddels zijn de IJsselmeerziekenhuizen, Thuiszorg Oude en Nieuwe Land en het Verpleeghuis Talmahof in Emmeloord een samenwerking aangegaan in het zorgconcern IJsselmeezorg. De drie onderdelen van het concern krijgen ieder een directie, die samen met een 'vrijgestelde' voorzitter¹⁴ de raad van bestuur van het concern vormen.

In de zomer van 2001 wordt door de ziekenhuisdirectie een concept ziekenhuisbeleidsplan opgesteld dat echter niet in procedure is gebracht. Er ontstaat in diezelfde periode grote interne en externe commotie. Deze heeft te maken met verschil in interpretatie van de Urker conferenties en de betekenis van het FPP. Voor 'de samenleving', de politiek en de medisch specialisten in Emmeloord zijn de afspraken uit Urk een keihard contract waar niet vanaf geweken mag worden. De raad van bestuur en de directie spreken niet duidelijk uit wat de status van de Urker conferenties en het FPP is en zijn daarover onderling verdeeld. In de raad van toezicht lopen beide opvattingen door elkaar heen. De ziekenhuisdirectie gaat intensief in binnen- en buitenland op zoek naar kinderartsen en gynaecologen, maar denkt ook na over concentratie van klinische activiteiten in Lelystad. Dat wordt intern en extern als contractbreuk ervaren. De raad van bestuur ontkent dat afgeweken wordt van het staande beleid en geeft de ziekenhuisdirectie opdracht zich te houden aan het vastgestelde beleid.

De commotie loopt zo hoog op dat de medisch directeur besluit om af te treden. Er wordt een scheiding doorgevoerd tussen de raad van bestuur van de holding en de directies van ziekenhuizen, thuiszorg en verpleeghuis. De raad van bestuur bestaat uit één persoon. De veranderingen in de top dragen niet voldoende bij aan de oplossing. De raad van toezicht geeft de raad van bestuur opdracht om te bezien hoe de verhoudingen hersteld kunnen worden. Die schakelt een extern adviseur in om samen met hem deze relaties te spreken. De adviseur komt in november 2001 (C3 adviseurs en managers, 2001) met een uiterst kritisch rapport, dat door de raad van bestuur geaccepteerd wordt en aan de raad van toezicht wordt aangeboden. De adviseur concludeert:

- Het beleid is niet duidelijk, er is geen open discussie over het beleid mogelijk en het nagestreefde beleid¹⁵ is niet realistisch en dient heroverwogen te worden.
- Er is onvoldoende sturing door de raad van bestuur en directie.
- Er ontbreekt een gezamenlijke visie op de basiskwaliteit en er is geen samenhang in de medische zorg.
- Er wordt slecht gecommuniceerd.
- De interne en externe verhoudingen zijn ernstig verstoord.

Hij adviseert om op al deze punten direct actie te ondernemen. De adviezen worden door raad van bestuur en raad van toezicht overgenomen. De raad van toezicht spreekt zijn vertrouwen uit in de raad van bestuur en vraagt deze om een plan van aanpak op te stellen.

Dat plan (IJsselmeerziekenhuizen, 2001) wordt nog dezelfde maand opgesteld en na goedkeuring door de raad van toezicht vanaf eind 2001 in uitvoering genomen. Het plan omvat:

- herstel van verhoudingen;
- ontwikkelen nieuw beleid;
- opstellen kwaliteitseisen per discipline;
- integratie medische vakgroepen (van beide locaties);
- instellen nieuwe vormen van overleg.

13.2.3 *Het jaar 2002*

In januari 2002 wordt door de raad van bestuur een stuurgroep ingesteld voor het opstellen van een nieuw beleidsplan. Deze stuurgroep bestaat uit alle interne belanghebbende partijen en staat onder voorzitterschap van een externe adviseur. In dezelfde periode wordt gewerkt aan integratie van de vakgroepen van de vijf basisvakken. Bij één specialisme wordt overeenstemming bereikt, twee maken voortgang en bij twee specialismen zijn de gesprekken op emoties vastgelopen¹⁶. Vanuit Emmeloord wordt grote druk uitgeoefend om los te komen van Lelystad.

De stuurgroep 'nieuw beleid' is onderling verdeeld en slaagt er niet in om overeenstemming te bereiken en tot eenduidige keuzen te komen. De stuurgroep presenteert in zijn eindrapport van april 2002 (IJsselmeerziekenhuizen, 2002a) drie modellen, waaruit de stuurgroep niet zelf een keuze kan maken. De stuurgroep concludeert dat een goede discussie niet mogelijk is, omdat in de stuurgroep en daarbuiten voor een deel van de gesprekspartners alleen de handhaving van de vijf basisvakken op beide locaties bespreekbaar is. Alle andere alternatieven zijn bij voorbaat verdacht. Daarbij speelt een grote rol dat de raad van bestuur het werk van de stuurgroep heeft bemoeilijkt door al publiekelijk uitspraken te doen dat de vijf basisvakken op beide locaties klinisch en poliklinisch zullen blijven of hersteld zullen worden¹⁷. Het rapport van de stuurgroep zal gebruikt worden voor een interne en externe consultatieronde. Die ronde heeft niet plaatsgevonden. In plaats daarvan neemt de raad van bestuur begin mei 2002 het voorgenomen besluit om:

- te kiezen voor klinische en poliklinische basiszorg voor de vijf basisvakken op beide locaties en concentratie van de andere klinische zorg op één van beide locaties;
- de locaties te verzelfstandigen door er resultaatverantwoordelijke eenheden van te maken, die samenwerking met andere ziekenhuizen zoeken.

Het eerste besluit is een voortzetting van de eerdere publieke uitspraken van de raad van bestuur. Het voornemen tot het maken van resultaatverantwoordelijke eenheden is in geen enkele eerdere beleidsuitspraak aan de orde geweest. Het is een breuk met het tot dan gevoerde integratiebeleid op organisatorisch en medisch gebied. De keuze voor resultaatverantwoordelijke eenheden wordt niet onderbouwd.

Het besluit van de raad van bestuur wordt door veel stakeholders niet begrepen. De belanghebbenden in Emmeloord zien er een bevestiging in van hun gelijk. Medici en medewerkers in Lelystad zien het als een beleidsbreuk en een motie van wantrouwen tegen de locatie Lelystad.

De raad van bestuur raakt de regie over het proces kwijt. Verschillende stakeholders gaan een actiever rol vervullen. De raad van toezicht gaat zich intensiever met de beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering bezig houden. De gemeentebesturen van de gemeenten Urk en NOP roepen de raad van bestuur regelmatig ter verantwoording. Het provinciebestuur nodigt de raad van bestuur telkens uit voor een 'informatief' gesprek. De gedeputeerde van de provincie Flevoland acht zich op basis van een brief van de minister van VWS¹⁸ gerechtigd om zich directer met het ziekenhuisbeleid te bemoeien. Het Patiëntenplatform vraagt om duidelijkheid. Er komt een actiegroep in de NOP en er worden handtekeningenacties ingezet. Patiëntenplatform en actiegroep verbinden zich met elkaar. De huisartsen van de NOP geven steeds hun visie op de situatie en beïnvloeden de raad van bestuur, de medische staf, medisch specialisten en medewerkers van de locatie Emmeloord. Zij dreigen hun patiënten naar andere ziekenhuizen te sturen. Het stafbestuur en de ondernemingsraad vragen om duidelijkheid, maar dreigen onderling verdeeld te raken. Er voltrekt zich een schisma in de medische staf. De specialisten uit Emmeloord trekken zich terug uit de gezamenlijke medische staf en willen hun eigen vereniging oprichten. Zij pleiten voor het defuseren van beide locaties. In juni 2002 leidt dat tot splitsing van de medische staf.

In juni 2002 treedt eerst een lid van de raad van toezicht af omdat zij geen vertrouwen meer heeft in de raad van bestuur. Een ander lid van de raad van toezicht treedt af vanwege zijn belangenconflict als lid van de raad van toezicht en wethouder gezondheidszorg van de gemeente NOP¹⁹. Per 1 juli 2002 treedt de raad van bestuur af. Op 19 augustus 2002 wordt door de raad van toezicht een interim-bestuurder benoemd²⁰.

Inmiddels heeft minister Borst van VWS er voor gekozen zich actiever met de situatie te bemoeien. Mede aanleiding daartoe is een bericht van de IGZ aan de minister dat er volgens de IGZ sprake is van een ernstige bedreiging van de zorg op beide locaties van de IJsselmeerziekenhuizen. De minister geeft de IJsselmeerziekenhuizen geen aanwijzing voor verbetering van de zorg en besluit niet tot beperkende maatregelen. Zij (VWS, 2002b) verzoekt de provincie²¹ om een commissie in te stellen, die advies moet uitbrengen over de ziekenhuisinfrastructuur in de NOP en Oostelijk Flevoland²². Zij geeft de ziekenhuizen wel de aanwijzing (VWS, 2002c) om geen richtinggevend besluiten voor de naaste toekomst van de beide ziekenhuislocaties te nemen totdat de commissie advies heeft uitgebracht.

Deze commissie onder voorzitterschap van mevrouw J.G. Kraaijeveld-Wouters wordt op 20 juni 2002 ingesteld door Gedeputeerde Staten van de Provincie Flevoland. De commissie (Commissie Kraaijeveld-Wouters, 2002) concludeert in augustus 2002 dat:

- Er een ernstige beleidsfout is gemaakt door niet direct na de fusie te streven naar volledige integratie maar pas acht jaar later aan de integratie van de medische zorg te beginnen.
- De raad van bestuur en de directie de integratie onvoldoende hebben bestuurd en ondersteund, dat de medische staf door onderlinge verdeeldheid zijn verantwoordelijkheid niet heeft genomen en dat de raad van toezicht tekort is geschoten in zijn toezichthoudende rol.
- Behoud van de ziekenhuiszorg in de polders alleen mogelijk is door te komen tot volledige integratie van de beide locaties. De commissie acht ontvlechting van beide

locaties en het maken van resultaatverantwoordelijke eenheden onmogelijk. Vanwege kwaliteits- en continuïteitsproblemen zullen beide ziekenhuizen dan binnen enige jaren hun klinische functie kwijtraken. Zij wijst samenwerking met andere ziekenhuizen als 'wishful thinking' van de hand.

- Er alleen kansen zijn als uitgegaan wordt van één ziekenhuis op twee locaties met één directie en één medische staf. Zowel in Lelystad als in Emmeloord moeten klinische, poliklinische functies, dagbehandeling en diagnostiek mogelijk zijn. Er moet aandacht zijn voor behoud van kwaliteit, de (on)mogelijkheden van de arbeidsmarkt en de betaalbaarheid en efficiency van de zorg.
- De locaties samen één sterk basisziekenhuis kunnen vormen, als er gekozen wordt voor specifieke profielen voor beide locaties.
- Het profiel inhoudt dat de IC, de klinische gynaecologie/obstetrie, de klinische cardiologie en de klinische kindergeneeskunde²³ geconcentreerd blijven in Lelystad. Orthopedie is klinisch geconcentreerd in Emmeloord en kan gevolgd worden door andere specialismen. Beide locaties hebben poliklinieken en dagbehandeling voor alle specialismen en een SEH gedurende kantooruren. Patiënten die buiten kantooruren medische zorg behoeven, worden of geholpen op de huisartsenpost of overgebracht naar Lelystad²⁴.
- Raad van bestuur, directie en raad van toezicht geheel vervangen moeten worden. De commissie vraagt om een sterke interim-bestuurder²⁵, die de adviezen van de commissie gaat uitvoeren. De commissie legt een plan van aanpak neer voor die uitvoering.
- De samenwerking met thuiszorg en ouderenzorg in de stichting IJsselmeerzorg moet worden ontbonden om de aandacht op het ziekenhuis te richten.
- De adviezen van de commissie integraal moeten worden overgenomen en niet partieel.

Het rapport van de commissie Kraaijeveld roept uiteraard grote commotie op. De tegenstanders van 'sluiting' van Emmeloord komen opnieuw in beweging. De commissie adviseert immers het beleid waar men tegen is, namelijk functiewijziging van Emmeloord. Maanden van actie volgen. De lokale en landelijke politiek bemoeit zich er intensief mee. Op het ministerie van VWS heeft inmiddels een machtswisseling plaatsgevonden. Minister Borst van D66 is opgevolgd door minister Bomhoff van de LPF. Minister Borst heeft op 8 maart 2002 (VWS, 2002a) bij een notitie over ziekenhuisspreiding aan de Kamer geschreven dat zij zich consequent niet uitspreekt over lokale/regionale casussen van ziekenhuiszorg, omdat zulks een zaak is van private partijen in het veld. Minister Bomhoff denkt daar anders over. Hij voert vanaf september 2002 (VWS, 2002d, 2002e, 2002f, 2002g, 2002h) een intensieve correspondentie met raad van toezicht en raad van bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen, waarbij hij het vertrek van de raad van toezicht eist. In eerste instantie vraagt de minister de raad van toezicht om af te treden en de aanwijzing op te volgen. De raad van toezicht en de raad van bestuur van IJsselmeerziekenhuizen schrijven in hun brief van 10 september (IJsselmeerziekenhuizen, 2002b) dat zij aanbevelingen voor de samenstelling van de raad van toezicht 'met belangstelling af wachten'. De raad van toezicht zegt niet toe af te zullen treden. Wel delen beide raden mee dat de aanbevelingen van de commissie Kraaijeveld door de regionale stakeholders in ruime meerderheid worden onderschreven. Op 23 september herhaalt de minister

zijn verzoek. Op 25 september krijgt hij antwoord van de voorzitter van de raad van toezicht (Ijsselmeerziekenhuizen, 2002c). Deze wijst op de in gang gezette procedure voor vervanging van de raad van toezicht en meldt dat het advies van de commissie Kraaijeveld basis voor het beleid van de stichting is. Dat beleid zal op 4 oktober worden vastgesteld door de raad van toezicht. Die datum is gekozen om rekening te kunnen houden met het overleg van de minister met de vaste Kamer Commissie op 3 oktober. De voorzitter van de raad van toezicht maakt gewag van een schrijven van de interim bestuurder aan de minister met het verzoek om de aanwijzing in te trekken.

De minister reageert niet op de brieven maar breidt op 26 september de aanwijzing van 18 juni uit (VWS, 2002f). Hij eist dat de stichting Ijsselmeerziekenhuizen voor 30 september 2002 de aanbeveling van de commissie Kraaijeveld met betrekking tot het aantrekken van een nieuwe voorzitter van de raad van toezicht uitvoert. Op 10 oktober (VWS, 2002g) verscherpt de minister de aanwijzing, waarbij hij het voornemen uit om bij overtreding een 'last onder dwangsom' op te leggen. Aan de aanwijzing moet uiterlijk op 8 oktober voldaan zijn²⁶. Op dezelfde dag schrijft de minister nog een brief naar de Ijsselmeerziekenhuizen (VWS, 2002h), waarin hij voor 1 december een stappenplan gynaecologie vraagt van de stichting. Hij vindt namelijk dat de klinische gynaecologie weer terug moet komen in Emmeloord.

In een brief aan de Tweede Kamer (VWS, 2002i), eveneens van 10 oktober, doet de minister uitspraken over het te voeren beleid van de Ijsselmeerziekenhuizen²⁷. In afwijking van de adviezen van de commissie Kraaijeveld wil de minister:

- dat de klinische gynaecologie op termijn weer uitgeoefend wordt in Emmeloord;
- dat de klinische kindergeneeskunde in Emmeloord gehandhaafd blijft²⁸;
- dat de spoedeisende hulp op beide locaties aanwezig moet zijn (voor de chirurgie en de interne spreekt de minister expliciet over 7x24 uur).

De minister motiveert niet waarom hij afwijkt van de aanbevelingen van de commissie Kraaijeveld²⁹ en hij vermeldt evenmin dat de bestuursorganen van Ijsselmeerziekenhuizen de acceptatie van de aanbevelingen door de meerderheid van de stakeholders hebben gemeld.

Op 30 september 2002 besluit de voorzitter van de raad van toezicht na telefonisch overleg met de minister om af te treden. De provincie wijst een nieuwe voorzitter aan³⁰, maar is niet bevoegd die te benoemen. De voorzitter moet benoemd worden door de 3 zittende leden van de raad van toezicht. De beoogde voorzitter eist dat zij eerst opstappen. Deze drie leden blijven echter zitten en ontslaan de interim-bestuurder. Onder druk van een opnamestop, die de minister voor beide locaties oplegt, benoemen ze de nieuwe voorzitter en treden daarna af. De nieuwe voorzitter herbenoemt daarna de interim-bestuurder en zoekt nieuwe leden van de raad van toezicht. Ondertussen treedt in Den Haag minister Bomhoff (om heel andere redenen) af en wordt hij vervangen door minister De Geus van Sociale Zaken³¹. Het ministerie van VWS bemoeit zich vanaf dat moment minder indringend met de Ijsselmeerziekenhuizen.

De bestuurlijke crisis intern duurt voort. De interim-bestuurder moet nogmaals aftreden, de voorzitter van de raad van toezicht treedt af en daarna benoemt de resterende

raad van toezicht de interim-bestuurder opnieuw. Deze beweging zet zich voort tot december 2002³², wanneer de commissaris der Koningin van Noord Holland, Harry Borghouts, wordt benoemd tot voorzitter van de raad van toezicht.

Parallel aan de bestuurscrisis loopt een voortdurende discussie van interne en externe stakeholders die proberen het advies van de commissie om te buigen naar hun eigen standpunt. Voorstanders van concentratie van klinische zorg in één ziekenhuis zijn blij met de aanbevelingen. Voorstanders van 'Emmeloord open' verguizen het rapport en klampen zich vast aan de uitspraken van minister Bomhoff. Vanuit Emmeloord wordt door de lokale politiek en een deel van de medisch specialisten aangedrongen op ongedaan maken van de fusie. Langzamerhand gaan ook de politiek en de burgers van Lelystad zich roeren, omdat ze zien dat het niet oplossen van problemen en de voortdurende aandacht voor Emmeloord leidt tot afkalving van de zorg in het Zuiderzeeziekenhuis³³.

De interim-bestuurder accepteert de aanbevelingen van de commissie Kraaijeveld en stelt zich tot doel deze tot uitvoering te brengen. Vanaf eind 2002 krijgt hij steun van de nieuwe raad van toezicht die zichzelf tot taak stelt om voor stabiliteit in het toezicht te zorgen en die achter de realisatie van de aanbevelingen van de commissie Kraaijeveld staat. De verantwoordelijkheid voor de koers van de IJsselmeerziekenhuizen ligt nu weer bij raad van bestuur en raad van toezicht van de stichting.

In december 2002 laat interim-minister De Geus door de heer L. Hermans³⁴ onderzoeken of defusie van beide ziekenhuizen mogelijk is. Het verslag van dat onderzoek wordt op 6 december 2002 (VWS, 2002k) naar de Kamer gezonden met een begeleidende brief van de minister dat hij de conclusies van de heer Hermans overneemt. Die conclusies zijn:

- Geen van de omliggende ziekenhuizen ziet mogelijkheden om te fuseren met de locatie Emmeloord op basis van de termen uit de brief van minister Bomhoff van 10 oktober 2002.
- De Specialisten Vereniging Ziekenhuis Emmeloord is de enige die wil uitgaan van de brief van Bomhoff. Raad van Bestuur en demissionair voorzitter van de medische staf van IJsselmeerziekenhuizen en de zorgverzekeraar achten de keuzen uit de brief van Bomhoff niet haalbaar.
- Zelfstandig voortbestaan van Emmeloord is geen optie. Er is geen andere keuze dan de samenwerking tussen Lelystad en Emmeloord. Doorslaggevend is dat er al 33 specialisten op twee locaties werken en ontvlechting schadelijke gevolgen heeft voor de adherentie³⁵ van beide ziekenhuizen. Beide ziekenhuizen kunnen uit het oogpunt van kwaliteit, continuïteit en financiële optiek niet afzonderlijk functioneren.
- Volgens de raad van bestuur en de voorzitter medische staf zijn er grote financiële moeilijkheden, heeft het ziekenhuis 11 vacatures voor medisch specialisten en is het imago zo slecht dat men met werven is gestopt.
- De zorgverzekeraar zegt dat de exploitatie van de IJsselmeerziekenhuizen 20% duurder is dan gebruikelijk vanwege de bijzondere voorzieningen in Emmeloord en is niet bereid nog meer te investeren.

De minister hecht aan snelle aanvulling van de raad van toezicht en aan het opstellen van het stappenplan dat voor 15 januari 2003 gepresenteerd moet worden³⁶. Hij wenst dat er vertrouwen is in raad van bestuur en raad van toezicht en heft de opnamestop in Emmeloord niet op zolang de specialisten in Emmeloord hun vertrouwen niet uitspreken en de gekozen lijn onderschrijven³⁷.

De specialisten uit Emmeloord spreken³⁸ naar de IGZ hun vertrouwen uit in raad van bestuur en raad van toezicht maar niet in de plannen die zij aan het voorbereiden zijn. De opnamestop wordt vervolgens per 10 december 2002 opgeheven.

13.2.4 *Het jaar 2003*

Op 10 januari 2003 presenteert de interim-bestuurder het nieuwe ziekenhuisplan 'Over Kwaliteit en Veiligheid' (IJsselmeerziekenhuizen, 2003a). Dat plan sluit in hoofdzaak aan bij de aanbevelingen van de commissie Kraaijeveld maar laat nog een kleine opening om in de verre toekomst (als de crisis is bezworen en het in alle opzichten weer goed gaat met het ziekenhuis) opnieuw klinische kindergeneeskunde, gynaecologie en cardiologie in Emmeloord te realiseren. De interim-bestuurder heeft advies gevraagd van de wetenschappelijke verenigingen voor obstetrie/gynaecologie en kindergeneeskunde. Beide verenigingen adviseren om geen klinische activiteiten voor hun specialisme in Emmeloord uit te oefenen, omdat niet voldaan kan worden aan de professionele standaarden (NVOG, 2002; NVK, 2002). De interim-bestuurder heeft deze adviezen in zijn plan van aanpak verwerkt. De raad van bestuur maakt tevens publiekelijk duidelijk dat er een fors financieel tekort is om het plan te realiseren. Er is minstens € 3,8 miljoen extra nodig.

De raad van bestuur voert intensief overleg met interne en externe stakeholders. De eerdere discussies herhalen zich. Landelijke en lokale politici uit de NOP blijven betogen dat Emmeloord de vier basisspecialismen³⁸ moet houden, daarin gesteund door actiegroepen en handtekeningen acties.

Er worden twee werkgroepen geïnstalleerd bestaande uit vertegenwoordigers van verschillende stakeholders. De ene werkgroep richt zich op de acute zorg, de andere op de geboortezorg (obstetrie en kindergeneeskunde). De werkgroep Geboortezorg adviseert om de klinische kindergeneeskunde in Emmeloord te sluiten en niet uit te gaan van terugkeer van de klinische gynaecologie/obstetrie. De werkgroep Bereikbaarheid en Beschikbaarheid Acute Zorg adviseert om de huisartsenpost in het ziekenhuis te huisvesten en aanvullende voorzieningen te treffen voor bereikbaarheid van basale diagnostiek, verpleegkundige ondersteuning en bereikbaarheid van anesthesisten. De raad van bestuur van IJsselmeerziekenhuizen had al eerder de bereidheid uitgesproken om de acute opvang (ACOP) in Emmeloord 7x24 uur open te houden en twee postoperatieve bewakingsbedden beschikbaar te stellen, als dat financieel haalbaar is. Er wordt uitgegaan van een proefperiode van twee jaar.

Met deze aanvullingen kan de raad van bestuur een definitief plan opstellen, dat op 10 juni 2003 door de raad van toezicht wordt goedgekeurd. Het plan (IJsselmeerziekenhuizen, 2003b) wordt daarna aangeboden aan minister Hoogervorst³⁹, die daarover op 24 juni

2003 (VWS, 2003a) de Tweede Kamer informeert. De minister doet geen inhoudelijke uitspraken over het beleid van de stichting IJsselmeerziekenhuizen, maar toetst het plan op zijn 'systeemverantwoordelijkheid voor de ziekenhuiszorg'. Hij kijkt naar:

- de wijze waarop partijen hun verantwoordelijkheid waar kunnen maken binnen de door de overheid gestelde randvoorwaarden;
- de goede kwaliteit van de daaruit resulterende zorg;
- de vraag of de zorg een risico voor de gezondheidszorg vormt;
- de betaalbaarheid van de zorg;
- de toegankelijkheid van de zorg (beschikbaar en bereikbaar).

De minister laat zich daarbij leiden door de opvattingen van de IGZ. Hij stelt vast dat de wijze waarop de stichting IJsselmeerziekenhuizen tot besluitvorming is gekomen, zorgvuldig is geweest. Volgens de minister is er goed gecommuniceerd en is er uitgebreid overleg geweest met de stakeholders, wat heeft geleid tot aanpassing van de plannen. Hij komt tot de conclusie dat 'het definitieve besluit van de raad van toezicht te billijken is'⁴⁰, en spreekt de verwachting uit dat de raad van bestuur op korte termijn het besluit van de raad van toezicht implementeert. Hij zoekt verder een oplossing om vanuit VWS een financiële bijdrage in de investeringen te geven. Hij spreekt expliciet uit dat hij zelfstandig doorfunctioneren van de locatie Emmeloord in welke vorm dan ook noch haalbaar noch wenselijk vindt.

In november 2003 (VWS, 2003b) informeert de minister de Tweede Kamer over een gesprek met de voorzitter van de raad van toezicht van IJsselmeerziekenhuizen waarin geconstateerd wordt dat er een voorzichtig opgaande lijn is, maar het ziekenhuis nog niet uit de gevarenzone is. De voorzitter van de raad van toezicht, de heer Borghouts, pleit er bij de minister voor de uitvoering van het plan van aanpak voort te zetten en deze niet te belasten met nieuwe varianten. De raad van toezicht heeft aangegeven tot eind 2005 verantwoordelijkheid te willen dragen voor de uitvoering van het plan van aanpak.

13.2.5 De periode 2004 tot 2006

Begin 2004 treedt de ondernemingsraad af en ontstaat er een conflict van de vakbonden met de interim-bestuurder. Vervolgens zegt de gemeenteraad van NOP het vertrouwen in de interim-bestuurder op, nadat de NOP had laten onderzoeken of het plan van aanpak door de interim-bestuurder wel goed wordt uitgevoerd. De raad van toezicht blijft achter de interim-bestuurder staan en houdt vol dat het plan correct wordt uitgevoerd. B&W van Lelystad menen dat het gemeentebestuur van NOP op de stoel van de raad van bestuur gaat zitten. Minister Hoogervorst antwoordt op Kamervragen (VWS, 2004e) dat hij vindt dat het plan goed wordt uitgevoerd en dat hij een onderzoek van VWS ongewenst vindt omdat dit de rust zal verstoren. Alle discussie verandert niets aan de uitvoering van de plannen. In maart 2004 wordt het eerste lid van de nieuwe raad van bestuur benoemd. In mei 2004 is de nieuwe raad van bestuur compleet en kan de interim-bestuurder zich terugtrekken. De nieuwe raad van bestuur neemt zich voor het plan van aanpak ongewijzigd door te voeren.

In dezelfde tijd wordt het ziekenhuis geconfronteerd met een aanbod van een ziekenhuisconsortium onder leiding van de heer P. Sturkenboom. Het ziekenhuisconsortium⁴¹ biedt aan de locatie Emmeloord te kopen en er een commercieel ziekenhuis van te maken dat alle basiszorg zal leveren. Het ziekenhuisconsortium belooft aan de bevolking dat hij wel de zorg kan leveren, waarvan in het plan van aanpak (IJsselmeerziekenhuizen, 2003b) is vastgesteld dat deze onmogelijk is op grond van te lage adherentie, te hoge kosten en te weinig kwaliteit. Raad van bestuur en raad van toezicht van IJsselmeerziekenhuizen wijzen het aanbod af. De gemeente NOP is gecharmeerd van het voorstel van het ziekenhuisconsortium en laat het onderzoeken door een externe onderzoeker. Zij concludeert (Le Grand, 2004a) in haar advies aan B&W dat het voorstel niet goed is uitgewerkt en knelpunten bevat, waardoor realisatie nauwelijks mogelijk is. Zij acht het voorstel niet interessant voor de gemeente. Ze geeft tegelijkertijd een second opinion (Le Grand, 2004b) aan B&W op het plan van aanpak van de IJsselmeerziekenhuizen. Inhoudelijk kan zij zich vinden in de lijnen van het plan van aanpak, maar zij vindt dat er door de IJsselmeerziekenhuizen in veel opzichten onvoldoende is gecommuniceerd⁴² en dat niet duidelijk is wat gerealiseerd is en wat er nog gerealiseerd gaat worden. Zij geeft per specialisme aanbevelingen voor de verdere aanpak. Kort daarop adviseert de gemeente de raad van bestuur van het ziekenhuis om de adviezen over te nemen.

In september 2004 stelt de nieuwe raad van bestuur een projectorganisatie in. Die projectorganisatie moet komen tot concretisering van het plan van aanpak en moet een visie ontwikkelen op de toekomst van de ziekenhuiszorg in het verzorgingsgebied. Er wordt een werkgroep ingesteld met een onafhankelijk voorzitter⁴³ en een externe begeleidingscommissie onder leiding van de gedeputeerde. De begeleidingsgroep bestaat uit vertegenwoordigers van provincie, gemeenten en de zorggebruikersgroep. De projectorganisatie brengt in februari 2005 advies uit over de functieverdeling over de locaties (IJsselmeerziekenhuizen, 2005a). Op 4 juli 2005 informeert de raad van bestuur het ministerie van VWS (IJsselmeerziekenhuizen, 2005c) over de stand van zaken. Volgens de raad van bestuur gaat het weer beter met de IJsselmeerziekenhuizen. De financiële situatie is verbeterd, de productie neemt toe en de IGZ heeft per april 2005 het verscherpte toezicht beëindigd. Een aantal grote projecten is ter hand genomen. De raad van bestuur bericht de minister over het rapport van de werkgroep en het brede draagvlak voor het 'solide advies' en geeft vervolgens een samenvatting van zijn besluiten op grond van het advies. De locatie Emmeloord moet zich ontwikkelen tot een geavanceerd centrum voor polikliniek, dagbehandeling/dagverpleging en kort verblijf. Acute zorg voor 7x24 uur wordt gecoördineerd vanuit Lelystad, terwijl in Emmeloord door de combinatie van de eerste hulp met huisartsenpost en ambulancepost kleinere trauma's behandeld kunnen worden. De raad van bestuur motiveert uitgebreid waarom de klinische moeder- en kind-zorg niet terug zal komen in Emmeloord. De raad van bestuur heeft daarover ook opnieuw advies ingewonnen van de wetenschappelijke verenigingen, die hun standpunten van 2002 bevestigen en daarmee de keuze van de raad van bestuur ondersteunen. De minister van VWS informeert de Tweede Kamer in oktober 2005 (VWS, 2005b) over de ontwikkelingen van de IJsselmeerziekenhuizen. Hij concludeert dat er een gedegen plan ligt waar draagvlak voor is en dat in uitvoering is genomen. Hij onderschrijft dat het goed is dat nu samenwerking met andere ziekenhuizen wordt onderzocht. De minister

stelt vast dat het hoog tijd wordt een turbulente periode af te sluiten. De minister reageert op dezelfde wijze op een brief van het Platform ZorgGebruikersbelangen (VWS, 2005c) en op Kamervragen (VWS, 2005d). Hij spreekt uit dat alle alternatieven zorgvuldig zijn bestudeerd en dat er voldoende draagvlak is, ook al is niet iedereen tevreden. De minister vindt dat depolitiseren van de situatie in Emmeloord nodig is. Handelen van zijn kant zou het omgekeerde bereiken en daarmee destabiliserend werken.

In januari 2006 brengt mevrouw Le Grand advies uit over de strategische toekomstverkenning IJsselmeerziekenhuizen (Le Grand, 2006)⁴⁴. Ze beschrijft de situatie in januari 2006 en geeft advies over de samenwerking met anderen. Begin 2006 is de functieverdeling volgens Le Grand geïmplementeerd conform het plan van 2005. De huisartsenpost is gevestigd in het ziekenhuis en er is een samenwerkingscontract met de huisartsen. Er is een strategisch beleidsplan. De organisatie is gereorganiseerd naar vakinhoudelijke clusters over de locaties heen. Er worden nieuwe afspraken gemaakt met de maatschappijen over profielen. Medische functies die niet passen in het basisziekenhuis worden afgebouwd. Het verscherpte toezicht van de IGZ is in april 2005 opgeheven. Er is een kwaliteitsbeleid, waarin NIAZ accreditatie in 2008 wordt nagestreefd. Het ziekenhuis is financieel op orde. De interne adviesorganen zijn opnieuw samengesteld. Er is een plan voor een nieuw stakeholdersoverleg. Volgens Le Grand is de externe communicatie echter nog niet tot ieders tevredenheid ontwikkeld. Nu de interne organisatie in opbouw is, adviseert zij om samenwerking met het OLVG in Amsterdam en het Flevoziekenhuis in Almere te onderzoeken. Op het moment van afsluiten van de research voor deze casus (eind mei 2006) is niet bekend of dit onderzoek al gestart is.

13.3 Wat was het probleem?

In de tweede helft van de negentiger jaren blijkt het beleid van de IJsselmeerziekenhuizen om twee locaties als zelfstandige ziekenhuizen te laten functioneren niet langer haalbaar. Er moeten nieuwe strategische keuzen gemaakt worden. Het maken van die keuzen is echter gedurende lange tijd niet mogelijk door de bemoeienis van vele stakeholders met verschillende opvattingen. De nadrukkelijke wens van veel partijen om Emmeloord 'open te houden' ontnemt het zicht op de ernst van de bestaande situatie (slechte kwaliteit, te weinig patiënten en te hoge kosten in Emmeloord). Daardoor worden de problemen niet opgelost, maar nemen ze toe en krijgen hun weerslag op de totale organisatie.

Het bestuur van de stichting IJsselmeerziekenhuizen slaagt er niet in een zodanig beleid te kiezen en uit te voeren dat er een stabiele situatie voor de ziekenhuiszorg in Oostelijk Flevoland ontstaat. De raad van bestuur wordt belemmerd in die keuzen door de complexe invloeden van maatschappelijke actoren en professionals. Anderzijds leidt het ontbreken van duidelijke keuzen van de raad van bestuur tot vergroting van die invloed. Uiteindelijk bemoeit iedereen zich met de beleidskeuzen van de stichting IJsselmeerziekenhuizen en is niet meer duidelijk wie verantwoordelijk is voor het vinden van een oplossing.

Het probleem is om te komen tot heldere beleidskeuzen en tot beleidsrealisatie van de privaatrechtelijke stichting IJsselmeerziekenhuizen. Die keuzen moeten publiek en maatschappelijk aanvaardbaar zijn, aan de gangbare professionele kwaliteitsnormen voldoen en de continuïteit van de ziekenhuiszorg waarborgen. Bovendien moeten ze haalbaar en betaalbaar zijn.

13.4 Hoe is het probleem opgelost?

Na een lange periode van bestuurlijke instabiliteit bij de stichting, is in juni 2003 een plan van aanpak tot stand gebracht, dat de beoogde stabiliteit kan brengen. Het plan is intensief besproken met de stakeholders en op grond daarvan nog op onderdelen bijgesteld. De minister van VWS beoordeelt het plan positief en spreekt de wens tot spoedige implementatie uit.

Vanaf het begin van 2004 is de bestuurlijke situatie bij de stichting IJsselmeerziekenhuizen stabiel met een nieuwe raad van bestuur en een vernieuwde raad van toezicht, die op één lijn zitten en dezelfde boodschap uitzenden. De raad van bestuur heeft zich erop gericht om met kleine stapjes de regie over het proces weer in handen te krijgen. Binnen de stichting hebben personeelsmutaties plaatsgevonden, waarbij tegenstanders van het plan vertrokken zijn en nieuwe mensen zijn aangenomen. Deze interne stabiliteit maakt het mogelijk vast te houden aan de beleidskeuzen en het plan uit te voeren. De maatschappelijke omgeving blijft proberen het beleid te beïnvloeden. Nadere onderzoeken door de gemeente, het bod van het ziekenhuisconsortium, acties en kamervragen hebben de realisatie van het plan uit 2003 niet verhinderd. Door de stichting geëntameerde onderzoeken en overlegvormen onder leiding van een onafhankelijk voorzitter hebben de planrealisatie ondersteund.

De stichting IJsselmeerziekenhuizen profileert zich nu als één ziekenhuis op twee locaties met een duidelijke verdeling van taken tussen beide locaties en een beleid gericht op het garanderen van de kwaliteit, bereikbaarheid en beschikbaarheid van de medische zorg op beide locaties. In samenhang met de huisartsenposten en het ambulancevervoer zijn veiligheid en beschikbaarheid van de acute zorg gerealiseerd. De kwaliteitsproblemen zijn grotendeels opgelost en de IGZ heeft in 2005 haar verscherpte toezicht opgeheven.

De IJsselmeerziekenhuizen gaan nu de mogelijkheden onderzoeken om met andere ziekenhuizen samen te werken om de stabiliteit te vergroten.

Dat wil niet zeggen dat het probleem nu definitief is opgelost. Er blijven stromingen actief die vinden dat Emmeloord een volledig ziekenhuis moet en kan hebben. Het is niet uitgesloten dat door de activiteiten van die stromingen de beleidskeuzen van de stichting weer opnieuw ter discussie komen te staan. Inmiddels is de verdeling van functies over beide locaties echter zo ver gevorderd dat deze niet meer kan worden teruggedraaid.

13.5 Analyse van de casus

Vanaf het begin van de negentiger jaren staat het voortbestaan van veel kleine ziekenhuislocaties ter discussie. Er kan niet voldoende kwaliteit van zorg geboden worden, er komen te weinig patiënten en de kosten lopen op. De bevolking en de lokale politiek willen het 'eigen ziekenhuis' open houden. Ze worden daarin gesteund door de zorgverleners in het kleine ziekenhuis en vaak ook door het ziekenhuisbestuur, zolang het kleine ziekenhuis zelfstandig is. Uiteindelijk moet meestal samenwerking met een andere partner gezocht worden en wordt een proces in gang gezet voor herverdeling van diagnostiek en behandeling over de ziekenhuislocaties. Dat leidt doorgaans tot concentratie van klinische zorg op de grootste locatie en versterking van de polikliniek en dagbehandeling, samen met bijzondere functies, op de kleine ziekenhuislocatie.

De maatschappelijke patronen die zich voordoen bij de discussie over de toekomst van ziekenhuislocaties in Velp, Kerkrade, Zeist, Oldenzaal en anderen vertonen veel overeenkomsten met de casus IJsselmeerziekenhuizen. Bijzonder aan deze casus is dat het hier gaat om twee kleine ziekenhuizen op grote afstand van elkaar en niet om een groot ziekenhuis dat het kleine ziekenhuis 'overneemt'.

De casus IJsselmeerziekenhuizen is ook bijzonder vanwege de grote verwevenheid en bemoeienis van de publieke stakeholders en de bemoeienis van VWS. De casus bevat dus niet alleen veel elementen die elders spelen, maar is door de genoemde bijzonderheden extra complex.

13.5.1 Strategische keuzen van de raad van bestuur

De raad van bestuur van een stichting is verantwoordelijk voor de strategische keuzen die de stichting maakt. Het besluit van de raad van bestuur behoeft goedkeuring van de raad van toezicht. Volgens de gangbare private governance principes toetst de raad van toezicht of de stakeholders gehoord zijn en of de raad van bestuur een zorgvuldige afweging gemaakt heeft.

Bij de strategische ontwikkeling van de IJsselmeerziekenhuizen zijn die principes gaandeweg zoekgeraakt. De Urker conferenties zijn niet opgevat als een raadpleging van stakeholders maar als het aangaan van een overeenkomst. Vanaf dat moment denken verschillende stakeholders dat zij directe zeggenschap hebben over de beleidskeuzen van het ziekenhuis. Raad van bestuur en raad van toezicht laten dat misverstand lang bestaan. Ze zijn niet duidelijk in hun keuzen. Ze maken niet duidelijk dat alleen zij verantwoordelijk en bevoegd zijn om die keuzen te maken. Ze scheppen de verwachting dat interne en externe stakeholders de toekomst van de IJsselmeerziekenhuizen kunnen bepalen.

Door de verwachtingen van de stakeholders, de verdeeldheid in de medische staf en binnen de raad van bestuur zelf, wordt de raad van bestuur in 2001 en 2002 belemmerd in zijn verantwoordelijkheid om keuzen te maken. Na het aantreden van de interim-bestuurder zet die belemmering zich voort door de wisselingen in de raad van toezicht en de cyclus van benoemen en ontslaan van de interim-bestuurder. Van medio 2001

tot begin 2003 is de raad van bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen niet in staat zijn private governance verantwoordelijkheid voor het strategisch beleid van de stichting te dragen.

Verschillende stakeholders menen ten onrechte dat zij bevoegd zijn om die keuzen te maken. Ze gedragen zich als zodanig. Het wordt onduidelijk wie wat mag/moet beslissen. Er worden in die periode geen keuzen gemaakt.

De raad van bestuur en raad van toezicht bestaan in die tijd voor een groot deel uit personen met een achtergrond uit publieke governance en grote gevoeligheid voor de invloed van stakeholders. Mede daardoor wordt deze onduidelijkheid niet onderkend en wordt er niet over gecommuniceerd. Pas vanaf de bespreking van het plan van aanpak van de interim-bestuurder in 2003 maken raad van bestuur en raad van toezicht expliciet wie de verantwoordelijkheid heeft voor welke beslissingen. De raad van bestuur zet processen in gang om met de stakeholders te communiceren en hen te consulteren, maar maakt steeds duidelijk wie de keuzen maakt. Zo probeert de raad van bestuur de regie over de strategische besluitvorming terug te krijgen. Dat lukt niet gemakkelijk. Verschillende stakeholders blijven zich met het beleid bemoeien en doen of zij beslissingsbevoegd zijn. Pas begin 2006 lijkt het erop dat de strategische keuzen van de raad van bestuur geaccepteerd worden.

13.5.2 *Verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg*

Professionals governance dient onder andere om de kwaliteit van de professionals en de professionele beroepsbeoefening hoog te houden en te ontwikkelen. De beroepsgroep garandeert de kwaliteit van het vak door opleiding, standaarden en naleving van die standaarden. Dat laatste is bij de IJsselmeerziekenhuizen niet gebeurd. Hoewel op verscheidene momenten de klinische kindergeneeskunde en de cardiologie in Emmeloord niet volgens de professionele standaarden plaatsvindt, blijft deze situatie voortbestaan. Het probleem wordt niet signaleerd vanuit de betreffende wetenschappelijke verenigingen en er wordt niet ingegrepen.

Professionals governance binnen de IJsselmeerziekenhuizen leidt evenmin tot het signaleren en oplossen van kwaliteitsproblemen. Specialistinnen in Lelystad weten (of kunnen weten) dat hun collegae in Emmeloord niet volgens de standaarden werken. Doordat de staven niet geïntegreerd zijn, bestaat er lang geen forum om kwaliteitsproblemen bespreekbaar te maken. Het verschil in professioneel werken staat samenwerking van een discipline over de locaties heen in de weg.

De huisartsen uit de NOP zijn zeer goed op de hoogte van de stand van zaken in het Dr. J.H. Jansenziekenhuis. Zij moeten dus geweten hebben dat sommige disciplines kwantitatief of kwalitatief onder de maat zijn. Toch hebben zij vanuit hun professionele standaarden niet besloten hun patiënten voor cardiologische of pediatrische problemen naar andere ziekenhuizen te sturen. Ook hebben zij bij de raad van bestuur van IJsselmeerziekenhuizen geen kwaliteitsproblemen signaleerd. Zij hebben zich beijverd om 'de basisvakken' beschikbaar te houden zonder daaraan kwaliteitseisen te stellen.

Interne en externe professionals governance hebben in deze casus⁴⁵ niet bijgedragen aan het signaleren en oplossen van kwaliteitsproblemen in de medische zorg.

De vraag is of in een van de beide andere governance werelden regelmechanismen zijn om onvoldoende kwaliteit te signaleren en te verbeteren. Binnen private governance is de raad van bestuur verantwoordelijk voor de kwaliteit⁴⁶. Het zou logisch zijn als de raad van bestuur, al dan niet samen met het stafbestuur, signaleert dat er een probleem is en dat stappen gezet worden om dit probleem op te lossen. Hoewel de raad van bestuur en de directie zich tot het uiterste hebben ingespannen om de kwantiteit van medisch specialisten in Emmeloord op het juiste niveau te brengen, hebben zij niet onderkend dat de kwaliteit onder het gewenste minimum was gezakt en daarop maatregelen genomen.

De IGZ is binnen het publieke systeem belast met het toezicht op de kwaliteit van zorg. Als die kwaliteit onvoldoende is, zal de inspectie dat signaleren en de verantwoordelijke vragen om binnen een bepaalde tijd maatregelen te nemen. Wanneer de verantwoordelijke dat verzoek ook na herhaling niet inwilligt kan de IGZ de minister van VWS adviseren om een aanwijzing te geven. Die aanwijzing heeft een dwingend karakter. Het uitoefenen van een bepaalde functie wordt verboden totdat aangetoond kan worden dat het probleem is opgelost. De IGZ heeft in brieven en gesprekken steeds gewezen op onvoldoende kwaliteit in Emmeloord. De IGZ heeft wel gedreigd met een aanwijzing maar die dreiging niet omgezet in een advies aan de minister. Dat kwam pas in de crisisperiode. Toen ging de aanwijzing niet over kwaliteitsverbetering maar over besluitvorming van raad van bestuur en raad van toezicht.

Hoewel er aantoonbaar onvoldoende kwaliteit van zorg werd geboden in Emmeloord, is er vanuit geen van de drie governance werelden ingegrepen. Een situatie met onvoldoende kwaliteit kon daardoor blijven bestaan.

13.5.3 *De betekenis van professionele kwaliteitsnormen*

De IGZ baseert zich bij haar toezicht onder andere op de 'normen in het veld'. Voor het medisch handelen betekent dit dat de IGZ de protocollen, standaarden en normen van de wetenschappelijke vereniging voor een discipline gebruikt bij haar toetsingskader⁴⁷. In professionals governance wordt dus bepaald wat het toetsingskader is. De professionals voeren die toetsing niet zelf uit. Dat gebeurt door een toezichtorgaan uit de publieke wereld (IGZ). Logischer zou zijn als de professionals governance wereld zelf zou toezien op de naleving van zijn normen. Dan kan de publieke governance wereld toetsen of de normen maatschappelijk aanvaardbaar zijn en toezicht houden op de zelfcontrole van de beroepsgroep. Nu gebeurt noch het een (publieke goedkeuring van de normen) noch het ander (toezicht en correctie vanuit de beroepsgroep en toezicht daarop vanuit het publieke systeem).

De commissie Kraaijeveld neemt de normen en standaarden van de wereld van professionals governance als vanzelfsprekend aan. Zij zoekt geen rechtsreeks contact met de wetenschappelijke verenigingen van kindergeneeskunde, cardiologie en gynaecologie/verloskunde, maar baseert haar oordeel op de opvattingen van de IGZ.

De interim-bestuurder vraagt de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie advies over de vraag of in Emmeloord volgens de professionele standaarden een volledige praktijk gevoerd kan worden. Hij gebruikt de standaarden uit professionals governance voor onderbouwing van zijn plan in private governance.

Minister Bomhoff laat zich niet leiden door de standaarden van de beroepsgroep. Hij doet in zijn brief van 10 oktober 2002 uitspraken over de instandhouding van een kleine praktijk kindergeneeskunde. Die visie is strijdig met de opstelling van de 'eigen' inspectie van de minister en de standaarden en professionele opvattingen van de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde.

Het afwijken van de standaarden van de professionele groep is een principiële inbreuk op de gangbare praktijk. De publieke governance wereld heeft immers een licentie afgegeven aan de beroepsgroep om in professionals governance de zaken onderling goed te regelen. De beroepsgroep, in dit geval de kinderartsen, kwijt zich van die taak. Een van de professionele standaarden is dat de klinische kindergeneeskunde alleen volledig en verantwoord kan worden uitgeoefend in een praktijk van minimaal vier voldoende gekwalificeerde kinderartsen. De praktijk in Emmeloord voldoet, op het moment dat de minister de brief schrijft, niet aan dat criterium. Toch vindt de minister dat die situatie voortgezet kan worden.

De minister grijpt vanuit de publieke governance wereld dus incidenteel in in de wereld van professionals governance, zonder daaraan principiële consequenties te verbinden. Hij gaat niet de dialoog aan met de beroepsgroep over de vraag of hun professionele keuzen vanuit publieke governance wel acceptabel zijn.

De keuzen in professionals governance veroorzaken immers een maatschappelijk probleem. Doordat er te weinig kinderartsen zijn opgeleid en doordat ze van hun beroepsgroep alleen in een grote praktijk mogen werken, lukt het veel kleine ziekenhuislocaties niet meer om de klinische kindergeneeskunde in stand te houden. Dat is meestal het begin van vermindering van klinische functies omdat ook de gynaecologie/verloskunde dan niet meer klinisch kan functioneren.

In publieke governance is steeds meer het gevoel ontstaan dat door het verminderen van klinische functies op kleine ziekenhuislocaties de bereikbaarheid en beschikbaarheid van ziekenhuiszorg onvoldoende wordt. Dat heeft onder andere geleid tot een fusiestop voor ziekenhuizen. Er is geen dialoog tot stand gekomen tussen de publieke governance wereld en de professionals governance wereld over het bijstellen van de professionele normen en standaarden. Concreet had de minister van VWS al veel eerder aan de NVK kunnen vragen na te denken over professionele standaarden waarbinnen een kleine praktijk wel zou kunnen functioneren.

Keuzen in professionals governance veroorzaken dus een maatschappelijk probleem dat in de publieke governance wereld niet kan worden opgelost en dat in de private governance wereld ziekenhuisbestuurders dwingt tot het maken van beleidskeuzen, die ze anders niet zouden maken⁴⁸. Die keuzen in professionals governance zijn op geen

enkele manier onderhevig aan toetsing en goedkeuring vanuit publieke governance. Ze zijn moeilijk beïnvloedbaar vanuit private governance.

13.5.4 *Professionals governance invloeden*

In de vorige twee paragrafen is de invloed van professionals governance op de kwaliteit van zorg en de normstelling daarvoor aan de orde geweest. Professionals governance speelt ook een rol in de interne verhoudingen.

Bij de IJsselmeerziekenhuizen is de staf steeds verdeeld geweest. De medici hebben verschillende verwachtingen van de keuzen die de raad van bestuur moet maken en zij beïnvloeden verschillende leden van de raad van bestuur op verschillende manieren. Het FPP krijgt geen draagvlak en blijft in het conceptstadium steken. Omdat de raad van bestuur beide partijen wat wil bieden, wordt hij onderdeel van de strijd tussen professionals.

Ook tussen vakgenoten van beide locaties bestaat in die tijd verschil van inzicht over de kwaliteit van zorg. Er kan niet per discipline over de locaties heen gewerkt worden. Voor de medische staf in Emmeloord staat het behoud van de eigen locatie voorop. Het lijkt erop dat men daarvoor concessies wil doen aan de standaarden van de eigen beroepsgroep. In eigen huis worden kwaliteitsproblemen daardoor niet bespreekbaar. Vragen vanuit Lelystad over de kwaliteit in Emmeloord worden daar als een aanval gezien. Het verschil tussen loondienst en vrije vestiging draagt niet bij aan de samenwerking en lijkt tot een verschil in attitude te leiden.

De verwachting van professionals governance is dat de opvattingen en standaarden van de wetenschappelijke verenigingen een referentiekader vormen voor de medisch specialisten van een bepaalde discipline. Dat referentiekader speelt dan een rol in de input van die discipline in het ziekenhuisbeleid. Dat blijkt bij de IJsselmeerziekenhuizen niet het geval. De medici verschillen onderling van mening over het referentiekader voor goede zorg. Daarbij worden de standaarden van de discipline in twijfel getrokken. Door dit alles draagt de inbreng van de medici niet bij aan focus in de beleidsvorming en worden beleidskeuzen van de raad van bestuur steeds in twijfel getrokken.

13.5.5 *Publieke governance invloeden*

In deze casus bemoeien de drie publieke bestuurslagen zich intensief met de koers van de IJsselmeerziekenhuizen. Zij acteren een aantal malen alsof zij zeggenschap over het ziekenhuis hebben.

De gemeente NOP stelt zich op als eigenaar van het ziekenhuis. Het gemeentebestuur roept de raad van bestuur ter verantwoording. Het laat eigen onderzoeken doen naar de juistheid van beleidsopties. Het laat het voorstel van het ziekenhuisconsortium onderzoeken alsof het gemeentebestuur daarover zou kunnen beslissen. De gemeente doet in het openbaar uitspraken over het ziekenhuis in Emmeloord alsof zij daarover kan beslissen. Het gemeentebestuur overschrijdt daarmee zijn bevoegdheden en wekt verwachtingen naar de burgerij die het niet waar kan maken. Het geeft daarmee mogelijkheden

voor andere belanghebbenden om de raad van bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen onder druk te zetten.

De provincie bemoeit zich met het beleid van de IJsselmeerziekenhuizen, spreekt uit wat er moet gebeuren en laat de raad van bestuur verantwoording afleggen. De gedeputeerde denkt dat hij de raad van bestuur kan sturen. De provincie benoemt een commissie die uitspraken moet doen over de toekomst van de IJsselmeerziekenhuizen.

De status van het advies van de commissie Kraaijeveld is onduidelijk. De commissie wordt ingesteld binnen de wereld van publieke governance. Het advies van de commissie heeft echter het karakter van een strategisch beleidsplan en invulling van de topstructuur voor de private stichting IJsselmeerziekenhuizen. Het advies wordt uitgebracht aan de provincie, die niet bevoegd is die beslissingen te nemen. Als de raad van bestuur het advies naast zich neer zou leggen zijn er geen publieke governance instrumenten om af te dwingen dat de aanbevelingen van de commissie opgevolgd worden. Dit probleem heeft zich niet voorgedaan omdat de interim-bestuurder direct de aanbevelingen van de commissie Kraaijeveld tot zijn beleid maakte⁴⁹.

De opstelling van het ministerie van VWS blijkt bepaald te worden door de persoon van de minister. Minister Borst onthoudt zich van uitspraken over het beleid van de ziekenhuizen. Wanneer de druk te groot wordt verzoekt zij de provincie om een commissie in te stellen en zij geeft een aanwijzing op grond van de kwaliteitswet. Die aanwijzing perkt de besluitvormende bevoegdheid van de raad van bestuur en de raad van toezicht in. Dat is merkwaardig.

De minister gebruikt een instrument uit het publieke governance arsenaal om in te grijpen in de private governance verantwoordelijkheden van het stichtingsbestuur. Besluiten van de raad van bestuur over de toekomstige koers brengen echter niet direct de huidige kwaliteit van zorg in gevaar. Het valt dus te betwijfelen of de minister haar instrument⁵⁰ voor het juiste doel gebruikt.

De minister neemt niet haar publieke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. Hoewel de IGZ al een aantal keren heeft aangegeven dat de kwaliteit in Emmeloord voor kindergeneeskunde, cardiologie en anesthesie onder de maat is, geeft de minister geen aanwijzing om die kwaliteit te verbeteren.

Minister Bomhoff bemoeit zich directief met de inhoud van het beleid van de stichting IJsselmeerziekenhuizen. Hij doet uitspraken die op een aantal fundamentele punten afwijken van de aanbevelingen van de commissie Kraaijeveld en de vergelijkbare plannen van de raad van bestuur. Bomhoff breekt met de consistente beleidslijn dat VWS geen uitspraken doet over de inhoud van het beleid van private stichtingen die ziekenhuizen exploiteren. Hij gaat voorbij aan het feit dat hij noch de instrumenten noch de bevoegdheden heeft om deze koers af te dwingen⁵¹. Hij treedt daarmee in de verantwoordelijkheden van de raad van bestuur van de private stichting IJsselmeerziekenhuizen.

Ook minister De Geus treedt in de verantwoordelijkheden van het stichtingsbestuur door de mogelijkheden van defusie te laten onderzoeken en daarover te rapporteren aan de Tweede Kamer. Het onderzoeksresultaat ondersteunt de strategische keuze van de raad van bestuur van IJsselmeerziekenhuizen. Daardoor wordt het spanningsveld tussen de publieke en private verantwoordelijkheden niet zichtbaar. Dat laat onverlet dat

opnieuw publieke governance het veld van de private governance betreedt en verantwoordelijkheden op zich neemt waarvoor noch de bevoegdheid noch de instrumenten aanwezig zijn.

De volgende minister, Hoogervorst, herstelt de verhoudingen tussen het publieke en private domein, door in juni 2003 het plan van aanpak van de IJsselmeerziekenhuizen te toetsen op de systeemverantwoordelijkheid en de kwaliteit van zorg. Hij toetst, geeft de kaders vanuit publieke governance aan en laat de realisatie van de plannen daarna over aan de private governance verantwoordelijkheid van raad van bestuur en raad van toezicht. Nadien bevestigt hij die opstelling nog een aantal keren in antwoord op Kamervragen.

13.5.6 Raadplegen van de stakeholders

Sinds enige jaren heeft VWS ziekenhuizen verplicht om bij majeure beleidswijzigingen hun externe stakeholders te raadplegen, alvorens tot besluiten te komen. In de zorgbrede governancecode (Arcare et al, 2005, regel 1.2.) is die verplichting eveneens opgenomen. De raadpleging van de stakeholders is bedoeld om de maatschappelijke invloed op en acceptatie van het besluit van een zorgorganisatie te vergroten.

In tegenstelling tot andere vormen van medezeggenschap⁵² is bij de stakeholdersraadpleging niet geregeld wat de betekenis van de raadpleging is en welke vervolprocedure geldt. De raadpleging van stakeholders vermindert de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur voor de besluitvorming niet. Feitelijk gaat het om een vrijblijvend advies dat de raad van bestuur desgewenst naast zich neer kan leggen. Er is geen beroepsprocedure⁵³.

Als de raad van bestuur van te voren niet goed duidelijk maakt wat het karakter is van de raadpleging en hoe hij met het advies zal omgaan, dan is het risico groot dat er valse verwachtingen geschapen worden. Dat risico is nog groter indien de raad van bestuur na het nemen van het besluit de stakeholders niet goed informeert over de gemaakte keuzen en over de redenen waarom die keuzen anders zijn dan stakeholders verwachten of hoopten.

Bij de raadpleging van de externe en interne stakeholders van IJsselmeerziekenhuizen op Urk is de suggestie ontstaan dat gezamenlijk beleid gemaakt werd. De afspraken hebben het karakter van een onveranderbaar en niet onderhandelbaar contract met de samenleving gekregen in plaats van een advies dat de raad van bestuur betreft bij zijn besluitvorming. De raad van bestuur is er niet in geslaagd om dat misverstand uit de weg te ruimen en is zichzelf gaan gedragen alsof er een contract met de samenleving was.

De interim-bestuurder pakt het anders aan. Hij formuleert een concept plan. Hij baseert dat plan op de aanbevelingen van de commissie Kraaijeveld. Hij stelt twee commissies van stakeholders in die hem adviseren over het plan. Hij vraagt advies aan de wetenschappelijke verenigingen en stelt die adviezen beschikbaar aan de commissies. Hij stelt zijn plan (enigszins) bij op basis van de adviezen en legt het dan voor aan de stakeholders. Hij laat daarmee zien dat het plan gebaseerd is op visies in publieke governance

(provinciale commissie Kraaijveld als basis), in professionals governance (adviezen wetenschappelijke verenigingen) en in private governance (adviezen stakeholders). Hij maakt duidelijk wat hij met de reactie van de stakeholders op het plan doet.

De nieuwe raad van bestuur volgt dezelfde lijn. Hij stelt in 2004 een projectorganisatie in onder leiding van een onafhankelijk voorzitter voor de realisatie van het plan. De rol van de stakeholders wordt geformaliseerd door een externe begeleidingsgroep onder leiding van de gedeputeerde. De raad van bestuur is er duidelijk over dat hij en niemand anders beslist. Hij wordt daarin gesteund door de minister, die verzoeken tot interventie steeds afwijst.

13.5.7 *Invloed stakeholders*

Zelfs als de raadpleging van de stakeholders van het begin af aan goed was verlopen, had deze waarschijnlijk niet bijgedragen aan de oplossing van het probleem. Er zijn bij deze casus zeer veel belanghebbenden betrokken met sterk verschillende belangen en percepties. De maatschappelijke verankering van beide ziekenhuislocaties in hun omgeving is sterk verschillend. Voor bestuur en burgers van Lelystad is het ziekenhuis een vanzelfsprekende maatschappelijke voorziening waar geen bijzondere band en betrokkenheid mee is. Het ziekenhuis is er en het functioneert redelijk goed, dus waarom zou je er drukte om maken. De relatie tussen ziekenhuis en huisartsen is zakelijk en afstandelijk.

In Emmeloord ligt dat anders. De gemeentebesturen en de burgers van NOP en Urk beschouwen het ziekenhuis als 'van ons' en er zijn sterke banden en verwevenheden. Ook de huisartsen hebben het gevoel dat ze mede-eigenaar van het ziekenhuis zijn en zeggenschap hebben over wat er moet gebeuren. Wat er in het ziekenhuis gebeurt, is direct bekend in de gemeenschap. Gemeentebestuur, bevolking en huisartsen komen in actie tegen vermindering van functies van 'hun' ziekenhuis. Er komt een actieve actiegroep, geleid door een van de lokale ondernemers. De actiegroep verbindt zich met het patiëntenplatform dat in Flevoland en NOP functioneert.

De media spelen een grote rol. Iedere ontwikkeling en ieder incident komt uitgebreid in de lokale pers en vaak ook in de landelijke kranten. Omroep Flevoland is actief en houdt een dossier bij van alle ontwikkelingen. De media aandacht leidt tot bemoeienis van Kamerleden, die daarmee op hun beurt aandacht van de media krijgen. Ook het provinciebestuur bemoeit zich regelmatig met de IJsselmeerziekenhuizen en krijgt daarvoor de nodige aandacht in de media.

De zorgverzekeraar houdt zich op de achtergrond maar laat evenals VWS wel weten niet voor extra kosten op te willen draaien. Een bedrijfseconomische analyse van de locatie Emmeloord kan niet over het voetlicht worden gebracht. De verwarring neemt toe als het ziekenhuisconsortium beweert wel een economisch goed draaiend ziekenhuis met voldoende kwaliteit van alle medische functies tot stand te kunnen brengen.

Intern staan de medici van beide locaties tegenover elkaar. Ondernemingsraad en cliëntenraad zijn het soms eens, maar worden soms tegen elkaar uitgespeeld. Raad van bestuur en raad van toezicht zijn lange tijd onderling verdeeld. Door de fusie met thuiszorg en verpleeghuis worden de bestuurders van deze organisaties ook partij in het geheel.

De raad van bestuur krijgt telkens het verwijt niet goed met de stakeholders te communiceren. Voor sommige perioden is dat verwijt juist, voor andere perioden minder. Met niet communiceren wordt echter ook bedoeld 'niet doen wat wij willen' of 'niet de boodschap geven, die wij willen horen'. Feitelijke boodschappen dat Emmeloord onvoldoende gekwalificeerde dokters heeft, dat er te weinig patiënten komen, dat de kosten veel hoger zijn dan de opbrengsten, kunnen niet worden overgebracht. De stakeholders die in een volwaardig ziekenhuis in Emmeloord geloven, wijzen alle signalen dat dit onmogelijk is, af. Telkens is er weer een andere partij die valse hoop wekt. De ene keer is dat de gemeente NOP, de andere keer het ziekenhuisconsortium, dan weer minister Bomhoff en recent een aantal keren het kamerlid Nawijn.

Alle onderzoeken en adviezen leiden niet tot het bereiken van overeenstemming over wat wel en niet mogelijk is. Stakeholders uit Emmeloord blijven ontevreden en hebben er moeite mee dat zij de stichting niet kunnen dwingen alle functies in Emmeloord terug te brengen.

Van zorginstellingen wordt maatschappelijk ondernemerschap verwacht. Ze moeten midden in de maatschappij staan, goed communiceren met hun stakeholders en gevoelig zijn voor maatschappelijke invloeden.

De casus laat sterk de negatieve effecten van die opstelling zien. Het wordt onmogelijk om het probleem goed te benoemen en met enige rationaliteit verschillende oplossingen af te wegen. Er ontstaat een richtingenstrijd, waarbij iedere partij zijn eigen werkelijkheid heeft en niet ontvankelijk is voor de waarheid van een ander. Misstanden kunnen voortbestaan en veranderingen worden niet tot stand gebracht. Alleen geleidelijk komen veranderingen tot stand. En alleen als een raad van bestuur weet wat hij wil en consistent met kleine stapjes daaraan blijft werken. Die raad van bestuur moet blijven communiceren en iedere keer weer onderzoeken en commissies toestaan, maar toch doorzetten op de ingezette lijn.

13.5.8 Samenstelling raad van toezicht

De raad van toezicht van een private stichting benoemt en ontslaat zichzelf. Volgens de geldende governance principes moet die raad onafhankelijk zijn en mag er geen belangenverstrengeling zijn. Beide principes zijn in deze casus niet toegepast. De raad was niet onafhankelijk maar sterk verbonden met de lokale politiek. Bovendien hebben de publieke besturen geprobeerd invloed uit te oefenen op de samenstelling van de raad van toezicht.

De kiem voor de publieke bemoeienis op gemeentelijk niveau is al bij de vorming van de IJsselmeerziekenhuizen gelegd. De samenwerking tussen het Zuiderzeeziekenhuis en het Dr. J.H. Jansenziekenhuis begon als een gemeenschappelijke regeling (GR) onder publieke verantwoordelijkheid. Juist vanwege die publieke verantwoordelijkheid vormen gemeentebestuurders uit de betrokken gemeenten het bestuur van de GR.

Bij het opheffen van de GR en de vorming van de stichting zijn formeel de verantwoordelijkheid vanuit private governance en vanuit publieke governance gescheiden. Dat heeft echter niet geleid tot voldoende consequenties voor de samenstelling van de raad van toezicht. De raad van toezicht bestaat tot 2002 voor een groot deel uit voormalige

en huidige gemeentebestuurders. Raad van bestuur en raad van toezicht laten zich daarvoor sterk beïnvloeden door de opstelling van de gemeenten en andere overheden. Een extra complicatie is dat de wethouder Volksgezondheid van de gemeente NOP lid is van de raad van toezicht van de stichting IJsselmeerziekenhuizen. Als gemeentebestuurder heeft hij kritiek op het beleid dat hij als toezichthouder moet goedkeuren. Vanuit de huidige opvattingen over governance zijn dergelijke verbindingen ongewenst. De casus laat duidelijk zien waarom zo'n belangenverstrengeling problematisch is.

In de zomer van 2002 zijn raad van bestuur en raad van toezicht onderdeel van het probleem geworden en is er reden om tot wisselingen in de personele samenstelling over te gaan. Die ontwikkeling begint volgens de gangbare private governance principes. De raad van bestuur treedt af. De raad van toezicht benoemt een interim-bestuurder en zet een proces in gang om zichzelf te vernieuwen. Dit proces wordt verstoord door minister Bomhoff die eist dat de raad van toezicht vertrekt en daartoe de aanwijzing uitbreidt. Hierdoor treedt een merkwaardige en onjuiste vermenging van publieke en private governance op:

- Een hoge gezagdrager uit publieke governance wil een besluit in private governance afdwingen, waar hij geen bevoegdheden toe heeft (de vervanging van de raad van toezicht).
- Hij gebruikt daarvoor oneigenlijk een instrument uit het publieke governance systeem (de aanwijzing uit de kwaliteitswet).
- Hij beargumenteert de aanwijzing vanuit de kwaliteit van zorg, maar stelt geen eisen aan de verbetering van die kwaliteit. Hij laat dus de misstand waar hij uit oopunt van publieke governance wel iets over te zeggen heeft (onvoldoende kwaliteit van zorg) voortbestaan.

De reactie van de raad van toezicht op eerdere verzoeken van de minister is typerend voor de worsteling ook bij de raad van toezicht om publieke en private governance gescheiden te houden. De voorzitter schrijft niet 'waar bemoeit u zich mee, dat is onze verantwoordelijkheid'⁵⁴. Pas in tweede instantie meldt hij dat de raad van toezicht bezig is voor vervanging te zorgen en dat niet valt in te zien hoe de raad van toezicht daarmee veranderingen in de weg kan staan.

Als uiteindelijk de voorzitter van de raad van toezicht besluit eerder af te treden, overschrijden minister en provincie hun bevoegdheden door een publieke bestuurder als kandidaat naar voren te schuiven. Door de publieke bestuurders wordt er aan voorbij gegaan dat alleen de zittende leden van de raad van toezicht een nieuwe voorzitter kunnen benoemen. Zij gaan ervan uit dat hun kandidaat benoemd zal worden.

De kandidaat voldoet echter niet aan de gangbare regels van onafhankelijkheid. Hij heeft zich immers als gedeputeerde van de provincie Flevoland tot kort daarvoor intensief met de IJsselmeerziekenhuizen bemoeid. Bovendien wordt door het opnieuw benoemen van een (voormalig) publiek bestuurder uit de regio de verknoptheid van de private en publieke governance wereld voortgezet. Die verknoptheid is nu juist een van de oorzaken van het probleem. De kandidaat kan volgens de geldende private governance principes dus geen voorzitter worden.

Tevens is niet duidelijk wat de visie van de beoogde voorzitter op het beleid van de IJsselmeerziekenhuizen is. In zijn tijd als gedeputeerde streeft hij een andere keuze na dan het advies van de commissie Kraaijeveld. Na zijn benoeming blijkt dat hij vasthoudt aan een andere opvatting dan de raad van bestuur. Hij had daarop tenminste bevestiging moeten worden door de benoemende instantie (de raad van toezicht zelf) voordat zijn voordracht geaccepteerd werd.

Al voordat hij benoemd is, gaat de beoogde voorzitter voorbij aan de private governance spelregels. Hij eist dat de drie resterende leden van de raad van toezicht opstappen. Dat leidt op zijn minst tot een praktisch probleem omdat er dan niemand meer is die de bevoegdheid heeft om de nieuwe voorzitter te benoemen⁵⁵. Het zet echter ook de verhoudingen op scherp. De zittende raad wordt immers opnieuw niet in staat gesteld zijn eigen verantwoordelijkheid te dragen door nieuwe leden te benoemen.

De maanden daarna maken duidelijk dat het uiterst contraproductief is om op deze wijze vanuit de publieke governance wereld te interveniëren in de private governance bevoegdheden. Er is een opeenvolging van conflicten binnen de raad van toezicht en tussen de raad van toezicht en de interim-bestuurder. Er komt pas weer rust als er een voorzitter wordt benoemd uit een ander deel van het land, die tot dan toe geen enkele bemoeienis en verbintenis met de IJsselmeerziekenhuizen heeft gehad⁵⁶. Pas met een hele nieuwe top, die niet gehinderd wordt door het verleden, en geen binding heeft met de regio, slagen de IJsselmeerziekenhuizen erin een nieuwe koers te varen.

De vraag blijft open hoeveel tijd er gewonnen zou zijn en hoeveel minder problemen er geweest zouden zijn als de 'oude' raad van toezicht in september 2002 zijn eigen vervanging had geregeld. Zeker is in ieder geval dat alle interventies vanuit de publieke governance wereld voor vier maanden bestuurlijke onrust hebben gezorgd, die de oplossing van de echte problemen en de realisatie van nieuwe beleidskeuzen hebben belemmerd. Het overschrijden van de grenzen van de publieke governance wereld door interventie in de private governance van de stichting IJsselmeerziekenhuizen heeft contraproductief gewerkt.

13.6 Conclusies uit deze casus

In deze casus komen private, publieke en professionals governance bijeen op een wijze, die gedurende een periode van enkele jaren het bereiken van een oplossing in de weg staat.

De minister van VWS, de provincie Flevoland en de gemeente NOP handelen een aantal malen alsof de stichting IJsselmeerziekenhuizen onderdeel is van het publieke systeem en ze daar volledige zeggenschap over hebben. De bemoeienis richt zich zowel op beleidskeuzen als op de samenstelling van de raad van toezicht.

De publieke bestuurslagen proberen de instrumenten uit publieke governance toe te passen in de private governance wereld zonder dat ze daarvoor bevoegd of verantwoordelijk zijn. Ze negeren de cultuur, normen en waarden en instrumenten van private governance.

In private governance wordt het voor zorginstellingen belangrijk geacht dat zij goed communiceren met hun stakeholders en hen invloed geven op de beleidsvoorbereiding. De beleidsbepaling, het maken van definitieve keuzen, is de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur. Deze casus laat zien wat er gebeurt als er geen helderheid is in de omgang met stakeholders en stakeholders het idee krijgen dat zij mede de keuzen maken. De intensieve betrokkenheid van stakeholders en de wens van de raad van bestuur en raad van toezicht om met alle stakeholderswensen rekening te houden, werkt verlamdend op de besluitvorming.

Als de rol van een stakeholdersraadpleging te voren niet goed duidelijk is, ontstaan verkeerde verwachtingen en worden de bestuurlijke verhoudingen onduidelijk.

De belangrijkste reden waarom er iets moest veranderen aan het beleid van de IJsselmeerziekenhuizen was dat het niet langer lukt om Emmeloord als volledig basisziekenhuis te laten functioneren. Dat is een structureel probleem en geen tijdelijk probleem. Er komen te weinig patiënten en het ziekenhuis heeft waarschijnlijk geen kostendekkende bedrijfsvoering. Zelfs als dat geaccepteerd wordt, blijft een probleem dat er niet voldoende gekwalificeerde dokters voor Emmeloord aangetrokken kunnen worden. De kwaliteit van de medische zorg voldoet lange tijd op een aantal punten niet aan de geldende professionele standaarden.

In het hele proces is deze – voor het oog zakelijke – probleemdefinitie niet helder naar boven gekomen. Er is strijd ontstaan of deze conclusie wel juist was. Telkens wanneer een onderzoek deze conclusies oplevert, ontstaan er tegenkrachten die het tegendeel beweren. Vooral in de publieke governance wereld leeft het beeld dat als je echt iets wil, het altijd mogelijk moet zijn om dat te bereiken. Dat Emmeloord geen basisziekenhuis kan blijven ligt – in deze visie – dus niet aan externe omstandigheden, maar aan te weinig inspanningen of onwil van het bestuur van de stichting IJsselmeerziekenhuizen. Ook veel stakeholders en een deel van de medische staf in Emmeloord hebben dat idee gehad.

Als het niet lukt het probleem te benoemen, kun je ook niet over de oplossing praten. Dat heeft belemmerend gewerkt in het zoeken naar oplossingen.

De professionele standaarden en de beschikbaarheid van medisch specialisten worden binnen professionals governance bepaald. Die keuzen van de hele beroepsgroep maken het moeilijk om in een klein ziekenhuis voldoende dokters te krijgen en te werken volgens de professionele standaarden. De gewenste private beleidskeuze van de IJsselmeerziekenhuizen is niet mogelijk vanwege de eisen die professionals governance stelt aan het werken van haar beroepsbeoefenaars. Noch de raad van bestuur noch de publieke bestuurslagen kunnen afdwingen dat professionals afwijken van de normen van hun beroepsgroep⁵⁷.

De normen die in professionals governance gesteld worden, hebben dus grote maatschappelijke gevolgen. Ze zijn echter niet onderworpen aan een maatschappelijke toetsing of sanctionering in de publieke governance wereld. Toch hanteert het toezichthoudend orgaan (IGZ) die normen als één van de kaders bij haar publieke toezichthoudende taak. Ook zorginstellingen kunnen niet anders dan met de professionele normen rekening houden.

Keuzen in professionals governance zijn dus bepalend voor publieke en private governance in de gezondheidszorg, terwijl die normen niet geëxpliciteerd zijn en niet zijn getoetst op hun maatschappelijke aanvaardbaarheid en hun uitwerking in de organisatie van de zorgverlening.

Situaties die niet aan de professionele normen voldoen kunnen desondanks blijven bestaan. Hoewel de medische zorg in Emmeloord op een aantal punten onder de normen lag, greep er niemand in. Vanuit professionals governance is door de wetenschappelijke vereniging niet getoetst of de vakgenoten aan de norm voldeden en er is niet ingegrepen toen dat niet het geval was. Binnen de IJsselmeerziekenhuizen waren de professionals het niet eens of aan de norm voldaan werd en of een eventuele afwijking acceptabel was. De private governance van het ziekenhuis heeft het probleem niet benoemd en niet ingegrepen. Vanuit publieke governance verantwoordelijkheid heeft de IGZ de afwijking van de norm wel benoemd en aangedrongen op verandering, maar de IGZ heeft zelf pas laat ingegrepen. De publieke machtshebbers hebben de afwijking van de professionele normen niet in hun bemoeienis betrokken tot de aanwijzing van VWS in de zomer van 2002.

Bij de IJsselmeerziekenhuizen komen private, publieke en professionals governance samen op een zodanige wijze dat:

- het werkelijke probleem niet onderkend wordt;
- de verantwoordelijkheden en bevoegdheden onduidelijk worden;
- publieke gezagsdragers ingrijpen in private governance verantwoordelijkheden;
- stakeholders menen dat ze zeggenschap hebben;
- er heel lang geen beleidskeuzen voor de toekomst gemaakt kunnen worden;
- het probleem daardoor blijft bestaan;
- er volgens professionele normen onvoldoende kwaliteit van medische zorg was;
- door geen van de drie governance werelden werd ingegrepen om dit kwaliteitstekort op te lossen.

Samenvatting en conclusies empirisch deel

In de vorige hoofdstukken is de praktijk van governance in de gezondheidszorg onderzocht. Daarmee wordt antwoord gegeven op de vierde deelvraag van het onderzoek, namelijk hoe de combinatie van private, publieke en professionals governance functioneert in de praktijk van Nederlandse zorgaanbieders. Dat is aan de hand van drie casussen onderzocht.

Dat zorgaanbieders moeten functioneren in de combinatie van de drie governance werelden blijkt ook in dit praktijkonderzoek een gegevenheid. Het is niet mogelijk om één van de governance invloeden uit te schakelen. Bij de bloedvoorziening en de huisartsenzorg is de invloed van publieke governance vergroot ten koste van private respectievelijk professionals governance, maar de combinatie is gebleven. De overheersende invloed op de huisartsenzorg die professionals governance tot begin negentiger jaren had, bestond omdat publieke governance deze invloed toestond en faciliteerde. De private belangen en de professionele belangen van de huisartsen vielen in die tijd voor een groot deel samen waardoor er geen spanning tussen beide governance werelden bestond, zoals die later wel ontstaan is. Bij de IJsselmeerziekenhuizen is de spanning tussen de drie governance werelden voortdurend zichtbaar.

Het empirisch onderzoek bevestigt de conclusie uit het theoretische deel dat niet uitgaan kan worden van een principaal-agent relatie (bijvoorbeeld tussen de overheid en de zorgaanbieder) in één van de governance werelden. Er kan alleen maar geopereerd worden in het overlappende gebied als onderhandeld wordt met veel verschillende stakeholders, waarbij de overheid en de professionals belangrijke partijen zijn, maar niet alleen de koers bepalen. Dat blijkt in 2002 als de minister van VWS handelt alsof hij als principaal de raad van toezicht van de IJsselmeerziekenhuizen kan opdragen af te treden. Hij treedt in een andere governance wereld, waar hij geen zeggenschap heeft en bereikt niet de door hem beoogde resultaten. De vorming van Sanquin wordt juist bereikt door slim gebruik te maken van het spel in de verschillende governance werelden. In de huisartsenzorg wordt voortdurend onderhandeld tussen partijen uit de verschillende governance werelden. Die onderhandelingen gaan over in een strijd tussen professionals governance en publieke governance, die leidt tot uitholling van de zeggenschap van de LHV over de huisartsenzorg.

Publieke governance in de zorg is er omdat publieke belangen geborgd moeten worden en publieke doelen moeten worden bereikt. Vaak is echter niet helder wat die publieke doelen zijn.

In de casus Sanquin is duidelijk welke publieke doelen de minister wil bereiken en is diens interventie daarop afgestemd. De private belangen van bloedbanken en CLB stonden het publieke belang om in Nederland zelfvoorzienend te zijn in voldoende en veilige bloedproducten, in de weg. Ze belemmerden het professionele belang om standaarden te ontwikkelen. Dat werd een zodanig probleem dat alleen door een herverdeling tussen de governance werelden tot een oplossing gekomen kon worden.

Welke publieke doelen de interventies van de ministers van VWS in de casus IJsselmeerziekenhuizen dienen is minder duidelijk. De kwaliteit van de zorg, de kosten van de zorg en de beschikbaarheid van ziekenhuisvoorzieningen staan op gespannen voet met elkaar. VWS draagt niet bij aan het oplossen van de spanning en maakt geen keuze welk doel moet prevaleren. In de casus LHV is niet geheel duidelijk welke invloed publieke governance wil hebben op professionals governance en welke voorwaarden publiek gesteld worden aan het professionele monopolie.

Governance kan een middel zijn om maatschappelijke problemen te voorkomen of op te lossen. De vraag is of in de combinatie van private, publieke en professionals governance voldoende probleemoplossend vermogen is ingebouwd. Dat is niet zo. De combinatie van drie governance werelden voorkomt niet dat maatschappelijke problemen ontstaan en draagt niet altijd bij aan de oplossing van dergelijke problemen.

In de casus IJsselmeerziekenhuizen belemmerde de combinatie van drie governance werelden lange tijd dat het probleem werd opgelost. De normen uit professionals governance beperkten de beleidskeuzen in private governance. De interventies uit publieke governance maakten iedere beleidskeuze in private governance onmogelijk. Er kon dus geen keuze voor goede ziekenhuiszorg in de polders gemaakt worden. Vanuit geen van de drie governance werelden werd tijdig ingegrepen om onvoldoende kwaliteit van zorg aan te pakken. Een slechte situatie kon blijven bestaan, terwijl er geen zicht was op verbetering door andere strategische keuzen. Een publiek, privaat en professioneel probleem werd door de combinatie van de drie governance werelden nagenoeg onoplosbaar.

Ook in de casus LHV droeg de strijd tussen publieke en professionals governance niet bij aan het oplossen van het huisartsentekort. De overheersing van professionals governance in de huisartsenzorg heeft er heel lang voor gezorgd dat er geen maatschappelijke problemen rond huisartsen waren en dat burgers en politiek vertrouwen hadden in de huisartsenzorg. Toen er een probleem dreigde (het huisartsentekort) waarvan de beroepsgroep aangaf dat zij het niet op kon lossen, verminderde het maatschappelijk vertrouwen en werd het monopolie aangetast. Er ontstond strijd over de invloed van publieke en professionals governance zonder dat dit direct bijdroeg aan de oplossing van het probleem.

Zonder veranderingen had de maatschappij het vertrouwen in de kwaliteit van de bloedvoorziening kunnen verliezen en hadden er maatschappelijke problemen kunnen ontstaan. Hier kon door de vorming van Sanquin in vrij korte tijd wel een maatschappelijk gewenste oplossing bereikt worden.

De casussen laten zien dat het probleemoplossend vermogen van governance in de gezondheidszorg wordt belemmerd door de combinatie van private, publieke en professionals governance.

De casussen laten eveneens zien dat het samenspel tussen de drie governance werelden niet leidt tot overeenstemming over een norm voor goede zorg en behandeling. Keuzen in professionals governance hebben grote maatschappelijke implicaties. Wanneer de LHV besluit de praktijkgrootte van de huisarts te verkleinen of de opleiding met een jaar te verlengen kan een huisartsentekort ontstaan. Daardoor wordt de overheid belemmerd in haar wettelijke taak om gezondheidszorg (in dit geval huisartsenzorg) voor alle Nederlanders beschikbaar en toegankelijk te houden. De keuzen van de NVK voor een minimale omvang van een klinische praktijk kindergeneeskunde leiden ertoe dat in minder ziekenhuizen klinische kindergeneeskunde beschikbaar is. Dit heeft een vergelijkbaar effect op beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. De keuze van de beroepsgroep leidt tot problemen in de private (functieverlies ziekenhuis) en publieke (toegankelijkheid ziekenhuiszorg) governance wereld.

Toch kunnen de beroepsgroepen binnen professionals governance deze keuzen maken zonder dat er een vorm van publieke toetsing is. Evenmin heeft de private governance wereld invloed op die keuzen. Er komt in geen van de casussen een dialoog tussen drie governance werelden tot stand over professionele normen die maatschappelijk aanvaardbaar zijn, publiek getoetst kunnen worden en in de private governance wereld uitvoerbaar zijn. Feitelijk gelden de opvattingen van een beroepsgroep daardoor als de norm. Die norm wordt ook door de IGZ als een van de uitgangspunten voor haar toezicht gehanteerd. Publieke governance hanteert dus de norm uit professionals governance voor toezicht in private governance zonder enige invloed op die norm te hebben. Alleen bij de bloedvoorziening worden de normen getoetst door de minister voordat ze in gebruik worden genomen.

De drie governance werelden zijn niet zodanig met elkaar verbonden dat er een correctiemechanisme is als de kwaliteit van de zorg onder de professionele norm ligt. Bij de IJsselmeerziekenhuizen grijpt noch de professionele groep, noch de IGZ, noch de raad van bestuur in als de kwaliteit van de medische zorg onvoldoende is. Ook in de huisartsenzorg blijken er geen mechanismen in professionals, publieke of private governance om de kwaliteit volgens de norm te borgen en in te grijpen als een huisarts niet de gewenste kwaliteit levert. De combinatie van de drie governance werelden kan er dus toe leiden dat slechte kwaliteit van zorg blijft bestaan zonder dat vanuit één van de governance werelden wordt ingegrepen.

De combinatie van private, publieke en professionals governance rond Nederlandse zorgaanbieders voorkomt in de onderzochte casussen niet dat maatschappelijk ongewenste situaties ontstaan. In het overlappende gebied zijn keuzen moeilijk te maken en bestaat het risico dat (kwaliteits)problemen niet worden opgelost.

Toch heeft de gezondheidszorg niet alleen maar problemen. Uiteindelijk vinden er veranderingen plaats en worden problemen geheel of gedeeltelijk opgelost. Dat is niet te danken aan de inrichting van de governance maar aan de manier waarop bestuurders

opereren in deze complexiteit. In de casussen zien we dat een probleem wordt opgelost als er iemand koersvast is en op de juiste wijze weet te opereren in de drie governance werelden.

Minister Borst vervulde die rol bij de hervorming van de bloedvoorziening in Nederland. Vanaf 2003 was de raad van bestuur van IJsselmeerziekenhuizen koersvast en probeerde hij op vergelijkbare wijze gebruik te maken van de drie governance werelden om een oplossing te bereiken. Het bestuur van de LHV is minder succesvol gebleken in het opereren in de drie governance werelden. Het dreigende huisartsentekort is niet gepresenteerd als een probleem dat in professionals governance kon worden opgelost, maar als een maatschappelijk probleem. Daarmee verloor het bestuur van de LHV de rol van centrale actor en bood het ruimte voor ingrijpen vanuit publieke governance. Die ruimte werd geboden in een tijd waarin de overheid op een aantal fronten zakelijke en professionele monopolies wilde afbreken. De overheid heeft van die ruimte gebruik gemaakt maar is er niet in geslaagd de regie over de huisartsenzorg geheel naar zich toe te halen. In deze casus is er na 1992 geen centrale actor meer die gecoördineerd het spel in de drie governance werelden speelt en daarmee maatschappelijk gewenste resultaten bereikt.

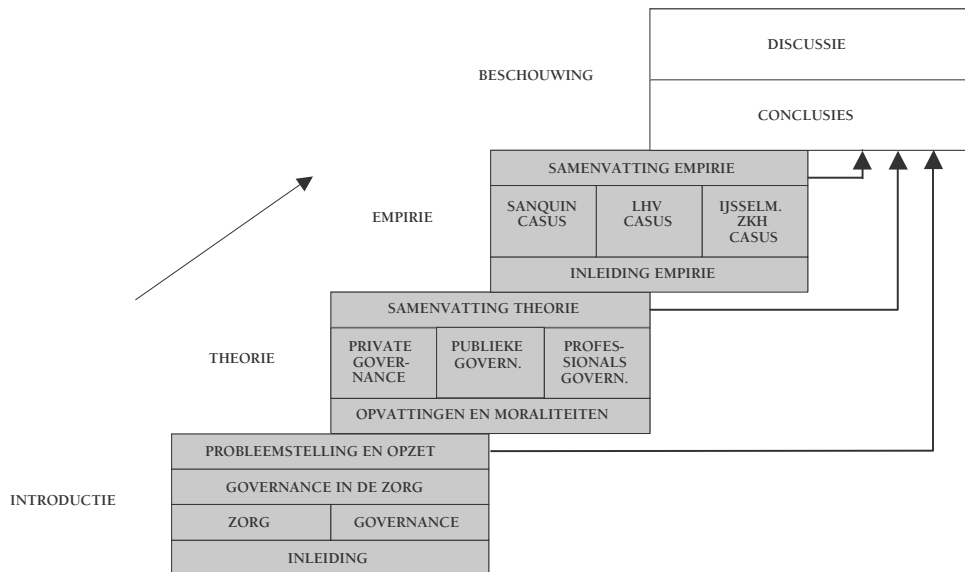
Ondanks het beperkte oplossende vermogen van de combinatie van de drie governance werelden in de zorg kunnen problemen worden opgelost of veranderingen tot stand gebracht worden. Daarvoor zijn op grond van deze casussen een aantal succesfactoren te benoemen:

- Er is één actor die vasthoudt aan een duidelijke koers, maar daarbij voldoende onderhandelingsruimte inbouwt om steun voor die koers te bereiken.
- Die actor is zich bewust van de drie governance werelden en hij kent de normen, spelregels en instrumenten uit iedere governance wereld.
- Hij bereikt zijn doel (geheel of gedeeltelijk) door gecoördineerd in de drie governance werelden te opereren.
- Hij stelt zich niet op als degene, die zijn wil aan anderen wil opleggen, maar speelt een onderhandelingsspel met veel partijen uit de drie governance werelden.
- Hij gebruikt druk uit de ene governance wereld bij onderhandelingen in de andere governance wereld

Deel IV Beschouwing

Routekaart studie private, publieke en professionals governance zorgaanbieders

Introductie, Theorie en Praktijk zijn voltooid.
Voor ons ligt Deel IV Beschouwing, waarin het onderzoek wordt afgerond.



15

Conclusies

15.1 Inleiding

Dit boek doet verslag van onderzoek naar de governance van Nederlandse zorgaanbieders.

Zorgaanbieders moeten functioneren in de combinatie van drie verschillende governance werelden. In het onderzoek is aan de hand van een analyse van de theorie en van drie praktijk casussen onderzocht hoe dat werkt.

De onderzoeksvragen zijn geformuleerd in deel I, waarin voorts een introductie is gegeven in de Nederlandse gezondheidszorg en in governance in het algemeen. In deel II zijn de governance werelden theoretisch verkend. De resultaten daarvan zijn samengevat en van conclusies voorzien in hoofdstuk 9. De praktijk is aan de orde gekomen in deel III, waarin drie casussen zijn onderzocht op de werking van Health Care Governance en de invloed van de drie governance werelden. Conclusies over het geheel van het praktijkonderzoek zijn weergegeven in hoofdstuk 14. In dit deel IV worden conclusies getrokken uit het gehele onderzoek. Daarbij worden de tussenconclusies uit hoofdstuk 9 en 14 samengebracht en in een breder verband geplaatst. De onderbouwing voor de tussenconclusies wordt niet herhaald.

15.2 Zorgaanbieders in private, publieke en professionals governance werelden

Uit het praktijkonderzoek blijkt dat private, publieke en professionals governance invloed hebben op de beslissingen en het handelen van zorgaanbieders. Zowel zorgorganisaties als zelfstandige beroepsbeoefenaren (in de onderzochte casus de huisartsen) ondervinden die invloeden.

Het theoretisch deel van het onderzoek laat zien dat de verschillen tussen private, publieke en professionals governance groot zijn. De morele opvattingen en de cultuur van omgang met elkaar – in hoofdstuk 5.3. aangeduid als moraliteiten – zijn in de drie governance werelden principieel verschillend. Iedere governance wereld heeft andere doelen en richt zich op andere belangen. Er gelden andere machtsverhoudingen en de governance principes en instrumenten zijn verschillend.

Private, publieke en professionals governance hebben alle drie gezamenlijk invloed op het functioneren van zorgaanbieders. Figuur 15.1 geeft dit weer. Het is niet mogelijk

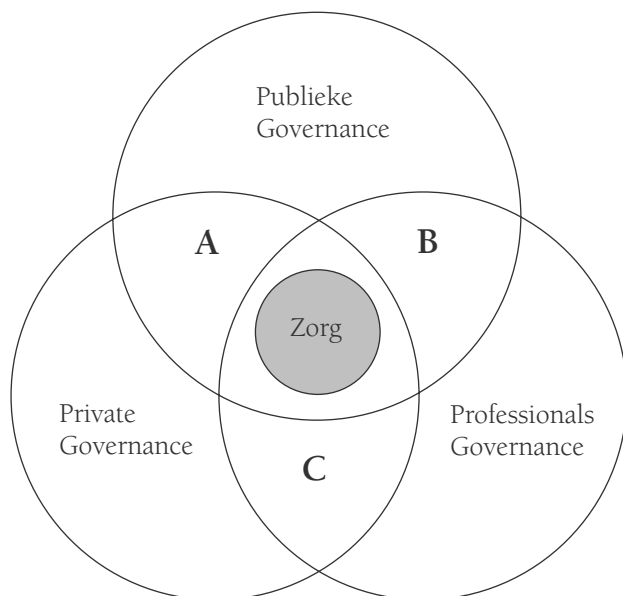
één van de drie van de anderen te isoleren of te laten prevaleren. Het is daarom onjuist om de gezondheidszorg als (semi) publieke sector te zien. Zorgaanbieders worden niet alleen geregeerd door de spelregels van de overheid en de principes van publieke governance. Ze moeten tegelijk private, publieke en professionele doelen dienen en rekening houden met de spelregels van iedere governance wereld. De ene governance wereld is niet belangrijker dan de andere.

De drie governance werelden hebben onderling invloed op elkaar. Publieke governance bepaalt voor een groot deel de kaders en het speelveld voor beide andere governance werelden. De overheid bepaalt welk deel van het maatschappelijk gebeuren zij tot haar verantwoordelijkheid rekent en welk deel aan de markt (of de professionals) wordt gelaten. Zij stelt regels en kaders, waarbinnen private governance zich afspeelt. Dat is zichtbaar in segment A van figuur 15.1. Ook al is de invloed van publieke governance op de ene economische sector groter dan op de andere, altijd geldt dat private organisaties alleen zaken met elkaar kunnen doen als de overheid zorgt voor kaders. Er is wet- en regelgeving die zorgt voor een eerlijk speelveld. Publieke toezichtorganen zien toe op de werking van de markt en kunnen ingrijpen als de markt verstoord is. Er is rechtspraak waar je terecht kunt als een vrijwillig contract tussen twee private partijen niet wordt nageleefd. Private governance beïnvloedt publieke governance ook. Soms worden extra spelregels gevraagd, zoals bij het omzetten van vrijwillige governancecodes naar wetgeving. Vaker wordt juist gepleit voor het afschaffen van overheidsregels. Private organisaties proberen door lobbyen de werking van publieke governance te beïnvloeden.

Segment B van figuur 15.1. geeft de invloed van publieke governance op professionals governance weer. Professionals governance bestaat bij de gratie van het monopolie dat door de overheid aan een beroepsgroep verleend wordt en de voorwaarden, waaronder dat gebeurt. Als aan die (soms impliciete) voorwaarden is voldaan laat de overheid het functioneren van het beroep over aan de professionele groep. Professionals beïnvloeden actief de keuzen over de gezondheidszorg in publieke governance en proberen door zelfregulering de invloed van publieke governance te verkleinen.

In segment C van figuur 15.1. is de invloed minder wederzijds. Professionals governance bepaalt in hoge mate de mogelijkheden van zorgorganisaties om strategische keuzen te maken. Omgekeerd zijn de mogelijkheden om vanuit zorgorganisaties keuzen van beroepsorganisaties te beïnvloeden geringer. Binnen beroepsorganisaties gaan private en professionals governance samen en beïnvloeden de private governance keuzen van de leden de keuzen, die in professionals governance gemaakt worden.

In de gezondheidszorg stelt de overheid meer en strakkere kaders aan zorgorganisaties dan aan professionals. In hoofdstuk 12 is al vastgesteld dat de indicatiestelling voor curatieve zorg is weggehaald bij de institutionele zorgaanbieders en een publieke taak is geworden, terwijl de indicatiestelling voor curatieve zorg geheel aan de professionals wordt overgelaten. De overheid beheerste de capaciteitsuitbreiding van zorgorganisaties. De capaciteitsplanning van zorgprofessionals is heel lang aan de beroepsgroep overgelaten. Aan zorgorganisaties worden verantwoordingseisen gesteld, die nog niet aan professionals gesteld worden. Het is opvallend dat de kaders voor de private governance van zorginstellingen veel strakker en uitgebreider zijn dan die voor professionals. Daarbij



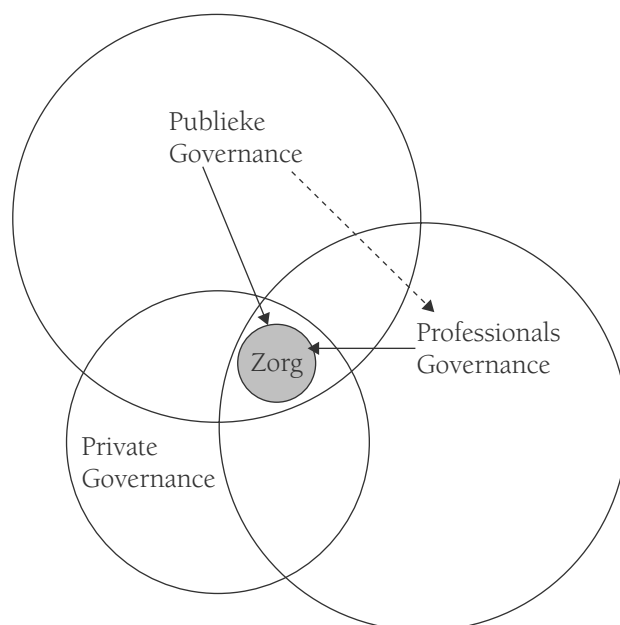
Figuur 15.1 Gezondheidszorg in drie werelden van governance

lijkt het erop dat tussen publieke governance en professionals governance vertrouwen het leidende motief is en in de relatie met zorgorganisaties wantrouwen vanuit de overheid voorop staat.

Binnen professionals governance wordt bepaald wat goede kwaliteit van zorg en behandeling is, wat de kwalificaties van de professional moeten zijn en aan welke eisen de professionele werkomgeving moet voldoen (zoals het aantal dokters van een discipline nodig voor een klinische praktijk). Vooral in ziekenhuizen zijn die professionele keuzen in belangrijke mate bepalend voor de inrichting en de werkprocessen van zorgorganisaties. Professionals governance beperkt dus het private governance speelveld van ziekenhuizen, zoals we in de casus IJssmeerziekenhuizen hebben gezien.

De verhouding tussen de drie governance werelden is daarmee ongelijkwaardig geworden. In figuur 15.2. is dat weergegeven.

Publieke governance stelt beperkende kaders en regels op voor de private governance van zorgorganisaties. De publieke kaders voor professionals governance zijn ruimer. Keuzen in professionals governance worden niet altijd publiek getoetst en gesanctioneerd. Die 'vrije' keuzen in professionals governance vormen vervolgens weer een sterk inperkend kader voor de private governance van zorgorganisaties, vooral ziekenhuizen. Strategische keuzen van zorgorganisaties, een belangrijke verantwoordelijkheid binnen private governance, worden dus fors ingeperkt door de kaders vanuit publieke governance en professionals governance. Het omgekeerde is veel minder het geval. Vanuit de private governance wereld van zorgorganisaties zijn de keuzen in publieke en professionals governance maar beperkt te beïnvloeden.



Figuur 15.2 Verhoudingen tussen de governance werelden in de gezondheidszorg

De verhouding tussen de governance werelden is dynamisch. Door maatschappelijke ontwikkelingen en beleidskeuzen van de overheid treedt geleidelijk verschuiving tussen de invloeden van de governance werelden op. Met de invoering van de nieuwe zorgverzekering, de marktwerking in de zorg en de groeiende invloed van verzekeraars en patiënten, wordt de invloed van private governance groter en die van publieke governance kleiner. De gewenste verantwoording van zorgorganisaties is een vorm van private governance, die door de overheid wordt geëist en door de cliënten wordt verwacht. Die verantwoording beïnvloedt de keuzen van patiënten en wordt daarmee een element in marktkeuzen in private governance. Tegelijkertijd stelt die verantwoording eisen aan professionals en perkt zij de professionele speelruimte in. Evenzo vermindert de invloed van professionals governance door protocollering van het professionele handelen en doordat keuzen van een beroepsgroep in toenemende mate getoetst worden door de overheid. Er lijkt een maatschappelijke ontwikkeling gaande naar een meer gelijkwaardige verdeling van de governance invloeden, dus een beweging van de verdeling in figuur 15.2. naar die in figuur 15.1.

Het kan een bewuste keuze zijn om een deel van de gezondheidszorg tot publieke verantwoordelijkheid te maken. Dat is bij de bloedvoorziening gebeurd. In zo'n situatie veranderen de verhoudingen niet geleidelijk maar direct bij de ingangsdatum van de nieuwe Wet op de bloedvoorziening. De vorming van Sanquin is een voorbeeld van bewuste vergroting van de invloed van de publieke governance wereld op de bloedvoorziening ten koste van de ruimte voor private en professionals governance. In de casus LHV verschuiven de

grenzen tussen professionals governance en publieke governance geleidelijk. De overheid heeft in algemene zin haar invloed op professionals governance vergroot door zaken als het publieke BIG register en haar bemoeienis met de opleidingen in de gezondheidszorg.

Samenvattend kan geconcludeerd worden:

- Zorgaanbieders moeten tegelijkertijd functioneren in de private, publieke en professionals governance wereld.
- Om te kunnen functioneren moeten zij een balans zien te vinden tussen de doelen, moraliteiten, machtsverhoudingen, governance principes en instrumenten van de verschillende governance werelden.
- Publieke governance bepaalt de speelruimte en de spelregels van beide andere governance werelden.
- De kaders van publieke governance voor professionals worden ruimer gelaten dan voor zorgorganisaties. Vergelijkbare onderwerpen worden voor zorgorganisaties publiek besloten en voor professionals overgelaten aan professionals governance.
- Keuzen in professionals governance beperken de speelruimte van zorgorganisaties in private governance.
- De private governance van zorgaanbieders wordt dus ingeperkt door kaders vanuit beide andere governance werelden. De invloed van private governance op beide andere governance werelden is in de drie casussen gering.
- De verdeling van verantwoordelijkheden tussen de drie governance werelden is dynamisch. Deze verandert door maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in het overheidsbeleid. In de gezondheidszorg neemt de invloed van publieke en professionals governance thans af en de invloed van private governance neemt toe.
- Een verschuiving in de verdeling tussen de governance werelden kan ook plaatsvinden als gevolg van een bewuste keuze van de overheid om een verantwoordelijkheid van de ene naar de andere governance wereld te verplaatsen zoals met het nemen van publieke verantwoordelijkheid voor de bloedvoorziening.

15.3 Overeenkomsten en verschillen tussen de governance werelden

De doelen die bereikt moeten worden zijn in iedere governance wereld verschillend. Vanuit private governance bezien is de gezondheidszorg een vorm van zakelijke dienstverlening. Met individuele klanten wordt een contract afgesloten voor de levering van diensten gericht op genezing van een kwaal of op ondersteuning bij het leven met een handicap. Met de verzekeraar/het zorgkantoor (en vanaf 2007 met de gemeenten) wordt een contract gesloten voor het betalen van de rekening van die zakelijke dienstverlening. Zorgorganisaties hebben medewerkers in dienst en ze nemen diensten en producten van andere private organisaties af. Ze streven continuïteit van hun eigen organisatie na en zijn gericht op gezonde financiële resultaten. Ze zijn in grote meerderheid nog niet gericht op het maken van winst voor hun aandeelhouders. De private doelen van zorgorganisaties zijn (op de winstdoelstelling na) niet anders dan die van andere private organisaties. Ze sluiten overeenkomsten met verschillende partijen om daar wederzijds voordeel uit te halen.

Publieke governance is er op gericht publieke doelen te dienen. Het betreft onder andere de beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidszorg voor alle burgers, het kwaliteitsniveau en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg.

Professionals governance heeft tot doel om de professe, het monopolie en de privileges van de beroepsgroep in stand te houden. Daartoe wordt een afgeschermd markt gecreëerd, waarin de individuele beroepsbeoefenaar zijn zakelijke diensten aan klanten kan leveren. De kwaliteit van de professionals en van de geleverde diensten zijn middelen om het monopolie te behouden.

Vanuit private en professionals governance is er belang om de beschikbaarheid van dienstverlening zodanig schaars te maken dat er altijd klanten beschikbaar zijn en dat mede daardoor een hoge prijs voor de diensten gevraagd kan worden. Dat is strijdig met het publieke belang dat gezondheidszorg voor iedereen beschikbaar is tegen een acceptabele prijs. De doelen die in de drie governance werelden bereikt moeten worden zijn dus niet alleen verschillend, ze zijn deels onderling strijdig.

Private governance wereld	Publieke governance wereld	Professionals governance wereld
Commercial moral syndrome	Guardian moral syndrome	Professional moral syndrome
<ul style="list-style-type: none"> - Vermijd geweld. - Kom tot vrijwillige overeenkomsten. - Wees eerlijk. - Werk gemakkelijk samen met onbekenden en vreemdelingen. - Concurrereer. - Respecteer contracten. - Gebruik initiatief en wees ondernemend. - Sta open voor inventiviteit en vernieuwing. - Wees efficiënt. - Bevorder welbevinden en gebruiksgemak. - Wijk af in het belang van de taak. - Investeer voor productieve doeleinden. - Wees vlijtig. - Wees spaarzaam. - Wees optimistisch. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vermijd handel. - Toon moed en bekwaamheid. - Wees gehoorzaam en gedisciplineerd. - Houd vast aan traditie. - Respecteer hiërarchie. - Wees loyaal. - Neem wraak. - Bedrieg in het belang van de taak. - Maak volop gebruik van vrije tijd. - Vertoon pracht en praal. - Wees vrijgevig. - Wees exclusief. - Toon standvastigheid. - Wees fatalistisch. - Waardeer eer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monopoliseer de taakuitoefening. - Bescherm het kennisdomein. - Mystificeer wat je doet. - Wees autonoom in je vakuitoefening. - Verberg lichte fouten en straf grove fouten zwaar af. - Organiseer een eigen tuchtrecht. - Zorg voor cohesie binnen de professionele groep. - Zorg voor een sterke beroepsorganisatie. - Reguleer de toelating en uitsluiting uit het vak. - Afficheer de bevoegdheid en bekwaamheid tot vakuitoefening. - Leidt vakgenoten in een gestructureerd en hiërarchisch eigen systeem op. - Vermijd hiërarchie tussen de volleerde vakgenoten. - Toon de status van de professe en van de individuele professional. - Duidt de professe als een roeping en maatschappelijke verantwoordelijkheid.
Sturing door <i>ruil</i> en overeenkomsten tussen gelijkwaardige partijen	Sturing door <i>macht</i> en hiërarchie van de overheid	Sturing door <i>kennis</i> en groepsbinding

Figuur 15.3 Overzicht moraliteiten

Iedere governance wereld is gebaseerd op een ander principe. In de private governance wereld is ruil tussen gelijkwaardige partijen het basisprincipe. Publieke governance baseert zich op het gebruik van macht door de overheid. In professionals governance is het monopolie op kennis het leidend principe. Om dat principe te kunnen handhaven is een stelsel van opvattingen en gedragsregels nodig, die we hebben aangeduid als moraliteit. In hoofdstuk 5 zijn door combinatie van de theorieën van Jacobs (1992) en Freidson (2001) onderscheiden: het commercial moral syndrome, het guardian moral syndrome en het professional moral syndrome. Dit is weergegeven in figuur 15.3, die gelijk is aan figuur 5.3.

De moraliteiten van de drie governance werelden zijn verschillend. Zij vragen een andere opstelling in het maatschappelijk verkeer. Die opstellingen zijn onderling strijdig en vormen dus een probleem voor degene, die in de drie governance werelden moet handelen. Zowel maatschappelijk als op organisatieniveau kan dat een probleem opleveren. Maatschappelijk is dat te zien bij de casus Sanquin, waar de overheid in de uitgangssituatie niet in staat is voldoende kwaliteit van de bloedvoorziening (en dus veiligheid voor haar burgers) af te dwingen. Door de bloedvoorziening grotendeels uit de private governance wereld te halen is dat nu wel mogelijk. Op organisatieniveau laat de casus IJsselmeerziekenhuizen zien dat de combinatie van onderhandelen door de raad van bestuur, machtsuitoefening door de overheid en het niet zichtbaar zijn van de professionele kennis over kwaliteit van zorg een oplossing in de weg stonden. Er werd gehandeld vanuit verschillende moraliteiten, die met elkaar conflicteren.

Een groot deel van de theorie over private en publieke governance vertoont overeenkomst als uitgegaan wordt van één belanghebbende die het voor het zeggen heeft en de instrumenten heeft om zijn gelijk af te dwingen. Volgens deze agency theorie is die belanghebbende in private governance de aandeelhouder en in publieke governance de overheid. Door deze reductie van de complexe werkelijkheid ontstaat het beeld dat de opdrachtgever de uitvoerder kan sturen. Andere theorieën beschrijven die complexe werkelijkheid wel. Binnen private governance is dat de stakeholdersbenadering en de opvatting van de onderneming als nexus van contracten. Binnen publieke governance is dat de stroming die er van uit gaat dat de overheid alleen maar publieke belangen kan bereiken door onderhandelingen te voeren met alle betrokken partijen en daarin compromissen te sluiten. Agency benaderingen zijn niet bruikbaar voor de gezondheidszorg. Zorgaanbieders hebben geen aandeelhouders, dus er is niet één dominante belanghebbende die de dienst uitmaakt. Zorgaanbieders zijn private organisaties (of privé personen) die geen onderdeel van het overheidsapparaat zijn. Ze werken dus niet in de publieke hiërarchie en kunnen geen instructies van die hiërarchie ontvangen. Private en publieke governance van zorgaanbieders kunnen alleen gecombineerd worden als uitgegaan wordt van theorie waarbij veel belanghebbenden de positie van een organisatie bepalen en waar resultaten alleen tot stand gebracht kunnen worden door onderhandelingen, waarbij de overheid slechts één van de onderhandelingspartners is. De theorie over professionals governance kent deze tegenstelling minder. Een professie kan alleen overleven als zij zorgt dat verschillende belangen zo gediend worden dat de klantengroep niet ontevreden wordt en dat de overheid geen reden ziet om in te grijpen

en het monopolie af te schaffen. Professionals governance is gebaseerd op onderhandelen in verschillende arena's met de overheid, met de burger en met andere werkers in de zorg. Binnen de professionele groep wordt onderhandeld over de opleiding, de protocollen en het evenwicht tussen professionele binding en autonomie van de professional.

Overeenkomsten in de theorie van private, publieke en professionals governance zijn er alleen als uitgegaan wordt van een onderhandelingsmodel, waarin niet één dominante partij is. In publieke governance overheerst nogal eens de opvatting dat de overheid als enige verantwoordelijk is voor publieke doelen en de instrumenten moet hebben om de realisatie van publieke doelen af te dwingen. De theoretische analyse laat zien dat dit voor de gezondheidszorg een onwerkbaar gedachte is.

Macht speelt een rol in alle governance werelden. Publieke governance is gebaseerd op machtsuitoefening door de overheid om publieke doelen te bereiken. Private governance is juist bedoeld om de macht van de bestuurder in te perken. Professionals governance levert de professionals maatschappelijke macht en macht in organisaties op. Binnen de eigen professie moet juist niet te veel macht over de beroepsgeenoten uitgeoefend worden, maar wordt de professionele autonomie gerespecteerd. Keuzen komen door onderhandelen binnen de groep tot stand. De naleving daarvan door iedere professional kan niet worden afgedwongen.

Twee van de drie governance werelden (publieke en professionals) zijn er dus op gericht om macht uit te oefenen op zorgorganisaties, terwijl private governance beoogt de macht van de bestuurder in te perken. De macht van een bestuurder van een zorgorganisatie wordt dus in alle governance werelden ingeperkt.

Private en publieke governance gaan grotendeels uit van dezelfde governance principes. Een uitvoerder (zoals de raad van bestuur van een zorginstelling) wordt geacht zo goed mogelijk de private respectievelijk publieke doelen te dienen. Hij moet een goede afweging maken van de verschillende belangen en tot keuzen komen. Hij draagt verantwoordelijkheid voor de uitvoering en legt daarover verantwoording af. Hij is daarop aanspreekbaar (accountability) en kan daar ook voor aansprakelijk (responsibility) gesteld worden. Er zijn systemen van toezicht en verantwoording. Hoewel hij geacht wordt integer te zijn, zijn er systemen nodig om te voorkomen dat hij zijn eigen belang nastreeft. Er wordt van hem openheid en transparantie verwacht. De bestuurder weet altijd meer dan de andere belanghebbenden. Systemen zijn erop gericht deze kennisasymmetrie te verminderen.

In professionals governance gelden andere principes. Het monopolie bestaat omdat de professionals kennis hebben, die anderen niet hebben. De beroepsgroep zal zich dus niet inspannen om deze kennisasymmetrie te verminderen. Men is niet gebaat bij openheid en transparantie. Er wordt vertrouwd op de kwaliteit van de professionals. Die hoeven geen verantwoording over hun handelen af te leggen. Systemen voor toezicht en controle verdragen zich niet met de autonomie van de professional.

Er zit derhalve een spanning tussen de governance principes van private en publieke governance enerzijds en professionals governance anderzijds.

Samenvattend kan over de overeenkomsten en verschillen tussen de drie governance werelden worden geconcludeerd:

- De doelen van de drie governance werelden zijn verschillend en deels onderling strijdig.
- De drie governance werelden zijn gebaseerd op verschillende moraliteiten. In private governance is ruil tussen gelijkwaardige partijen uitgangspunt. Publieke governance is gebaseerd op het uitoefenen van macht door de overheid. Professionals governance heeft het monopolie op kennis als basis. Deze verschillende moraliteiten conflicteren met elkaar.
- Theorieën uit private en publieke governance die uitgaan van het primaat van één partij (aandeelhouders of overheid) zijn onbruikbaar voor de Nederlandse gezondheidszorg. De theorie van de drie governance werelden is alleen samen te brengen als wordt uitgegaan van een model, waarin keuzen tot stand komen in onderhandelingen met veel partijen. De overheid is daarin slechts één van de partijen, die moet proberen door onderhandelen een deel van de publieke doelen te realiseren.
- Publieke governance en professionals governance zijn gebaseerd op machtsuitoefening. Private governance is gebaseerd op machtsreductie van de bestuurder. De raad van bestuur van een zorgaanbieder wordt door alle drie governance werelden beperkt in zijn handelingsruimte.
- Professionals governance is niet gebaseerd op transparantie, openheid, reductie van kennisasymmetrie en accountability. Dit zijn wezenlijke principes in private en publieke governance. De governance principes van professionals governance zijn dus strijdig met die van private en publieke governance.

15.4 Zijn de principes van toepassing op de gezondheidszorg?

In de vorige paragraaf is op sommige punten al stilgestaan bij de toepasbaarheid van principes uit de afzonderlijke governance werelden op de gezondheidszorg. Een verdere uitdieping is mogelijk.

Private governance is bijna geheel gericht op governance van beursgenoteerde ondernemingen. De gedachten en instrumenten komen daar vandaan. Voor non profit organisaties zonder aandeelhouders zijn alle aspecten, die te maken hebben met de rol van de aandeelhouder, niet bruikbaar. Dat geldt ook voor zorgorganisaties.

Zorgaanbieders zijn meestal stichtingen met een raad van bestuur en een raad van toezicht. De raad van toezicht vervult dezelfde rol als de raad van commissarissen. Er is geen algemene vergadering die de raad van toezicht benoemt en ontslaat. Een countervailing power voor de raad van toezicht ontbreekt dus. Voor de raad van bestuur zijn die countervailing powers er wel. De ondernemingsraad en de cliëntenraad hebben adviesrecht op alle belangrijke beslissingen van de raad van bestuur en moeten met sommige beslissingen zelfs instemmen. Die beslissingen behoeven goedkeuring van de raad van toezicht. In ziekenhuizen heeft ook de medische staf adviesrecht. De invloed van de cliëntenraad is een extra countervailing power, die in het bedrijfsleven ontbreekt. Het bedrijfsleven is ook niet verplicht om zijn stakeholders te raadplegen bij belangrijke beslissingen en heeft niet de inhoudelijke maatschappelijke verantwoordingsplicht die

zorgorganisaties wel hebben. Er zijn in de zorg andere instrumenten voor goede governance aanwezig, die het ontbreken van een algemene vergadering deels compenseren. Alleen de benoeming en het ontslag van de raad van toezicht blijft een zwak punt. Het invoeren van het enquêterecht bij de Ondernemingskamer kan dit probleem minder groot maken.

Publieke governance is gebaseerd op de gedachte dat de overheid zeggenschap heeft om publieke doelen te realiseren en dat de uitvoerende organisaties onderdeel zijn van het publieke systeem (ambtelijke diensten en ZBO's). Zorgorganisaties zijn geen van beide. Het zijn private organisaties die private doelen dienen. Daarnaast worden ze geacht bij te dragen aan het bereiken van publieke doelen. Hun bestaansrecht ligt echter in het leveren van goede zorg- en dienstverlening aan hun klanten. Daar sluiten ze private overeenkomsten over met anderen dan de overheid. Het dienen van het publieke belang staat dus niet op de eerste plaats. Er zal altijd een afweging tussen publieke, private en professionele belangen moeten plaatsvinden.

De overheid gebruikt onder andere instructie, controle, toezicht en verantwoording en de benoeming/ontslag van de organisatietop als instrumenten om haar publieke organen de publieke belangen te laten dienen. Die instrumenten zijn grotendeels niet van toepassing op zorgorganisaties.

Professionals governance is ingericht om het functioneren van gezondheidszorg professionals mogelijk te maken. Hoewel professionals governance ook bij advocaten, architecten, accountants en andere vrije beroepen speelt, zijn de principes toch vooral afkomstig uit de wijze waarop medici met elkaar omgaan. De toepasselijkheid van professionals governance voor beroepsbeoefenaren in de zorg is daarmee gegarandeerd. Anders ligt het bij de aansluiting van het werken van die professionals in zorgorganisaties. De autonomie die inherent is aan professionals governance wordt dan een probleem in de afstemming met andere zorgverleners en met de leiding van de organisatie. Hier vindt het gevecht plaats in de arena van de werkplaats (Abbott, 1998). In ziekenhuizen is de spanning tussen de raad van bestuur en de medische staf deels ook een botsing van private en professionals governance. Is het ziekenhuis de leverancier van zorg en behandeling en zijn medisch specialisten gecontracteerde onderaannemers? Of zijn de medici de contractpartner van de patiënt en huren zij het ziekenhuis als facilitair bedrijf in? In het eerste geval zijn meer de principes van private governance aan de orde. In het tweede geval gaat het meer over professionals governance.

Samenvattend kunnen we concluderen:

- De principes van private governance zijn alleen van toepassing op de zorg, voor zover niet de rol van aandeelhouders in het geding is. Daardoor ontbreekt de tegenkracht van een algemene vergadering.
- Het adviesrecht van de cliëntenraad, de verplichting tot het raadplegen van belanghebbenden en de verplichting tot maatschappelijke verantwoording vormen tegenkrachten die bij ondernemingen ontbreekt.
- Hierdoor zijn andere instrumenten voor good governance aanwezig die het ontbreken van een algemene vergadering gedeeltelijk compenseren.

- De benoeming en het ontslag van de raad van toezicht blijft bij stichtingen een zwak punt, omdat de raad zelf en niet een algemene vergadering deze verantwoordelijkheid draagt.
- De principes van publieke governance zijn niet van toepassing op zorgorganisaties omdat deze geen onderdeel zijn van het overheidsapparaat.
- De principes van professionals governance zijn volledig van toepassing op de gezondheidszorg geleverd door zorgprofessionals. Ze botsen echter daar waar die professionals aan een organisatie verbonden zijn.

15.5 De combinatie van drie governance werelden in de gezondheidszorg

Zowel in het theoretisch deel als in de praktijkstudie is geanalyseerd hoe de drie werelden samenvallen in de Nederlandse gezondheidszorg. Die combinatie levert een zeer complexe en niet altijd inzichtelijke situatie op. Daardoor is het voor partijen die moeten handelen in die drie werelden niet altijd duidelijk wat hun rol, hun verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn. Ook wordt onduidelijk, zoals in de casus IJsselmeerziekenhuizen, welk doel met welke interventie bereikt moet worden. Complexiteit en onduidelijkheid zijn niet erg, als deze in het dagelijks leven niet tot problemen leiden. In de introductie is de vergelijking gemaakt met een immigrantenkind dat thuis, op school en op straat te maken heeft met verschillende talen, culturen, hiërarchische verhoudingen, gedragscodes. Om zich te kunnen handhaven moet hij/zij zich in iedere wereld anders gedragen en proberen evenwicht te vinden in die drie invloeden op zijn/haar bestaan. Veel immigrantenkinderen slagen er in hun weg te vinden in de drie verschillende werelden. Een deel van hen slaagt daar niet in en komt in de problemen. Zo is het ook in de gezondheidszorg. Ondanks de complexiteit en de imperfectie van drie governance werelden gaat er veel goed en worden veel problemen opgelost. Veel bestuurders zijn in staat hun weg te vinden in de complexe samenhang en de drie governance werelden zo te bespelen dat ze hun doelen bereiken. Maar er zijn ook problemen die blijven voortwoekeren en waarvan het lijkt of ze daarvoor alleen maar erger worden.

De vraag is dus of de combinatie van de drie governance werelden voldoende mogelijkheden biedt om problemen op te lossen. In alle drie de onderzochte casussen bleek dat in de oorspronkelijke situatie niet het geval. De verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen private, publieke en professionals governance vóór de vorming van Sanquin stond er niet borg voor dat er voldoende kwantiteit en kwaliteit bloedproducten in Nederland beschikbaar was. Er was een structurele verandering nodig om het probleem op te lossen. De LHV slaagde er lang in om kwantitatief en kwalitatief goede huisartsenzorg in Nederland te garanderen. Pas toen dat niet meer lukte ontstond er een probleem, dat in de bestaande verdeling tussen de drie governance werelden niet opgelost kon worden. Er kwam strijd tussen de publieke en professionals governance wereld over de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden om het probleem op te lossen. Ook hier leidde dat tot een herverdeling. Bij de IJsselmeerziekenhuizen stond de combinatie van de drie governance werelden het bereiken van een oplossing in de weg.

In hoofdstuk 4 paragraaf 3 is beredeneerd dat de drie casussen geen uitzondering vormen, maar dat veel elementen ervan in andere casussen terugkomen. De problematiek zoals bij IJsselmeerziekenhuizen doet zich in meer of mindere mate voor bij alle kleine ziekenhuizen en andere zorgaanbieders die functies willen verplaatsen. De spanning tussen private, publieke en professionals governance rondom de macht van professionals doet zich ook bij medisch specialisten en apothekers voor.

Dus is de conclusie gerechtvaardigd dat de combinatie van de drie governance werelden onvoldoende garanties biedt voor het oplossen van problemen op maatschappelijk en organisatieniveau.

De combinatie van de drie governance werelden biedt ook geen garantie dat er maatschappelijke overeenstemming bestaat over wat kwalitatief goede zorg is. De drie governance werelden zijn op dit punt onvoldoende goed op elkaar aangesloten. De opvattingen over wat goede zorg is komen tot stand in de beroepsgroepen, dus binnen professionals governance. Private en publieke governance hebben daar weinig invloed op. Wanneer de beroepsgroep het eens is over de kwaliteitsnorm vindt geen toetsing in publieke governance plaats of deze norm maatschappelijk en/of vanuit publiek belang acceptabel is. Het voorbeeld van de minimale omvang van een klinische praktijk kindergeneeskunde maakt duidelijk dat zo'n keuze in professionals governance grote consequenties kan hebben voor private doelen (bedrijfsvoering kleine ziekenhuizen) en voor publieke belangen (toegankelijkheid en bereikbaarheid van ziekenhuiszorg). Als in de concrete situatie van Emmeloord blijkt dat die norm problemen veroorzaakt, wordt zowel door de raad van bestuur van IJsselmeerziekenhuizen als door de minister en de lokale overheden de norm terzijde geschoven. Er ontstaat echter geen principiële discussie tussen de minister en de NVK over de vraag of de norm goed is. In het samenspel tussen Sanquin en de minister is een dergelijke toets wel ingebouwd. Daar neemt de minister ook de publieke verantwoordelijkheid voor de gevolgen van het afwijzen van een voorstel van de professionals voor extra bewerking van het bloed als hij de maatschappelijke kosten en baten niet tegen elkaar op vindt wegen.

Voor sommige professionele keuzen, zoals wijziging van de professionele eisen voor de opname in het BIG register, is wel ministeriële goedkeuring nodig.

In veel gevallen biedt de combinatie van de drie governance werelden echter geen waarborg dat er overeenstemming komt over wat vanuit professioneel, publiek en privaat oogpunt kwalitatief goede zorg is.

Ook als er wel overeenstemming zou bestaan over kwalitatief goede zorg, heeft de burger geen garantie dat de zorg volgens die kwaliteitsstandaard geleverd wordt. De IGZ neemt meestal de professionele normen ('veldnormen') als uitgangspunt voor haar toezicht. Zorg die niet aan de professionele norm voldoet is dan volgens de IGZ kwalitatief onvoldoende zorg. Als dus ergens de kwaliteit onder de professionele norm zakt, dan zou vanuit zowel professionals governance als publieke governance ingegrepen moeten worden om de kwaliteit op peil te brengen. De beroepsgroep kan immers niet accepteren dat hun collegae onder de norm werken, omdat hierdoor de kwaliteit van de hele groep ter discussie kan komen. Ze zou dus in moeten grijpen als dat probleem er is. De overheid heeft zich verantwoordelijk gemaakt voor de kwaliteit van zorg en het toezicht daarop bij de IGZ gelegd. De IGZ zou dus moeten ingrijpen als de kwaliteit onvol-

doende is. In Emmeloord is noch vanuit professionals governance noch vanuit publieke governance direct ingegrepen toen de kwaliteit niet voldeed. Pas later is een aanwijzing gegeven. Ook de raad van bestuur heeft niet ingegrepen.

Hoewel verschillende partijen in de gezondheidszorg instrumenten hebben om slechte kwaliteit van zorg aan te pakken, gebeurt dit niet tijdig. Daardoor kan onvoldoende kwaliteit langere tijd blijven bestaan. In de combinatie van de drie governance werelden zit dus geen vanzelfsprekend coördinatiemechanisme om onvoldoende kwaliteit van zorg te voorkomen of tijdig te corrigeren.

Wanneer een zorgorganisatie niet goed functioneert, slechte zorg levert of in financiële moeilijkheden verkeert, komt dit al snel als misstand in het nieuws. Gelet op de verdeling tussen de governance werelden is het logisch dat de raad van bestuur van die organisatie dat probleem binnen private governance oplost en dat de raad van toezicht ingrijpt als dat niet gebeurt. Die logica blijft niet altijd overeind. Dan wordt het een probleem dat de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden zo complex is en dat weinigen die complexiteit in beeld hebben. Bij politici, de media en de burger leeft vaak het beeld dat de gezondheidszorg een (semi) publieke sector is. Dat leidt tot de verwachting dat de overheid volledig verantwoordelijk en bevoegd is om direct en op detailniveau te sturen. Zodra een (veronderstelde) misstand in de pers komt, wordt de bewindspersoon gevraagd in te grijpen. Als de bewindspersoon dat doet dan treedt hij in de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de private governance wereld. Hij neemt dan een verantwoordelijkheid op zich die hij niet waar kan maken. De verschillen tussen de governance werelden worden uit het oog verloren. Vanuit de moraliteit van publieke governance wordt macht uitgeoefend en worden instrumenten ingezet, die niet werken in de beide andere governance werelden. De casus IJsselmeerziekenhuizen laat zien dat met dergelijke interventies geen resultaten bereikt worden, maar dat een oplossing daardoor verder weg komt te liggen.

Als vanuit één governance wereld geïntervenieerd wordt, zonder dat rekening gehouden wordt met de verdeling van invloeden over de drie governance werelden en de verschillen tussen de governance werelden, worden problemen vergroot en wordt een oplossing moeilijker.

Eerder is al vastgesteld dat keuzen in professionals governance maatschappelijke problemen en problemen in organisaties kunnen veroorzaken. In professionals governance wordt echter niet de verantwoordelijkheid genomen voor de oplossing van dat probleem. Vanuit beide andere governance werelden worden de professionals niet aangesproken op het nemen van hun verantwoordelijkheid voor het oplossen van het probleem. Als er een huisartsentekort ontstaat wordt het de zorg van de overheid dat er voor iedere burger een huisarts is. Als er te weinig medisch specialisten zijn of hun normen voor praktijkuitoefening niet haalbaar zijn, moet de raad van bestuur proberen het ziekenhuis draaiende te houden. De beroepsgroep grijpt niet in als sommige van hun collegae niet volgens de professionele normen werkt.

Professionals governance is gestoeld op de gedachte dat de maatschappij beroepsbeoefenaren een monopolie op de uitoefening van hun professie kan geven omdat ze dan zullen zorgen voor voldoende kwaliteit en kwantiteit in de vakuitoefening. De zelf-

regulering van de professionals voorkomt dan maatschappelijke problemen. Wanneer een professie dat monopolie niet waarmaakt, zou publieke governance moeten ingrijpen. Dat gebeurt onvoldoende. Daardoor moeten problemen, die ontstaan door professionals governance, in beide andere governance werelden worden opgelost.

Het oplossen van structurele problemen vraagt een andere aanpak dan die van incidentele problemen. De kwaliteit van de bloedvoorziening was een structureel probleem dat binnen de bestaande verhoudingen niet kon worden opgelost. Vanuit publieke governance is het initiatief genomen om te komen tot structurele veranderingen. Dat heeft tot resultaat geleid. Bij de huisartsenzorg is een dergelijk proces gaande. Bij kleine ziekenhuizen is er niet voor gekozen de verdeling tussen private en publieke governance te veranderen. De onmogelijkheid om een volledige kliniek in Emmeloord open te houden kan gezien worden als een incidenteel probleem in de NOP of als een structureel probleem met kleine ziekenhuislocaties. Voor de overheid is de spreiding van ziekenhuiszorg een structureel vraagstuk als daarmee de beschikbaarheid en toegankelijkheid van ziekenhuiszorg in gevaar komt. Beleidsmatig heeft de overheid vastgesteld dat er geen probleem is met de spreiding van ziekenhuiszorg en dat vanuit het oogpunt van kwaliteit concentratie in hoogwaardige interventiecentra gewenst is. Dan zijn er dus geen structurele maatregelen nodig om de publieke belangen veilig te stellen. Wanneer dit structurele beleid echter leidt tot een opvolging van incidentele problemen met kleine ziekenhuizen, is de neiging van politici groot om zich met ieder individueel geval te bemoeien, zeker als dat veel media aandacht krijgt. Kamerleden en lokale politici vragen steeds om ingrijpen in het beleid van de IJsselmeerziekenhuizen. De meeste ministers van VWS (met uitzondering van Bomhoff) wijzen dit ingrijpen af, omdat VWS niet kan en wil ingrijpen in de bevoegdheden van de raad van bestuur in een incidenteel geval. Een opeenvolging van incidentele gevallen kan echter wel leiden tot structurele maatregelen, zoals het instellen van een fusiestop voor ziekenhuizen.

Wanneer wordt een probleem wel opgelost? De casussen Sanquin en IJsselmeerziekenhuizen leren dat daarvoor een standvastige partij nodig is. Die partij moet weten wat hij wil en daarnaar handelen. Deze actor moet grote kennis hebben van het spel in de drie governance werelden en het spel simultaan in die drie werelden kunnen spelen. Hij moet daarbij de instrumenten in de drie governance werelden zo gebruiken dat zij elkaar versterken in de richting van de (door de actor) gewenste richting. Minister Borst was die actor bij de vorming van Sanquin. De interim-bestuurder en de latere raad van bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen vervulden die rol daar. Het bestuur van de LHV heeft die rol kunnen vervullen totdat er een huisartsentekort dreigde. Toen is strijd om de macht tussen het bestuur en de minister ontstaan en is geen van de partijen in staat geweest het spel zo te spelen, dat er een oplossing kwam.

Bij goed functionerende organisaties is de raad van bestuur meestal de actor die erin slaagt om allerlei problemen op te lossen. Dat is een belangrijk element van zijn bestuurstaak. Dergelijke raden van bestuur zijn vaak heel goed in het bespelen van de drie governance werelden. Ze overleggen met hun stakeholders, ze onderhandelen met de zorgverzekeraar. Ze zijn regelmatig in overleg met de vele toezichthoudende en goedkeurende instanties uit publieke governance. Ze weten bruggen te slaan tussen de eisen

vanuit professionals governance en de praktische werkelijkheid van de professionals, die in hun organisatie werken. Ze weten zo de weg in het complexe samenspel van de drie governance werelden, dat ze er in slagen resultaten te bereiken ondanks de vele obstakels.

Voor het oplossen van problemen in de gezondheidszorg is dus één sterke en standvastige actor nodig, die heel goed de verhoudingen kent, in staat is gecoördineerd in de drie governance werelden tegelijk te opereren en de instrumenten uit de drie governance werelden zo te gebruiken dat ze elkaar versterken.

Samenvattend kan geconcludeerd worden:

- De combinatie van private, publieke en professionals governance in de Nederlandse gezondheidszorg draagt niet bij aan het voorkomen van maatschappelijke problemen.
- 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.
- In het overlappende gebied van de drie governance werelden wordt het oplossen van problemen op maatschappelijk en organisatieniveau belemmerd doordat moraliteiten, doelen, machtsgebruik en instrumenten van private, publieke en professionals governance niet op elkaar zijn afgestemd en deels onderling strijdig zijn.
- 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.
- Wanneer keuzen in professionals governance tot maatschappelijke problemen leiden, wordt het probleem niet teruggelegd bij de professionals, maar wordt gezocht naar oplossingen in private of publieke governance. De professeie wordt niet aangesproken op zijn verantwoordelijkheid voor een oplossing en het monopolie wordt niet ingetrokken.
- Problemen worden alleen opgelost als er één actor is met een duidelijk doel voor ogen, die vasthoudt aan dat doel, maar flexibel is in de manier om het te bereiken. Hij kent de samenhang tussen de drie governance werelden. Hij zet instrumenten uit verschillende governance werelden tegelijk in op zodanige wijze, dat ze elkaar versterken in het realiseren van het doel. Hij maakt gebruik van eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden, maar overschrijdt die niet.

15.6 Slot

In de Introductie (deel I) van dit boek is beredeneerd dat zorgaanbieders te maken hebben met drie governance werelden. Vervolgens is als probleemstelling gekozen: Hoe functioneert de combinatie van de private, publieke en professionals governance werelden voor zorgaanbieders in Nederland?

Het onderzoek heeft een uitgebreid antwoord op deze vraag gegeven. Het kortste antwoord op de vraagstelling is dat de combinatie niet zo goed functioneert.

We hebben geconstateerd dat private, publieke en professionele governance weinig gemeenschappelijk hebben en deels zelfs strijdig zijn. Doelen en moraliteiten zijn verschillend. Er wordt verschillend met macht omgegaan en de governance principes zijn verschillend. De theoretische onderbouwing van de drie governance werelden laat de wensen over. De combinatie is alleen theoretisch te begrijpen als uitgegaan wordt van gelijkwaardige partijen die met elkaar onderhandelen. De agency theorie, waarbij één partij (principaal) bepalend is voor wat de raad van bestuur (agent) moet doen is voor de gezondheidszorg onbruikbaar, terwijl deze toch in private en publieke governance de gangbare theorie is om governance te verklaren.

Zorgaanbieders moeten opereren in het overlappende gebied van de zo verschillende werelden van private, publieke en professionals governance. Dat valt niet mee. Om te beginnen is de combinatie zo complex dat deze niet door iedereen doorzien wordt. Daardoor is het niet altijd duidelijk wie voor wat verantwoordelijk is en worden de verkeerde interventies gedaan, waardoor het probleem vergroot wordt.

In deze studie hebben we beredeneerd dat governance mede tot doel heeft maatschappelijke problemen te voorkomen of op te lossen. De combinatie van private, publieke en professionals governance in de zorg biedt daar niet zonder meer garanties voor. Hoewel goede kwaliteit van zorg in alle drie governance werelden van belang is, borgt de combinatie niet dat ingegrepen wordt als die zorg onder de maat is.

Toch is het mogelijk om veranderingen tot stand te brengen en problemen op te lossen. Een bestuurder die de complexiteit doorziet en daar handig gebruikt van maakt, kan veel bereiken. Zo'n bestuurder speelt het spel in iedere governance wereld volgens de daar geldende mores en spelregels. Hij stemt zijn handelen in de drie werelden op elkaar af en gebruikt zo mogelijk resultaten uit de ene wereld voor volgende stappen in een andere governance wereld. Die bestuurder kan de minister van VWS zijn, zoals in de onderzochte Sanquin casus. Vaker zal het de raad van bestuur van een zorgorganisatie zijn, die succesvol zijn weg vindt in het governance-complex van de gezondheidszorg.

16

Discussie

16.1 Inleiding

Dat de gezondheidszorg te maken heeft met drie governance werelden is een gegeven. De verhoudingen tussen de governance werelden verschuiven voortdurend. Op dit moment treedt een verschuiving op naar grotere speelruimte voor private governance. De speelruimte van professionals governance is de laatste jaren enigszins ingeperkt. Het is ondenkbaar dat de invloed van één van de drie governance werelden uitgeschakeld wordt. We zullen dus moeten erkennen en accepteren dat de Nederlandse gezondheidszorg onder invloed staat van drie verschillende governance werelden met verschillende doelen, moraliteiten, principes en instrumenten. De verhoudingen tussen de drie werelden kunnen veranderen, ze kunnen beter op elkaar worden afgestemd en ze kunnen beter begrepen worden, maar de invloeden blijven. De vraag is of er iets kan veranderen aan Health Care Governance in Nederland om de gesignaleerde problemen op te lossen. In dit hoofdstuk brengen we de mogelijke verbeteringen en veranderingen in discussie.

16.2 Veranderingen in private governance

De speelruimte voor private governance was tot voor kort gering door de grote bemoeienis van de overheid. Recente wetgeving moet die bemoeienis verminderen. Het toezicht wordt teruggebracht tot toezicht op de werking van de markt (ZA) en op de kwaliteit van zorg (IGZ). Er moet concurrentie tussen zorgverzekeraars komen. Marktwerking wordt verwacht door druk van patiënten om goede zorg te krijgen en druk van verzekeraars om goedkope zorg te krijgen. Dat moet de concurrentie tussen zorgaanbieders en hun efficiency vergroten. Vergunningenstelsels worden afgeschaft. De kosten van onroerend goed worden in de exploitatie opgenomen. Via DBC's en zorgzwaartefinanciering wordt de weg ingeslagen naar het ontwikkelen van werkelijke kostprijzen. Een steeds groter deel van de levering van zorg zal niet meer onderhevig zijn aan vaste prijzen en budgetten, maar hun prijs zal worden bepaald in onderhandeling tussen zorgverzekeraar en aanbieder. Zorgorganisaties zullen daarbij streven naar een zo groot mogelijke positieve marge tussen hun marktprijzen en hun kostprijzen. In de toekomst mogen ze ook winst maken en uitkeren.

Er treedt door dit alles een verschuiving op van de invloed van publieke governance naar meer invloed van private governance. Dat kan alleen als de private governance van

zorgaanbieders voldoende stevig is. Dat vraagt inzicht in de private governance positie van zorgaanbieders en op een aantal punten verbetering van die private governance. De volgende punten staan ter discussie:

- Zorgaanbieders zijn ondernemingen in zakelijke dienstverlening. Ze ontlene 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. Zelfstandige beroepsbeoefenaren streven nu al winstmaximalisatie na.
- 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. Ze moeten hun bedrijfsvoering verbeteren om de dienstverlening beter te maken en de efficiency te vergroten.
- Er komt een spanning in het begrip 'maatschappelijke onderneming' op het gebied van verantwoording. Vanuit de maatschappij gezien is het gewenst dat de zorgorganisatie zich over alles verantwoordt en volledig transparant is. Een onderneming heeft echter concurrentiegevoelige informatie die hij niet naar buiten wil brengen, zoals het verschil tussen kostprijs en marktprijs. Het huidige verantwoordingsdocument omvat al die verschillende zaken. Er zal opnieuw nagedacht moeten worden over de eisen van maatschappelijke verantwoording versus de eigen bedrijfsinformatie van de onderneming.
- Verantwoording over (de kwaliteit van) de geleverde prestaties wordt daarentegen belangrijker. Als klanten willen kiezen dan moeten ze de kwaliteit van de dienstverlening van verschillende aanbieders kunnen vergelijken.
- Als zorgaanbieders ondernemingen zijn, die in de toekomst winst mogen maken, dan is denkbaar dat zij er voor kiezen om zich om te vormen tot vennootschappen. De vraag is dan wie de aandeelhouders kunnen zijn. Dat zijn in ieder geval niet de overheid, 'de burgers' of 'de cliënten'. Het zijn personen of organisaties, die bereid zijn risicodragend kapitaal in de zorgaanbieder te steken in de verwachting daar winst voor terug te krijgen.
- Waar niet gekozen wordt voor de vennootschap is de vraag of de stichting nog wel de goede vorm is. Bij de stichting blijft de zwakte in governance dat niemand de raad van toezicht benoemt of ontslaat. Daar moet een oplossing voor gevonden worden. Die moet niet gezocht worden in een namaak AVA. Soms gaan er stemmen op om 'de burgers' te beschouwen als de eigenaren van de zorgstichting. Dat zijn ze niet en dat moeten ze ook niet worden. Het instellen van een soort 'maatschappelijke raad', die de raad van toezicht benoemt, verplaatst het probleem naar de benoeming van de leden van die maatschappelijke raad. Experimenten met een dergelijke raad (Oosterschelde ziekenhuizen) zijn beëindigd.
- Een betere oplossing is het beter gebruiken van het adviesrecht van ondernemingsraad en cliëntenraad bij de benoeming van leden van de raad van toezicht.
- Wanneer dat gecombineerd wordt met de mogelijkheid van enquêterecht bij de Ondernemingskamer van de Rechtbank in Amsterdam zijn er – binnen de beperking van de stichting als rechtsvorm – voldoende mogelijkheden om de raad van toezicht

te beïnvloeden. De WTZi stelt het opnemen van het enquêterecht voor een cliëntenvertegenwoordiging in de statuten als eis voor de toelating als zorginstelling. Dit enquêterecht kan ook voor andere stakeholders van toepassing worden verklaard. Het geniet de voorkeur om dit enquêterecht in het BW te regelen op vergelijkbare wijze als bij andere rechtspersonen.

- Het feit dat de cliënten invloed hebben op het beleid van de onderneming via de cliëntenraad is een versterking van de private governance ten opzichte van het bedrijfsleven. Die invloed moet behouden blijven en beter gebruikt worden. Het voordrachtsrecht voor een zetel van de raad van toezicht moet dan wel worden afgeschaft. Hoe kan immers de cliëntenraad het handelen van de raad van toezicht kritisch toetsen als hij een lid van diezelfde raad levert. Beter is de cliëntenraad net als de ondernemingsraad adviesrecht te geven bij alle benoemingen van leden van de raad van toezicht.
- Aan de raad van bestuur van zo'n zorgonderneming worden andere eisen gesteld. Hij moet zich meer richten op de kansen en risico's van de zorgonderneming. Hij zal meer met marktpositie, klantenbinding en verbetering van de bedrijfsvoering bezig zijn. Tegelijk zal hij het spel in de drie governance werelden goed moeten spelen.
- Wanneer we uitgaan van de gedachte dat een onderneming een nexus van contracten is, dan is het de taak van de raad van bestuur om die contracten op elkaar af te stemmen en met elkaar in evenwicht te brengen. De raad van bestuur maakt de belangenafweging en maakt keuzen. Hij kan die keuzen motiveren en houdt vast aan die keuzen, ook als sommige stakeholders ontevreden zijn omdat ze onvoldoende hun zin hebben gehad.
- De rol van de raad van toezicht is daarmee ook helder. Hij zal toetsen of de raad van bestuur een goede afweging heeft gemaakt en of de keuze voldoende te motiveren en vol te houden is. De raad van toezicht laat zich dus niet alleen leiden door 'het belang van de onderneming' zoals dat voor raad van commissarissen in de wet staat, maar kijkt ook naar de evenwichtigheid in de belangenafweging. De raad van toezicht is dus geen vertegenwoordiging van de maatschappij of van de verschillende stakeholders. Integendeel, hij moet los staan van de stakeholders om de belangenafweging (door de raad van bestuur) goed te kunnen beoordelen.
- De invloed van stakeholders moet gestructureerd worden. De (door VWS) verplichte raadpleging van stakeholders bij ingrijpende strategische beslissingen van de zorgonderneming is nu niet aan spelregels gebonden. Daardoor is niet duidelijk wat de raad van bestuur moet doen met de resultaten van de raadpleging en kan de indruk ontstaan dat de stakeholders het voor het zeggen hebben. Een vaste procedure vergelijkbaar met inspraakprocedures voor bestemmingsplan of streekplan kan daarbij helpen. Dan is duidelijk wanneer de inspraak voorbij is en de raad van bestuur beslist. Wanneer de raad van toezicht het besluit van de raad van bestuur goedgekeurd heeft, moeten de stakeholders de keuze van de zorgonderneming respecteren. Voor direct belanghebbenden is dan nog de gang naar de Ondernemingskamer mogelijk als er vermoeden bestaat van wanbeleid.
- De rol van de zorgverzekeraar behoeft eveneens aanscherping. Deze is een belangrijke contractpartner van de zorgonderneming in het zakelijk verkeer. Hij moet zich er van vergewissen dat de zorgonderneming het contract naleeft en tegen de af-

gesproken prijs de afgesproken productie levert. Zo niet dan moet hij via private governance middelen de naleving van het contract afdwingen. Hij is geen externe toezichthouder. Hij kan zich niet bemoeien met bedrijfsvoering, beleid, bestuur en toezicht van de zorgonderneming. Hij is evenmin een toezichthouder namens de overheid.

16.3 Veranderingen in publieke governance

De rol van publieke governance in de gezondheidszorg is ingrijpend aan het veranderen. Van een allesomvattende sturing door de overheid vindt een omslag plaats naar een situatie, waarin de overheid voorwaarden schept en kaders stelt voor het functioneren van private en professionals governance. Als die lijn volledig wordt doorgetrokken zal de bemoeienis van de overheid met de zorgaanbieders niet anders zijn dan die met andere zakelijke dienstverleners (bijvoorbeeld accountants). Zo ver gaan de plannen echter niet en het is niet waarschijnlijk dat het zo ver zal komen. De overheid zal altijd invloed willen hebben op de gezondheidszorg. In de eerste plaats om haar Grondwettelijke verantwoordelijkheid voor goede volksgezondheid waar te maken en in de tweede plaats om de kosten te beheersen. De grenzen tussen publieke en private governance verschuiven wel, maar er blijft grote invloed van publieke governance. Daarbij dienen zich de volgende discussiepunten aan:

- Het is onjuist om de gezondheidszorg als publieke sector te beschouwen. Daarmee worden de complexiteit en de invloed van private en professionals governance ontken. Evenzo zijn zorgorganisaties geen 'hybride' organisaties die in de eerste plaats een publieke taak hebben en daarnaast op de private markt bij mogen verdienen. Het zijn private organisaties die in de eerste plaats private doelen dienen en pas in de tweede plaats de plicht hebben om bij te dragen aan publieke of maatschappelijke belangen.
- Door de zorg als publieke sector te beschouwen wekken politici bij zichzelf, bij de media en bij de burger de suggestie dat de gezondheidszorg door de overheid bestuurbaar is en dat daar publieke normen en spelregels gelden. Daarmee worden verwachtingen gewekt die niet waargemaakt kunnen worden. Zo ontstaat het beeld van onbestuurbaarheid (door de overheid) van de zorg en ontstaat wantrouwen in zorgorganisaties en professionals omdat zij onwillig zouden zijn te doen wat de overheid hen opdraagt.
- Als de overheid wil dat zorgaanbieders bijdragen aan het realiseren van publieke doelen, dan zal zij moeten expliciteren wat die doelen zijn en welke bijdrage een individuele zorgaanbieder daaraan moet leveren. Begrippen als beschikbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg zijn daar te abstract voor.
- In publieke governance voor de gezondheidszorg moet geaccepteerd worden dat er geen bevelsrelatie tussen de overheid en zorgaanbieders bestaat. De overheid kan noch in algemene zin noch in een specifiek geval instructies aan een zorgaanbieder geven.
- De overheid kan en moet wel kaders aangeven waarbinnen de zorgaanbieders moeten werken en zo nodig daarvoor voorwaarden scheppen. Die kunnen het bijdragen aan publieke doelen voor een klein deel afdwingen.

- Als de overheid van private organisaties meer bijdragen verwacht aan publieke doelen, dan is zij één van de partijen, die door onderhandelingen en het sluiten van compromissen moet proberen iets te bereiken. Dan kan de bijdrage aan publieke doelen niet worden afgedwongen maar zal de overheid iets te bieden moeten hebben. Dan zal de overheid bijvoorbeeld extra moeten betalen om vanwege bereikbaarheid van zorg een ziekenhuis met te weinig klanten open te houden.
- In publieke governance ligt de keuze voor tussen afdwingen via regels, toezicht en verantwoording enerzijds en positieve stimulansen voor zorgaanbieders anderzijds. Structureel kiest de overheid voor het eerste. Positieve stimulansen via subsidies zijn vaak tijdelijk, waardoor er een gat valt na het einde van de subsidieperiode. Overwogen kan worden de bijdrage aan publieke doelen door zorgaanbieders vaker door positieve stimulansen vorm te geven. Dan wordt gebruik gemaakt van het principe dat Mintzberg (1989) 'it pays to be good' noemt. Ook Jacobs (1992) laat zien dat positieve stimulansen vaak meer effect hebben dan regels en toezicht.
- De neiging van politici om incidenteel in te grijpen als een zorgaanbieder niet functioneert (zoals bij de IJsselmeerziekenhuizen en bij pyjamadagen in verpleeghuizen) moet worden onderdrukt. Het systeem moet zo zijn dat niet functionerende zorginstellingen zelf gedwongen worden de problemen op te lossen. Als dat systeem niet werkt moet het systeem veranderd worden en moet niet per incident gehandeld worden.
- De beschikbare instrumenten van de overheid kunnen beter gebruikt worden. De IGZ respectievelijk de minister heeft de middelen om kwalitatief onvoldoende zorg onmiddellijk stil te leggen en/of een termijn te stellen voor verbetering. Die instrumenten worden te weinig en te laat gebruikt. De verantwoordelijkheid van de overheid voor de kwaliteit van gezondheidszorg in algemene zin kan beter gedragen worden als deze instrumenten vaker en eerder gebruikt worden.
- De werking van publieke governance wordt verbeterd als in vergelijkbare gevallen dezelfde principiële keuzen gemaakt worden. We hebben gezien dat bij de indicatiestelling in vergelijkbare situaties de overheid twee principiële verschillende keuzen maakt.
- De overheid vraagt veel verantwoording van zorgaanbieders. Die verantwoording wordt verbeterd als onderscheid gemaakt wordt naar het doel van de verantwoording. Voor de verschillende doelen zijn verschillende verantwoordingen nodig. Nu worden die te veel als één geheel gezien. Onderscheid kan gemaakt worden in onder andere:
 - algemene maatschappelijke verantwoording, die in alle sectoren geldt (jaarverslag etc);
 - verantwoording over de geleverde diensten aan de contractpartners (zorgverzekeraars);
 - verantwoording over de bijdrage aan de publieke doelen;
 - inzicht voor burgers over de kwaliteit van de dienstverlening (prestatie-indicatoren).
- De verantwoording moet beter gescheiden worden van interne informatie bedoeld voor sturing en kwaliteitsverbetering. Wanneer deze informatie geëist wordt in de externe verantwoording, dan is ze in de organisatie niet bruikbaar voor leerprocessen

en ontstaat er weerstand om die informatie te verzamelen. Dit geldt onder andere voor:

- bedrijfsinformatie van de zorgonderneming voor de eigen sturing van de bedrijfsvoering;
 - benchmarks, die bedoeld zijn om de zorgonderneming te laten leren en zijn bedrijfsprocessen te verbeteren;
 - zorginhoudelijke informatie bedoeld voor de professionals om hun eigen handelen te evalueren en te verbeteren.
- Het verdient aanbeveling de verantwoordingsplicht in dat licht en in het kader van de veranderende rol van de overheid opnieuw te bezien.
 - Het hanteren van verschillende moraliteiten is een dilemma binnen publieke governance. In het openbaar bestuur blijft het 'guardian moral syndrome' de overheersende moraliteit. Voor klassieke publieke belangen, zoals de bescherming van het land, is dat een werkbare opvatting. Voor het behartigen van publieke belangen in het overlappende gebied van private, publieke en professionals governance is denken en handelen vanuit deze moraliteit niet bruikbaar. Van de overheid wordt dan handelen volgens het 'commercial moral syndrome' verwacht. Dat heeft iets onnatuurlijks en is niet eigen aan overheidsbestuurders en ambtenaren. Dit dilemma is niet oplosbaar, maar het helpt wel als partijen in de zorg zich ervan bewust zijn.

16.4 Veranderingen in professionals governance

Professionals governance dient om te zorgen dat de maatschappij kan vertrouwen op een goede uitoefening van het beroep. Dat vereist een goede werking van de zelfregulerende systemen binnen professionals governance. Dit onderzoek heeft laten zien dat de zelfregulering een aantal lacunes vertoont. Er zijn in professionals governance verbeteringen mogelijk. Algemene principes zoals het raadplegen van stakeholders, het afleggen van verantwoording en het volgen van regels of uitleggen waarom je afwijkt (comply or explain), kunnen ook van toepassing verklaard worden op professionals governance.

De volgende discussiepunten kunnen genoemd worden:

- Keuzen in professionals governance, die maatschappelijke consequenties hebben (zoals de praktijkgrootte), worden nu genomen door de professionals zonder inbreng van andere stakeholders (zoals de ziekenhuizen) en zonder toets en goedkeuring door publieke governance. Het is gewenst dat daar op twee manieren verandering in komt. In de eerste plaats kan – op vergelijkbare wijze als ziekenhuizen hun stakeholders moeten raadplegen voor ze een strategische beslissing met maatschappelijke consequenties nemen – van de beroepsverenigingen gevraagd worden eerst hun stakeholders te raadplegen, voor ze besluiten over de beroepsuitoefening nemen, die maatschappelijke consequenties hebben. In de tweede plaats moet deze keuze door de overheid getoetst en goedgekeurd worden.
- Het goedkeuren door de overheid betekent dat de maatschappelijke consequenties worden geaccepteerd. Wanneer op die manier bijvoorbeeld de keuze voor behandeling met een duur nieuw medicijn door de overheid wordt goedgekeurd, kan er daarna geen probleem met de verstrekking van dat medicijn zijn. We hebben er immers publiek voor gekozen – op initiatief van de professe – dat dit een 'state of

the art' behandeling is, die de burgers niet onthouden mag worden. De kosten daarvan zullen uit de zorgverzekering opgebracht moeten worden.

- Uitgangspunt moet zijn dat goede kwaliteit betekent dat volgens 'state of the art' protocollen gehandeld wordt of dat de professional motiveert waarom hij van de standaard afwijkt (comply or explain). Het is voor stakeholders buiten de professie niet duidelijk of de professie protocollen en standaarden heeft om te handelen volgens de laatste stand van de wetenschap. Het is evenmin duidelijk of die protocollen er toe leiden dat obsoleete behandelwijzen worden afgeschaft. Burgers, de overheid, verzekeraars en andere zorgaanbieders hebben nu evenmin inzicht in de mate, waarin de individuele beroepsbeoefenaar standaarden en protocollen naleeft. Het moet vanzelfsprekend zijn dat de professie maatschappelijke verantwoording aflegt over de kwaliteit van de professie. Een dergelijke verantwoording ontbreekt nu en zal dus tot stand gebracht moeten worden.
- Om zich te verantwoorden moet de beroepsgroep meten en weten of haar leden zich aan de protocollen houden. Die kennis is er nu niet. Vanuit het oogpunt van good governance is het nodig daarvoor systemen te ontwikkelen.
- Omdat de maatschappij de verantwoordelijkheid voor goede professionele zorg in handen van de beroepsgroep legt, mag van een professie verwacht worden dat zij ingrijpt als de kwaliteit onder de door haar gestelde norm komt. Dat gebeurt nu niet, zoals we in de casus IJsselmeerziekenhuizen hebben gezien. De beroepsgroep maakt dus een van de basisprincipes waarop het monopolie is gebaseerd niet waar. Wil een professie zich handhaven dan moet zij een individueel lid van haar groep corrigeren als deze niet volgens de professionele normen werkt. Het moet vanzelfsprekend zijn dat de professional inzicht geeft in zijn handelen en dat door zijn beroepsgenoten laat beoordelen.
- Aan professionals vragen om zich te verantwoorden en inzicht in hun handelen te geven, is in zekere zin een paradox. De professie bestaat bij de gratie van de informatie-asymmetrie. De kennis en de toepassing daarvan zijn nog niet gestandaardiseerd en niet toegankelijk voor leken. Je wordt lang tot professional opgeleid om deze kennis te hebben, te kunnen wegen en toe te kunnen passen. Als die kennis gestandaardiseerd wordt en er verantwoording over afgelegd moet worden, verdwijnt de magie en verdwijnt de professie. Volgens Abbott is dat de weg die iedere professie uiteindelijk gaat. Het verklaart de weerstand van professionals tegen alle vormen van verantwoording. Je kunt de positie van de professie echter ook versterken door zelf pro-actief de verantwoording ter hand te nemen. Juist daardoor wordt zichtbaar waar protocollen niet werken en waar het professionele oordeel onmisbaar is. Dan is ook duidelijk waar professionele autonomie altijd zal blijven, namelijk in de spreekkamer in de dokter-patiënt relatie.
- In veel publicaties over de publieke sector (WRR, SER) is de laatste tijd gepleit voor minder bemoeienis van de overheid en het teruggeven van het primaire proces aan de professionals (dokters, verpleegkundigen, onderwijzers, uitvoerende ambtenaren etc). Dat is alleen een goed idee als die professionals bereid zijn zich op voornoemde manieren te verantwoorden. Niet naar de overheid, maar naar degenen die van hun diensten gebruik maken.

- Het is wijs er niet van uit te gaan dat altruïsme en roeping vanzelfsprekend onderdeel zijn van de beroepsattitude van iedere professional. Het uitoefenen van een beroep is ook gewoon een economische activiteit gericht op het verwerven van een aantrekkelijk inkomen. Inhoudelijke belangen en zakelijke belangen gaan in iedere professie samen. Dat is niet bezwaarlijk of verwerpelijk, maar het moet wel in het oog gehouden worden. De overheid probeert nu, zoals bij de LHV, beide belangen uit elkaar te halen. Het is de vraag of ze te scheiden zijn. Het is wel goed om ze te onderscheiden en bespreekbaar te maken.

16.5 Veranderingen in de combinatie

De complexiteit van de samenhang tussen de drie governance werelden is vooral lastig als iedereen of niemand verantwoordelijk is voor een resultaat. In beide gevallen gebeurt er niets. In de casus IJsselmeerziekenhuizen hebben we dat gezien bij de kwaliteit van medische zorg. De beroepsgroep is verantwoordelijk, de IGZ is verantwoordelijk en de raad van bestuur is verantwoordelijk en niemand doet wat op het moment dat de kwaliteit onder het minimum zakt. Wil het samenspel tussen de drie governance werelden verbeteren dan is helderheid, over wie waarvoor verantwoordelijk is, noodzakelijk.

Evenwicht in de interacties tussen de governance werelden draagt bij aan een goede werking van het geheel. We zagen al dat private governance nauwelijks invloed heeft op beslissingen in professionals governance, terwijl die beslissingen wel grote invloed hebben op het functioneren in de private governance wereld. We zagen ook dat publieke governance meer eisen stelt en controle wil uitoefenen op de werking van private governance dan op de werking van professionals governance. Daarbij lijkt het erop dat publieke governance wantrouwen heeft jegens private governance en uitgaat van vertrouwen in professionals governance.

Voor de combinatie private, publieke en professionals governance kunnen de volgende discussiepunten naar voren worden gebracht:

- Verantwoordelijkheid voor iets kan maar door één partij in één governance wereld gedragen worden. Die partij moet de bevoegdheid hebben om te handelen. Bij de verdeling tussen de governance werelden moet antwoord gegeven worden op de vraag:
 - wie is verantwoordelijk en bevoegd?
 - heeft hij de instrumenten om die bevoegdheid uit te oefenen en resultaten te bereiken?

Vooraf bij verschuivingen tussen governance werelden, zoals nu bij de invoering van marktwerking, moet die vraag explicieter gesteld worden dan nu vaak het geval is.

- Publieke governance kan door wet- en regelgeving de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden beïnvloeden. De verantwoordelijkheid om te zorgen dat het goed geregeld is ligt dus in publieke governance. Politieke afwegingen en ideologische opvattingen staan het nemen van die verantwoordelijkheid in de weg.
- Een van de principes van publieke governance is dat in gelijke gevallen gelijk gehandeld wordt. Dat is nu niet zo. De kaders, controle en verantwoording die publieke governance in de zorg oplegt aan private governance zijn veel strakker dan diezelfde kaders, controle en verantwoording die opgelegd worden aan professionals governance. Het is noodzakelijk dat gelijk te trekken.

- Heel concreet wordt aanbevolen om de verschillende principes voor indicatiestelling voor cure en voor care te heroverwegen en één van beide principes in beide werelden toe te passen.
- De weg is ingeslagen om de verdeling tussen private en publieke governance evenwichtiger te maken, door meer ruimte te geven voor private governance. Het verdient aanbeveling daarbij bovenstaand principe goed in overweging te nemen. Het verdient ook aanbeveling dit proces door te zetten en de kans te geven zich te bewijzen en niet halverwege te stoppen of een andere lijn in te zetten.
- Er wordt nog gezocht naar het evenwicht tussen publieke en professionals governance. Hier is het nodig de publieke invloed te vergroten om maatschappelijk onverantwoorde situaties door professionele keuzen te voorkomen. Het gaat dan met name om de publieke toetsing en goedkeuring die eerder is genoemd.
- De keuzen uit professionals governance worden nu eenzijdig opgelegd aan zorginstellingen binnen private governance. Dat kan niet zo blijven. In de vorige paragraaf zijn al gedachten ontwikkeld om vanuit private governance invloed te krijgen op beslissingen in professionals governance. Dat geldt zowel op macro niveau als op organisatieniveau.
- In de opstelling van professionals lopen zakelijke en inhoudelijke belangen in elkaar over. Iedere professional die niet in loondienst is, heeft een eigen op winst gerichte onderneming. In de dialogen van beide andere governance werelden met professionals governance is het goed dat zakelijk belang duidelijker te maken en explicieter te benoemen.
- De huidige constructie tussen ziekenhuis en medisch specialisten is niet langer te handhaven. Er kan geen beleid worden gemaakt, er kan niet voldoende zakelijk gehandeld worden en er wordt niet ingegrepen in kwaliteitsproblemen van medisch specialisten. De dubbele verantwoordelijkheid, die het GMSB met zich brengt, is onduidelijk en slecht werkbaar. De keuze ligt voor of het ziekenhuis het bedrijf is dat medisch specialisten inhuurt om geïntegreerde dienstverlening aan patiënten te geven of dat iedere maatschap een bedrijfje is dat de diensten van het ziekenhuis inhuurt. In het laatste geval horen de bedrijfsrisico's en de kosten van de bedrijfsvoering bij de maatschappen thuis. Die keuze zegt ook iets over de besturing van het ziekenhuis als totaal. In het eerste geval is het ziekenhuis de hoofdaannemer, bepaalt de raad van bestuur de koers en kan deze ingrijpen in de kwaliteit van de maatschappen als onderaannemers. In het tweede geval is de besturing moeilijker omdat dan twintig of meer kleine bedrijfjes afzonderlijk diensten afnemen van één groot bedrijf. Het formuleren van een oplossing voor dit probleem valt buiten de scope van deze dissertatie.

16.6 Slot

De gezondheidszorg zal blijven leven in drie governance werelden. De complexiteit blijft bestaan. De combinatie van private, publieke en professionals governance in de gezondheidszorg kan ondanks die complexiteit leiden tot oplossingen. We hebben gezien dat oplossingen bereikt worden als de complexiteit onderkend en begrepen wordt en als iemand standvastig handelt met een duidelijk doel voor ogen.

De combinatie van private, publieke en professionals governance zal blijven, ook al treden er verschuivingen tussen de invloeden op. Waar die combinatie niet goed werkt is behoefte aan verbeteringen. In dit hoofdstuk zijn een aantal verbeteringen voorgesteld. Meer dan nu moet begrepen en geaccepteerd worden dat zorgverlening in de private governance wereld plaatsvindt en geen publieke zaak is. Dat stelt eisen aan de organisatie van deze vorm van zakelijke dienstverlening en aan de inrichting van de governance van zorgondernemingen. Als zorgaanbieders private ondernemingen zijn, heeft dat betekenis voor de kaders die de overheid aan die ondernemingen kan opleggen en dus voor de inrichting van publieke governance. Er kan niet meer op alles ingegrepen worden en er moet worden gestuurd op hoofdlijnen. Verantwoording van zorgaanbieders moet gericht zijn op de publieke doelen en het maatschappelijk verkeer en niet op alle interne bedrijfsinformatie.

Die verantwoording is een belangrijk verbeterpunt voor professionals governance. Er is een inhaalslag nodig om in professionals governance de gebruikelijke principes zoals het raadplegen van stakeholders, het afleggen van verantwoording tot stand te brengen. Ook voor professionals mag gelden dat je de regels toepast of uitlegt waarom je afwijkt (comply or explain).

Het samenspel tussen private, publieke en professionals governance is voortdurend in beweging. Daarbij moet wel steeds helder zijn wie voor wat verantwoordelijk en bevoegd is. Als een verantwoordelijkheid op meer plaatsen is belegd of de bevoegdheid ontbreekt, dan ontstaat een onwerkbaar situatie. Bij alle veranderingen moet goed in het oog gehouden worden dat die verantwoordelijkheid en bevoegdheid samen op één plaats zijn ondergebracht.

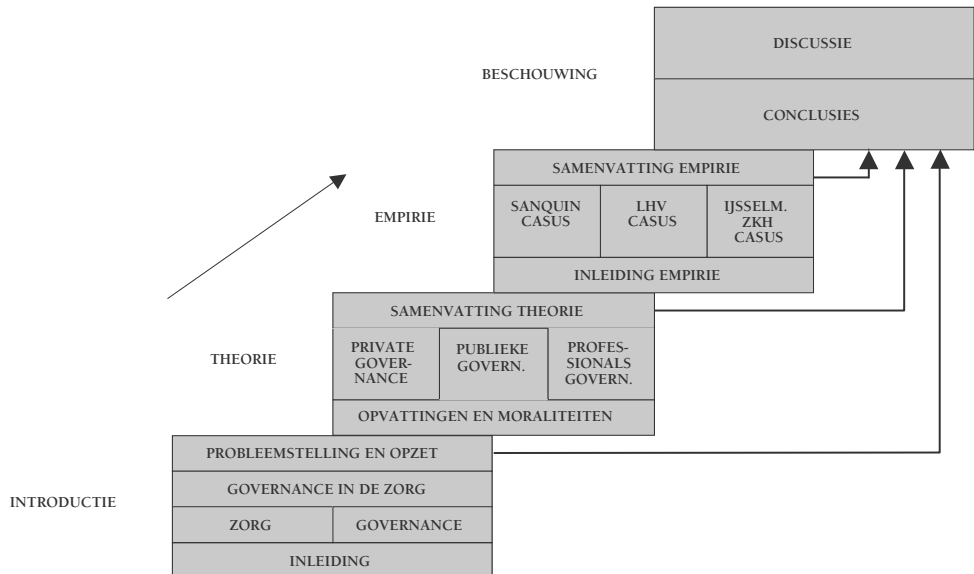
Uit de studie is gebleken dat de overheid soms bij gelijke vraagstukken verschillende keuzen maakt voor professionals en voor zorgorganisaties, zonder dat de ratio voor dat verschil duidelijk is. Dat is een ongewenste situatie, die voorkomen moet worden. Waar het de indicatiestelling betreft moeten deze verschillende keuzen heroverwogen worden.

Er zal een nieuw evenwicht tussen private, publieke en professionals governance gevonden moeten worden. De invloed van publieke governance op professionals governance zal op sommige punten vergroot moeten worden om maatschappelijk ongewenste situaties te voorkomen. Beslissingen van een professionele groep, die maatschappelijke consequenties hebben zouden publiek getoetst en goedgekeurd moeten worden, waardoor ook de maatschappelijke consequenties aanvaard worden.

Deel V

Routekaart studie private, publieke en professionals governance zorgaanbieders

Het onderzoek is voltooid.
Resten ons de afkortingen, referenties en noten.



Afkortingen

AFM	Autoriteit Financiële Markten
AVA	Algemene Vereniging van Aandeelhouders
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG Wet	Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BIG Register	Register van bevoegde beroepsbeoefenaren conform de Wet BIG
BKZ	Budgettair Kader Zorg
Wet BOPZ	Wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen
BW	Burgerlijk Wetboek
CAO	Collectieve Arbeid Overeenkomst
CBOG	College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
CEO	Chief Executive Officer
CFO	Chief Financial Officer
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CLB	Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandse Rode Kruis
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTG-ZAio	College Tarieven Gezondheidszorg – ZorgAutoriteit in oprichting
CBZ	College Bouw Zorgvoorzieningen
CR	Cliëntenraad
CSZ	College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen
CTZ	College Toezicht Zorgverzekeringen
CVZ	College Voor Zorgverzekeringen
DHV	Districts Huisartsen Vereniging
D&O	Dienstverlening aan en Ondersteuning van huisartsen
EG	Europese Gemeenschap
EU	Europese Unie
EVS	Elektronisch Voorschrift Systeem
FMWV	Federatie Medisch Wetenschappelijke Verenigingen

FPP	Functie Profilerings Plan (IJsselmeerziekenhuizen, 2000)
GGZ Nederland	Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (branchevereniging)
GMSB	Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf
GR	Gemeenschappelijke regeling
Hagro	Huisartsengroep
HAP	Huisartsenpost
HOED	Huisartsen Onder Een Dak
HRC	Huisartsen Registratie Commissie
HVRC	Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie
IFAC	International Federation of Accountants
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KLOZ	Kontaktorgaan Landelijke Organisatie Ziekenfondsen
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KWZ	Kwaliteitswet Zorginstellingen
KvK	Kamer van Koophandel
LAD	Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging
LVT	Landelijke Vereniging van Thuiszorg
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgeving
MOBG	Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg
(M)SRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie (tot 1998 Specialisten Registratie Commissie)
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Oorspronkelijk: Nederlands Instituut Voor onderzoek van de Eerste Lijn gezondheidszorg)
NIVRA	Nederlands Instituut Voor Register Accountants
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Tandheelkunde
NOP	Noordoostpolder
NPM	New Public Management
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NWS	New Weberian State (Pollitt & Bouckaert 2004)
NZA	Nederlandse Zorgautoriteit
OMS	Orde Medisch Specialisten

OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
OPTA	Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit
OR	Ondernemingsraad
POH	Praktijk Ondersteuning Huisartsen
PVK	Pensioen- en Verzekeringskamer
RHV	Regionale Huisartsen Vereniging
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn
RWT	Rechtspersonen met een wettelijke taak
QUANGO	Quasi Autonomous Non Governmental Organization
SEC	Securities and Exchange Commission
SEH	Spoed Eisende Hulp (in ziekenhuizen)
UMC	Universitair Medisch Centrum
VAR	Verpleegkundige Advies Raad
VAZ	Vereniging Academische Ziekenhuizen
vCJD	Van Creuzfeldt Jacobs Disease ('gekke koeien ziekte')
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VOC	Verenigde Oost-Indische Compagnie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WEZ	(concept) Wet Exploitatie Zorginstellingen
Wibv	Wet inzake bloedvoorziening
Wibt	Wet inzake bloedtransfusie
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandel Overeenkomst
WKCZ	Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg
WMO	Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning
WMCZ	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen
WOR	Wet op de Ondernemingsraden
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WVG	Wet Voorzieningen gehandicapten
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuis Voorzieningen
ZA	Zorgautoriteit
ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum
ZBO	Zelfstandig bestuursorgaan
ZFw	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZVW	Zorgverzekeringwet

Referenties

- Abbott, A.D. (1998). *The systems of professions; An Essay on The Division of Expert Labour*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Algemene wet bestuursrecht (1992).
- Algemene Rekenkamer (1998). *Toezicht op uitvoering publieke taken*. Tweede Kamerstuk 25. 956 nr. 2, Vergaderjaar 1997-1998, Den Haag.
- Algemene Rekenkamer (1999). *Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Tweede Kamerstuk 26. 395 nr. 2, Vergaderjaar 1998-1999, Den Haag.
- Algemene Rekenkamer (2000). *Verantwoording en Toezicht bij rechtspersonen met een wettelijke taak, deel 1*. Tweede Kamerstuk 26. 982 nr. 2, Vergaderjaar 1999-2000, Den Haag.
- Algemene Rekenkamer (2001). *Verantwoording en Toezicht bij rechtspersonen met een wettelijke taak, deel 2*. Tweede Kamerstuk 27. 656 nr. 2, Vergaderjaar 2000-2001, Den Haag.
- Algemene Rekenkamer (2002a). *Verantwoording en Toezicht bij rechtspersonen met een wettelijke taak, deel 3*. Tweede Kamerstuk 28. 655 nr. 2, Vergaderjaar 2002-2003, Den Haag.
- Algemene Rekenkamer (2002b). *Handhaving door Rijksinspecties*. Tweede Kamerstuk 28.721 nr. 2, Vergaderjaar 2001-2002, Den Haag.
- Algemene Rekenkamer (2004a). *Verantwoording en Toezicht bij rechtspersonen met een wettelijke taak, deel 4*. Tweede Kamerstuk 29. 450 nr. 1-2, Vergaderjaar 2003-2004, Den Haag.
- Algemene Rekenkamer (2004b). *Verbreding van de publieke verantwoording; Ontwikkelingen in de maatschappelijke verslaglegging, kwaliteitszorg en governance*. Sdu, Den Haag.
- Algemene Rekenkamer (2005). *Publiek ondernemerschap, Toezicht en verantwoording bij publiek-private arrangementen*. Tweede Kamerstuk 30.220 nr. 2, Vergaderjaar 2004-2005, Den Haag.
- Ambtelijke Commissie Toezicht I (ACT I – commissie Borghouts) (2000). *Vertrouwen in onafhankelijkheid*. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Den Haag.
- Ambtelijke Commissie Toezicht II (ACT I – commissie Sint) (2005). *Toezicht: naar naleving voor de samenleving*. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Den Haag.
- American Law Institute (1994). *Principles of Corporate Governance; Analysis and Recommendations*. ALI, Philadelphia.
- Ambtenarenwet (1929).
- Andriof, J. e.a. (2002). 'Introduction' in *Unfolding Stakeholder Thinking; Theory Responsibility and Engagement*. Greenleaf Publishing, Sheffield UK.
- Arcares, e.a. (2005). *Zorgbrede Governancecode*. Gezamenlijke uitgave Arcares, GGZ Nederland, LVT, NVZ, VGN, Utrecht, 23 juni 2005.
- Baakman, N.A.A. (1990). *Kritiek op het openbare bestuur; Besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland tussen 1960 en 1985*. Thesis Publishers, Amsterdam.
- Baarda, D.B. en M.P.M. de Goede (2001). *Basisboek Methoden en Technieken; Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Stenfert Kroese, Groningen.
- Balkenende, J.P. (1995). *Verantwoordelijkheid en recht; Een beschouwing over pluriformiteit, maatschappelijke verantwoordelijkheid en verdeling van taken en bevoegdheden*. Tjeenk Willink, Zwolle.

- Berman, S. e.a. (1999). Does stakeholder orientation matter?; An empirical examination of the relation between stakeholder management models and firm financial performance. *Academy of Management Journal*, October 1999, Vol. 42 Issue 5 pages 488-506.
- Berle, A.. and C.C. Means (1932). *The modern corporation and private property*. Edition 1991, New Brunswick, London.
- Björk, P. and H. Johansson (2001). *Multi-level governance for improved public services in Sweden; The actor-dimension of co-ordination*. University of Sheffield, UK.
- Blankert, J.C. (2003). *Tabaksblat, Corporate governance en de samenleving*. Ernst Heijmanslezing, 18 december 2003, Janskerk Utrecht. ROA Ooa, Sioo.
- Boerma, W.G.W. (2003). *Profiles of general practice in Europe; An international study of variation in tasks of general practitioners*. Nivel, dissertatie Universiteit van Maastricht.
- Bos, A. de, en D.A.R. van der Heijden (2003). Taken van aandeelhouder en commissaris beter verdelen. *Het Financieele Dagblad* van 5 augustus 2003.
- Bossert, J. (2002). Good Governance, de Leidraad voor goed bestuur en management. *Overheidsmanagement 2002/9*.
- Brandsen, T., W. van de Donk en P. Kenis (red.) (2006). *Meervoudig bestuur; Publieke dienstverlening door hybride organisaties*. Uitgeverij Lemma, Den Haag.
- C3 adviseurs en managers (2001). *Rapportage en advies over de situatie bij de IJsselmeerziekenhuizen*. Najaar 2001. C3, Leusden.
- C3 Hospital Consultancy bv (2003). *Concerns*. C3 Cahier, Leusden.
- Cadbury, A. (1992). *Code of Best Practice on Corporate Governance*. Cadbury Committee on Governance. London.
- CDA, WI Rapport (2005). *Investeren in de samenleving; Een verkenning naar de missie en positie van maatschappelijke ondernemingen*. Wetenschappelijk Instituut van het CDA, Den Haag.
- Centraal Bureau Statistiek (CBS) (2004). *De Nederlandse Conjunctuur 2004, aflevering 3*. CBS, Persbericht PB02-252. Voorburg/Heerlen.
- Clarke, J. and J. Newman (1997). *The Managerial State; Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare*. Sage, London. Op citaat van Pollitt (2005).
- Coase, R.H. (1937). The Nature of the Firm, *Economica* 4, p. 386-405.
- Choy, T. (2003). Governance van Zorgkantoren. *ZM magazine*, p. 10 –15. Media Business Press, Rotterdam.
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2002). *Spreiding Ziekenhuisvoorzieningen*. Vervolg uitvoerings-toets eerste tranche. Uitgave College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, Utrecht.
- Commissie Corporate Governance (commissie Peters) (1997). *Corporate governance in Nederland; De 40 aanbevelingen*. Amsterdamse Effectenbeurs, Amsterdam.
- Commissie Corporate Governance (commissie Peters) (2002). *Corporate governance in Nederland 2002; De stand van zaken*. Nederlandse Corporate Governance Stichting, Amsterdam.
- Commissie Corporate Governance (commissie Tabaksblat) (2003). *De Nederlandse Corporate Governance Code; Beginselen van deugdelijk bestuur en best practice bepalingen*. www.commissiecorporate-governance.nl
- Commissie Cultural Governance (commissie Daamen) (2000). *Cultural Governance; Een pleidooi voor zelfregulering*. Amsterdam.
- 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.
- Commissie Health Insurance Governance (commissie Glasz III) (2002). *Health Insurance Governance; aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording door Zorgverzekeraars*. ZN, Zeist.
- Commissie Holtslag (1998). *De Ministeriële verantwoordelijkheid ondersteund*. Rapportage aan de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties, uitgave Ministerie van BIZA, Den Haag.
- Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking (Commissie Legrand) (2003). *De Zorg van Morgen; Flexibiliteit & samenhang*. Ministeries van VWS en OCW, Den Haag.
- Commissie Intern Toezicht Woningcorporaties (commissie Glasz I) (1998). *Naar Professioneel Toezicht*. Advies van de Commissie Intern Toezicht Woningcorporaties, Aedes, Utrecht.

- Commissie Kraaijeveld-Wouters (commissie IJsselmeerziekenhuizen) (2002). *Een ziekenhuis in de polders*. Eindrapport commissie IJsselmeerziekenhuizen, Lelystad.
- Commissie Modernisering Eerste lijn (Commissie van der Grinten) (2002). *Een perspectief voor de eerstelijns gezondheidszorg*. Uitgave LHV, NHG en ZN in samenwerking met VWS en NPCF, Utrecht.
- Commissie Sint (1994). *Verantwoord Verzelfstandigen*. Rapportage over verzelfstandiging in opdracht van het beraad van de secretarissen-generaal, Den Haag.
- Commissie Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsenzorg (Commissie Tabaksblat) (2001). *Een gezonde spil in de zorg*. Ministerie van VWS, Den Haag.
- Commissie Wetgeving algemene regels van bestuursrecht (Commissie Scheltema) (1993). *Steekhoudend Ministerschap; Betekenis en toepassing van de ministeriële verantwoordelijkheid*. Kamerstukken II, 1992-1993, 21427 nr. 40 en 41, Den Haag.
- Covey, S.R. (2002). *De 7 eigenschappen van effectief leiderschap*. Business Contact, Amsterdam.
- Donaldson, E.A. (1976). *The Stakeholder theory of the corporation*. Mississippi State USA.
- Dutrée, M.A. (1991). *Introductie en spreiding van kostbare medische technologie in Nederland; Een model*. Dutrée, Leiden.
- Eisenberg, M.A. (1999). *On the Conception that the Corporation is a Nexus of Contracts*. Working Paper 150, The Centre for Law and Economic Studies, Columbia University School of Law, New York.
- Elan (2003). *Commissarissen Special*. Juni 2003, pp. 7-45 en 47-53. Kluwer in samenwerking met NCD, Amsterdam.
- Fennema, M. en E. Heemskerk (2004). 'Het old boys netwerk bestaat allang niet meer'. Artikel in NRC Handelsblad van 8 januari 2004.
- Financial Reporting Council. (FRC) (2006). *The Combined Code On Corporate Governance*. FRC, London.
- Frentrop, P. (2002). *Ondernemingen en hun aandeelhouders sinds de V.O.C.; Corporate governance 1602-2002*. Prometheus, Amsterdam.
- Freeman, R.E. (1984). *Strategic Management; A stakeholder approach*. Pitman Series in business and Public Policy.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism; The third logic*. Polity Press, Cambridge en Oxford.
- Frissen, P.H.A. (2002). *De staat*. De Balie, Amsterdam.
- Fukuyama, F. (1995). *Trust; The social virtues and the creation of prosperity*. New York Free Press.
- Fukuyama, F. (1999). *Social capital and civil society*. IMF Working Paper WP/00/74 for the IMF conference on Second Generations Reforms. April 2000. IMF, Washington DC.
- Glaeser, E.J. (2002). *The governance of not-for-profit firms*. Discussion paper no. 1954. Harvard Institute of Economic Research, Cambridge Massachusetts.
- Glaeser, E.J. and A. Shleifer (2001). *Not for profit entrepreneurs*. Journal of Public Economics 81 (1) pp. 99-115.
- Glasz, J.R. (1992). *De commissaris; Aanbevolen gedragsregels*. Serie recht en praktijk 44, tweede druk. NCD- Kluwer, Deventer.
- Glasz, J.R. e.a. (1994). *Bestuur en Toezicht*. Serie recht en praktijk 71. NCD-Kluwer, Deventer.
- Glasz, J.R. (1995). *Enige beschouwingen over zinvol commissariaat*. Serie recht en praktijk 84. Kluwer, Deventer.
- Geelhoed, J. (2005). *Control Deficiencies in the Dutch Health Care Sector; An analysis of the planning and control cycle in hospitals and the Dutch Ministry of Health and the relationship between them*. Eigen uitgave, De Meern.
- Gelauff, G.M.M. and C. den Broeder (1996). *Governance of Stakeholder relationships; The German and Dutch experience*. Centraal Plan Bureau, Den Haag.
- Graafland, J.J. (2001). *Maatschappelijk ondernemen; Analyse, verantwoording en fundering*. Inaugurele rede, Tilburg.

- Graat, P.A.M.J. (1998). *Maatschappelijk bestuur; Een derde weg tussen overheid en private sector*. Tjeenk Willink, Deventer in samenwerking met het Nederlands Instituut voor Sociaal en Economisch Recht NISER.
- Grinten, T.E.D. van der en J.P. Kasdorp (1999). *25 jaar sturing in de gezondheidszorg; Van verstatelijking naar ondernemerschap*. Uitgave ter gelegenheid van 25 jaar SCP, Den Haag.
- Grinten, T.E.D. van der en P. Vos (2004). *Gezondheidszorg. Maatschappelijke dienstverlening; een onderzoek naar vijf sectoren*. WRR Serie Verkenningen, Amsterdam University Press, Amsterdam.
- Grit, K. en P.L. Meurs (2005). *Verschuivende verantwoordelijkheden; Dilemma's voor zorgbestuurders*. Koninklijke van Gorcum, Assen.
- Groenewegen, P. en D. Delnoij (1997). *Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts; De positie van de huisarts in relatie tot aard en kosten van zorg*. Elsevier/Tijdstroom, Utrecht.
- Grondwet voor het Koninkrijk der Nederlanden (1815).
- Harvard Business Review (2001). *On Corporate Governance*. Harvard Business School Press, Boston, USA.
- Hajer, M. en A. Reijndorp (2001). *Op zoek naar nieuw publiek domein; Analyse en strategie*. NAI uitgevers Rotterdam.
- Hendriks, F. en T. Toonen (red.) (1998). *Schikken en Plooiën; De Stroperige staat van nabij gezien*. Van Gorcum, Assen.
- Hendrikse, G.W. J. en F.T. Schut (2004). Naar nieuwe beheersstructuren in de Nederlandse gezondheidszorg. *Acta Hospitalia* 2004-1, p. 5-20. KU, Leuven.
- Hoek, H. (1992). Management, bestuur en toezicht in balans. *ZM magazine* 7/8-1992.
- Hoek, H. (1998). Besturen op afstand bestaat niet! *ZM magazine* 9-1998.
- Hoek, H. (1999). The art of governance in Dutch hospitals. *IHF Journal World Hospitals and Health Services* 11-1999. IHF, Washington.
- Hoek, H. (1999). Nieuwe uitdagingen voor bestuur, toezicht en verantwoording in de zorg. *Tijdschrift voor Zorg en Ondernemen* 11-1999.
- Hoek, H. (2000). Health Care Governance in Nederland. *Acta Hospitalia* 2000-2, Themanummer Hospital Governance p. 91-96. KU, Leuven.
- Hoek, H. (2002). *Theory and practice of Dutch Health Care Governance*. Paper EHMA congress Gdansk, June 2002.
- Hoekema, A. (1994). Enkele inleidende vragen over onderhandelend bestuur. *Onderhandelend Bestuur*. Tjeenk Willink, Zwolle.
- Hogenboom, B. e.a. (2001). *Ondernemen of Overnemen; Corporate governance en de sociaal democratie*. Wiardi Beckman Stichting, Amsterdam.
- Idenburg, Ph.A. e.a. (1983). *De nadagen van de verzorgingsstaat; Kansen en perspectieven voor morgen*. Meulenhoff Informatief, Amsterdam.
- IFAC, The International Federation of Accountants, Public Sector Committee (2001). *Governance in the public sector; A governing body perspective*. IFAC Study 13, New York.
- 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.
- James, E. (1989). *The non profit sector in international perspective; Studies in comparative culture and policy*. Oxford University Press, New York.
- Jensen, M.C. (2001). *Value maximization, stakeholder theory, and the corporate objective function*. Harvard Business School Press, Working Paper No 01-01, Boston, USA.
- Jensen, M.C. and W.H. Meckling (1976). Theory of the firm; Managerial behaviour, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, October 1976 pp. 305-360.
- Jennings, M.M. (1999). *Stakeholder Theory; Letting Anyone Who's Interested Run the Business-No Investment Required*. Paper for The Corporate Governance Conference 'Ethics Across The Board', University of St Thomas, Centre for Business Ethics, Houston USA.

- Kalfshoven, F. (2003). *Verdienste verplicht versus de code van Tabaksblad*. Column in de Volkskrant van 12 juli 2003.
- Kickert, W.J.M. e.a. (1997). *Managing complex networks; Strategies for the public sector*. Sage, London.
- Koelewijn, J. en E. Rosenberg (2005). Klant ziet niet of notaris goed is. *Het Financieel Dagblad* 21 juli 2005 p. 2.
- Koopmans, L. (1995). *Advies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de organisatie van de Bloedvoorziening*. Groningen, eigen uitgave.
- Kösters, T.P. e.a. (2003). *Themastudie Huisartsenzorg in Transformatie*. ING Medinet, Utrecht.
- Kwakman, F. (2002). *Professionals & acquisitie; Professionals en hun praktijk*. Academic Service, Den Haag.
- Lammers, C.J. e.a. (2000). *Organisaties vergelijkenderwijs; Ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties*. Het Spectrum, Utrecht, achtste druk.
- Larson, M.S. (1977). *The Rise of Professionalism*. University of California Press, Berkeley.
- Leenen, H.H.J. (1966). *Sociale grondrechten en gezondheidszorg*. C. de Boer jr./Paul Brand, Hilversum. Sterrenserie.
- Leeuw, A.C.J. de (1994). *De wet van de bestuurlijke drukte*. Van Gorcum, Assen.
- Le Grand, M.J.M. (2004a). *Reactie op het plan Sturkenboom*, februari 2004. Advies aan college B&W Gemeente Noordoostpolder. Mons executive interim management & management consultancy, Deventer.
- Le Grand, M.J.M. (2004b). *Second opinion op plan van aanpak IJsselmeerziekenhuizen*. Advies aan college B&W Gemeente Noordoostpolder. Mons executive interim management & management consultancy, Deventer.
- Le Grand, M.J.M. (2005). *Een zorgzekere toekomst!; Advies functieverdeling IJsselmeerziekenhuis, locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis, locatie Zuiderzee ziekenhuis*. Advies projectorganisatie Ziekenhuiszorg in de polders, Lelystad. Zie ook IJsselmeerziekenhuizen, 2005a.
- Le Grand, M.J.M. (2006). *Strategische Toekomstverkenning IJsselmeerziekenhuizen*. Lelystad.
- LHV (1992). *Beleidskader Vestigingsbeleid*. Vastgesteld door het Centraal Bestuur en goedgekeurd door de Algemene Ledenvergadering van de LHV, Utrecht.
- LHV (1996). *Beleidskader Overeenkomsten*. Vastgesteld door het Centraal Bestuur en goedgekeurd door de Algemene Ledenvergadering van de LHV, Utrecht.
- LHV (2002). *Statuten LHV* vastgesteld door de ledenvergadering op 31 oktober 2002, Utrecht.
- LHV (2003a). *Van en voor de leden; De LHV als sterke koepel voor de Huisartsenzorg in Nederland, deel I: Van Strategische visie naar organisatorische hoofdstructuur*. Discussienotitie. Utrecht, 1 januari 2003.
- LHV (2003b). *Van en voor de leden; De LHV als sterke koepel voor de Huisartsenzorg in Nederland, deel II: Plan van Aanpak*. Utrecht, 1 januari 2003.
- LHV (2003c). *Eindversie Beslisdocument Modernisering LHV*. Utrecht, september 2003.
- LHV (2004a). *LHV Nieuwe Stijl; Perifeer en Landelijk, Plaatsbepaling en vormgeving van een nieuwe LHV*. Utrecht, 00.031.231/BK, mei 2004.
- LHV (2004b). *LHV Nieuwe Stijl; Voorstel voor een nieuwe organisatiestructuur en een nieuwe verenigingsstructuur op hoofdlijnen*. Utrecht, BK/00.035.047, 14 oktober 2004.
- LHV (2005). *Statutenwijziging*. Utrecht, 9 juni 2005.
- Lint, M.W. de (2003). *Mededingingsregels in de medisch specialistische zorg*. www.rvz.nl
- Lugt, P.G. van der (2005). *Het (on)mogelijke spel in de zorg; Omgaan met de complexiteit*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.
- Luursema, e.a. (2003). *Toekomst voor raden van toezicht?* Van Gorcum, Assen.
- Maassen, G.F. (1999). *An international comparison of corporate governance models*. Spencer Stuart, Amsterdam.
- Machiavelli, N. (1998). *De Heerser*. Baskerville serie. Athenaeum-Polak & Van Gennep, Amsterdam. Dertiende druk.
- Mak, G. (2004). *De Mercator Sapiens anno 2004; Over eenzaamheid, moed en vertrouwen*. Raiffeisenlezing 2004, georganiseerd door de Rabobank en het Financieel Dagblad.
- Marx, K. (1867). *Das kapital; Kritik der politischer oekonomie, Eerste band*. Hamburger Verlag der Otto Meissner, Hamburg.

- Manen, J.A. van (1999). *Monitor in het belang van de vennootschap; Een analyse van de functie van commissarissen*. Elsevier, Amstelveen.
- Mayntz, R. (1999). Nieuwe uitdagingen voor de governance theorie. *Beleid en management* 1999-2, p. 2-12.
- Meurs, P.L. (1997). *Nobele Wilden; Over verantwoordelijkheden van directeuren in de gezondheidszorg*. Oratie bij het aanvaarden van het ambt van hoogleraar op de NVZD leerstoel aan de Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- Meurs, P.L. en T. van der Grinten (2005). *Gemengd besturen; Besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*. Academic Service Sdu, Den Haag.
- Meurs, P.L. en Th. Schraven (red.) (2006). *Naar stimulerend en slim toezicht*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.
- Meyboom-de Jong, B. e.a. (red.) (2002). *De arts van straks, Een nieuw medisch opleidingscurriculum*. KNMG, DMW-YNSU, VAZ, NVZ, LCVV, Utrecht.
- Michels, A.M.B. (2002). Een halve eeuw overheidssturing, bijlage 3 bij RMO advies 24: *Bevrijdende Kadere; Sturen op verantwoordelijkheid*. Raad Maatschappelijke Ontwikkeling, Den Haag.
- Ministry of Finance (2000). *Government Governance; Corporate governance in the public sector, why and how*. Paper for the 9th FEE Public Sector Conference, Ministry of Finance, The Hague, The Netherlands.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2000). *Government Governance*. Verslag Rondetafelconferentie gehouden 15 september 1999 te Utrecht. Reeks financiële functies 2000V3; directie Bestuurlijke en Financiële Organisatie, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Den Haag.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken (2003). *Kabinetsvisie Andere Overheid*. Ministerie van Binnenlandse Zaken, Den Haag.
- Ministerie van Financiën (2000a). *Government Governance; Corporate Governance in the public sector, why and how*. The Netherlands Ministry of Finance, Government Audit Policy Directorate, The Hague.
- Ministerie van Financiën (2000b). *Handleiding Government Governance*. Brief aan de Tweede Kamer, 5 september 2000, Den Haag.
- Ministerie van Economische Zaken (2004). *Public governance en maatschappelijk ondernemen*. Eindrapport projectgroep De Boer. Kenniscentrum voor Ordeningsvraagstukken, Ministerie van Economische Zaken, Den Haag.
- Minister van Economische Zaken (2005). *Kabinetsreactie op het SER advies 'Ondernemerschap voor de publieke zaak'*. Brief van 3 oktober 2005 aan de voorzitter van de SER, Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (1974). *Structuurnota Gezondheidszorg*. Nota Hendriks, Leidschendam.
- Ministerie van VWS (1996). *Herstructurering Bloedvoorziening in Nederland*. Bijlage bij de brief van de minister van VWS van 12 juli 1996 aan de Tweede Kamer, Kamerstukken vergaderjaar 1995-1996 II 24 400-XVI, nr. 92, Den Haag.
- Ministerie van VWS (1997a). *Herstructurering Bloedvoorziening in Nederland; Nadere uitwerking februari 1997*. Brief van de minister van VWS van 14 februari 1997 aan de Tweede Kamer, Kamerstukken vergaderjaar 1996-1997 25000-XIV, nr. 52, Den Haag.
- Ministerie van VWS (1997b). *Memorie van Toelichting Regelen met betrekking tot de organisatie van de Bloedvoorziening (Wet inzake Bloedvoorziening)*. 9 oktober 1997. Kamerstukken vergaderjaar 1997-1998 25. 649 nr. 3, Den Haag.
- Ministerie van VWS, LHV en ZN (1999). *Convenant Huisartsenzorg*. Den Haag.
- Ministerie van VWS (2001a). *Standpunt op hoofdlijnen over het advies van de commissie Tabaksblat*. Brief van de minister van VWS van 29 juni 2001 aan de Tweede Kamer, kenmerk DBO-CZ-U-2194680, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2001b). *Modernisering huisartsenzorg*. Brief van de minister van VWS van 3 december 2001 aan de Tweede Kamer, kenmerk CZ/EZ-2238162, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2002a). *Notitie spreiding ziekenhuiszorg en informatie over uitvoering toezeggingen*. Brief van de minister van VWS van 8 maart 2002 aan de Tweede Kamer, kenmerk DBO-CB-U-2257966, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2002b). *IJsselmeerziekenhuizen*. Brief van de minister van VWS van 18 juni 2002 aan het college van Gedeputeerde Staten van de provincie Flevoland, kenmerk CZ/IZ-2292965, Den Haag.

- Ministerie van VWS (2002c). *Aanwijzing ex artikel 7 eerste lid Kwaliteitswet*. Brief van de minister van VWS van 18 juni 2002 aan de raad van bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen, kenmerk CZ/IZ-2292959, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2002d). *Ziekenhuiszorg*. Brief van de minister van VWS van 6 september 2002 aan de raad van toezicht en de raad van bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen, kenmerk CZ/IZ-2314893, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2002e). *Raad van toezicht*. Brief van de minister van VWS van 23 september 2002 aan de raad van toezicht en de raad van bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen, kenmerk CZ/IZ-2318946, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2002f). *Vervolg aanwijzing*. Brief van de minister van VWS van 26 september 2002 aan de Stichting IJsselmeerziekenhuizen, kenmerk CZ/IZ-2319830, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2002g). *Vervolg aanwijzing*. Brief van de minister van VWS van 10 oktober 2002 aan de Stichting IJsselmeerziekenhuizen, kenmerk CZ/IZ-2323044, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2002h). *Stappenplan gynaecologie*. Brief van de minister van VWS van 10 oktober 2002 aan de Stichting IJsselmeerziekenhuizen, kenmerk CZ/IZ-2323946, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2002i). *IJsselmeerziekenhuizen*. Brief van de minister van VWS van 10 oktober 2002 aan de Tweede Kamer, kenmerk CZ/IZ-2322576, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2002k). *IJsselmeerziekenhuizen*. Brief met bijlagen van de minister van VWS van 6 december 2002 aan de Tweede Kamer, kenmerk DBO-CB-2341027, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2003a). *Definitief besluit IJsselmeerziekenhuizen*. Brief met bijlagen van de minister van VWS van 24 juni 2003 aan de Tweede Kamer, kenmerk CZ/IZ-2389215, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2003b). *IJsselmeerziekenhuizen*. Brief van de minister van VWS van 24 november 2003 aan de Tweede Kamer, kenmerk CZ/IZ/2432582, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2003c). *Zorg in de buurt/Versterking Huisartsenzorg*. Brief van de minister van VWS van 31 maart 2003 aan de Tweede Kamer, kenmerk CZ-EZ-2354435, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2003d). *Standpunt Tabaksblad/grootschalige huisartsenposten*. Brief van de minister van VWS van 17 april 2003 aan de Tweede Kamer, kenmerk CZ-EZ-237399, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2003e). *De Toekomstbestendige eerstelijnszorg*. Brief met bijlagen van de minister van VWS van 21 november 2003 aan de Tweede Kamer, kenmerk CZ-EZ-2431353, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2003f). *Opleiden en taakherschikken; kabinetsstandpunt op rapporten*. Brief van de minister van VWS van 31 oktober 2003 aan de Tweede Kamer, kenmerk IBE/BO-2416675, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2003g). *Plan van aanpak IJsselmeerziekenhuizen*. Brief van de minister van VWS van 14 november 2003 aan de Tweede Kamer, kenmerk CZ/IZ/2432582, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2003h). *Beleidsagenda 2004; Keuzes voor een houdbare en beter presterende zorg*. Den Haag.
- Ministerie van VWS (2004). *Begroting VWS 2005*. Financieel Beeld Zorg, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2004a). *Ministerieel Plan Bloedvoorziening 2005*. Brief van de minister van VWS van 25 juni 2004 aan de Tweede Kamer, kenmerk GMT/MT 2492365, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2004b). *Standpunt evaluatie Wet inzake Bloedvoorziening*. Brief van de minister van VWS van 27 februari 2004 aan de Eerste en Tweede Kamer, kenmerken GMT/MT 2454563 en GMT/MT 2454551, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2004c). *De functie van de eerstelijnszorg*. Factsheet N8, juli 2004 met cijfers uit 2002, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2004d). *Uitsluiting Bloeddonors*. Brief van de minister van VWS van 9 december 2004 aan de Tweede Kamer, kenmerk GMT/MT 2536124, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2004d). *Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg*. Brief met bijlage van de minister van VWS van 20 september 2004 aan de Tweede Kamer, kenmerk CZ-EZ-2511922, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2004e). *Antwoord op kamervragen van Bujs en Van der Vlies over het toekomstperspectief IJsselmeerziekenhuizen*. Brief van de minister van VWS van 5 maart 2004 aan de Tweede Kamer, kenmerk DBO-K-U-2444984, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2005a). *Ministerieel Plan Bloedvoorziening 2006; Een beleidsvisie voor de lange termijn*. Brief van de minister van VWS van 6 juni 2006 aan de Tweede Kamer, kenmerk GMT/MT 2597008, Den Haag.

- Ministerie van VWS (2005b). *Toekomstperspectief IJsselmeerziekenhuizen*. Brief van de minister van VWS van 5 oktober 2005 aan de Tweede Kamer, kenmerk CZ/IZ/2603297, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2005c). *IJsselmeerziekenhuizen*. Brief van de minister van VWS van 4 november 2005 aan de Stichting Platform ZorgGebruikersBelangen NOP/Urk, kenmerk CZ/IZ/2638524, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2005d). *Antwoord op kamervragen over de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg in Emmeloord*. Brief van de minister van VWS van 19 december 2005 aan de Tweede Kamer, kenmerk DBO-K-U-2641350, Den Haag.
- Ministerie van VWS (2006a). *Goed bestuur in de zorg; Informatie over de transparantie-eisen Wet toelating zorginstellingen*. Den Haag.
- Minister voor Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties (2004). *Modernisering van de overheid*. Brief van 11 april 2005 aan de Tweede Kamer, Kamerstuk 26. 362 nr. 32 Vergaderjaar 2004-2005, Den Haag.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives; Designing effective organisations*. Prentice-Hall inc., New Jersey USA.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on management; Inside our strange world of organizations*. The Free Press, New York.
- Mintzberg, H. (1994). *The Rise and Fall of Strategic Planning; Reconceiving The Roles for Planning, Plans, Planners*. Free Press and Prentice Hall International, New York.
- MOBG -Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (2005a). *Project 'Modernisering Medische Vervolgopleidingen'*. Stuurgroep MOBG, Utrecht.
- MOBG -Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (2005b). *Eenheid in verscheidenheid; Naar samenhang, flexibiliteit en transparantie in het stelsel van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg*. Stuurgroep MOBG, Utrecht.
- Moerland, P.W. (1997). *Corporate governance; Theorie en praktijk in internationaal perspectief*. Serie Financiële & Monetaire Studies, 16^e jaargang Nr. 1, 1997-1998, Wolters Noordhoff bv, Groningen.
- Montfort, C. (2004). *Ruimte voor goed bestuur, Tussen prestaties, proces en principes*. WRR, Webpublicatie 2, Den Haag.
- Montesquieu, Baron Charles (1748). *De L'Esprit des Lois*.
- Mulder, M. (1989). *Omgaan met macht; Ons gedrag met en tegen elkaar*. Elsevier, Amsterdam/Brussel.
- NHG (1959). *Rapport over de taak van de huisarts*. Woudschoten rapport, Utrecht.
- NHG (2004). *Jaarverslag Nederlands Huisartsengenootschap*. Definitieve en openbare versie, NHG 1 juli 2004, Utrecht.
- NHG/LHV (2004). *Huisartsen en huisartsenvoorziening; Concretisering toekomstvisie 2012*. Rapport werkgroep Functie- en taakomschrijving huisartsenzorg, Utrecht.
- NIVEL (2004). *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. NIVEL/RIVM, Utrecht.
- NIVEL (2005). *De staat van de huisartsenzorg; Beschrijving van de stand van zaken in de huisartsenzorg en voorstel van een serie toezichtindicatoren voor de huisartsenzorg*. NIVEL/WOK Centre for quality of care research in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Utrecht.
- NMa (2001a). *Besluit van de directeur generaal van de Nederlandse mededingingsautoriteit tot afwijzing van een aanvraag als bedoeld in artikel 17 van de Mededingingswet*. Zaaknummer 537/Landelijke Huisartsen Vereniging, 11 april 2001, Den Haag.
- NMa (2001b). *Besluit van de directeur generaal van de Nederlandse mededingingsautoriteit op de bezwaren van de Landelijke Huisartsen Vereniging gericht tegen zijn besluit van 11 april 2001 met kenmerk 537/103*. Nummer 2513/40, 21 december 2001, Den Haag.
- NVOG, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (2002). *Reactie op de rapportage Regionale Werkgroep Moeder en Kindzorg*. Brief aan de raad van bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen, december 2002. Bijlage bij de brief van de raad van bestuur van IJsselmeerziekenhuizen van 4 juli 2005 aan het ministerie van VWS.
- NVK, Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (2002). *Reactie op de rapportage Regionale Werkgroep Moeder en Kindzorg*. Brief aan de raad van bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen, december 2002. Bijlage bij de brief van de raad van bestuur van IJsselmeerziekenhuizen van 4 juli 2005 aan het ministerie van VWS.

- Noordergraaf, M. e.a. (2002). Verwarde managers; professionalisering van managers in de zorg. *Management en Organisatie 2002-4*, p. 22-39. Kluwer, Alphen.
- OECD (2001). *Governance in the 21st Century*. OECD.
- OECD (2002). *Distributed Public Governance; Agencies, Authorities and other Government bodies*. OECD.
- Orlikoff, J.E. e.a. (2001). *The Trustee Handbook for Health Care Governance, Second Edition*. The Jossey-Bass/AHA Press series, New York.
- Otto, M.M. (2000). *Strategisch veranderen in politiek bestuurde organisaties; Politieke pragmatiek en bestuurlijke reflectie*. Van Gorcum, Assen.
- Pauly, M. and M. Redisch (1973). The non for profit hospital as a physicians cooperative. *American Economic Review 63-1*, p. 87-99. American Economic Association, Nashville TN USA.
- Peij, S.C. e.a. (2002). *Handboek corporate governance*. Vierde druk. Kluwer, Deventer.
- Peters, T.J. en R.H. Waterman jr. (1982). *In search of excellence*. Harpers and Row, New York.
- Ploeg, T.J. van der (1999). Corporate governance en de plaats van de vennootschap; De oorsprong van de corporate governance-discussie. *VIOR magazine*, p. 1-4.
- Pollitt, C. (2003). *The essential public manager; Public policy and management*. Open University Press, Berkshire UK.
- Pollit, C. and G. Bouckaert (2004). *Public management reform; A comparative analysis*. Second edition. Oxford University Press Inc., New York.
- Preker, A.S. and A. Harding (1999). *Innovations in Health Care Delivery; Reforms within the public sector*. World Bank, Washington DC.
- Putters, K. (2001). *Geboeid ondernemen; Een studie naar het management in de Nederlandse gezondheidszorg*. Koninklijke Van Gorcum, Assen.
- Raad Maatschappelijke Ontwikkeling (2002). *Bevrijdende Kaders; Sturen op verantwoordelijkheid*. Advies 24 RMO, Den Haag.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998). *Besturen in overleg*. Advies RVZ 97/20 uitgebracht aan de minister van VWS, Zoetermeer.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *Professionals in de gezondheidszorg*. Advies RVZ 99/15 uitgebracht aan de minister van VWS, Zoetermeer.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Advies RVZ 02/17 uitgebracht aan de minister van VWS, Zoetermeer.
- Raad van toezicht Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2002). *Raad van toezicht*. Brief van de voorzitter van de raad van toezicht Stichting IJsselmeerziekenhuizen van 25 september 2002 aan de minister van VWS, Lelystad.
- Rajan, R.G. and L. Zingales (2000). The governance of the new enterprise. *Corporate Governance; Theoretical and Empirical Perspectives*, p. 201-207. Vives, X ed., Cambridge University Press.
- Ridder, J. de (2004). *Een goede raad voor toezicht*. Inaugurale reden. Boom Juridische uitgevers, Den Haag.
- Ridley, M. (1996). *The origins of virtue*. Penguin Books, London.
- Rhodes, R.A.W. (1997). *Understanding Governance*. Open University Press, Buckingham and Philadelphia.
- Rosenberg, E. (2005). Niemand laat een arts weten wat-ie fout doet. *Het Financieele Dagblad*, 20 juli 2005, p. 2.
- Rosenberg, E. (2005). Alle artsen gaan elkaar beoordelen. *Het Financieele Dagblad*, 20 juli 2005, voorpagina.
- Rubinstein, M. (1999). *Reflectie; Professionaliteit in deze tijd*. M&O, Kluwer, Alphen.
- Runté, R. (1995). Is Teaching a Profession? *Thinking about Teaching; An Introduction*. Taylor, G. e.a., Harcourt Brace, Toronto.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) (2006). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning; Samenvattend rapport*. RIVM, Bilthoven.

- Schenk, H. red. (2001). *Herpositionering van ondernemingen*. Preadviezen voor de Koninklijke Vereniging voor de Staatshuishoudkunde, Lemma, Utrecht.
- Schmit Jongbloed, L.J. e.a. (2003). Naar een nieuw opleidingscontinuüm. *Vraagbaak Medisch specialist*. H5, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Schrijvers, E.K. (2004). *Lessen uit corporate governance en maatschappelijk verantwoord ondernemen*. WRR Webpublicatie nr. 3, Den Haag.
- Simon, M. (1989). *De strategische functie typologie; Functioneel denkraam voor management*. Kluwer Bedrijfswetenschappen, Deventer.
- Sneller Beter - De veiligheid in de zorg (2004). *Hier werk je veilig of je werkt hier niet*. Eindrapportage Shell Nederland, november 2004, Den Haag.
- Sociaal Economische Raad (2005). *Ondernemerschap voor de publieke zaak*. SER Advies 05-04, Den Haag.
- Sopers, J.M.M. (1999). *De bakens verzet; Publieke taakorganisaties in verandering*. Stichting Management Studies, Van Gorcum, Assen.
- Starr, D. (1998). *Blood; An Epic Story of Medicine and Commerce*. Borzoi Book, Alfred A Knopf Inc., New York.
- Stichting Goodwillfonds voor Huisartsen (2005). *Jaarrapport 2004*. Zundert, eigen uitgave.
- Stichting Sanquin Bloedvoorziening (2002). Amsterdam, december 2002.
- Stichting Sanquin Bloedvoorziening (2005). *Relevantie; jaarverslag 2004*. Amsterdam, mei 2005.
- Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2000). *Verantwoorde zorg in en door de IJsselmeerziekenhuizen*. Eindrapportage Stuurgroep Functieprofilering. Lelystad, mei 2000.
- Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2001). *Plan van aanpak IJsselmeerziekenhuizen*. Emmeloord.
- Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2002a). *Rapport Stuurgroep Nieuw Beleid IJsselmeerziekenhuizen*. Emmeloord/Lelystad.
- Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2002b). *Antwoord op de brief van de minister van VWS van 10 september 2002*. Brief zonder kenmerk, ondertekend door de voorzitter van de raad van toezicht en de interim voorzitter van de raad van bestuur. Lelystad.
- Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2002c). *Raad van Toezicht*. Brief van de raad van toezicht van 25 september 2005 aan de minister van VWS. Emmeloord.
- Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2003a). *Over Kwaliteit en Veiligheid; Plan van Aanpak definitief*. 22 april 2003, Lelystad.
- Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2003b). *Afronding besluitvorming Plan van Aanpak IJsselmeerziekenhuizen*. Brief van 11 juni 2003 van de raad van bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen aan de minister van VWS, kenmerk jwb/mr/2.1.0, Lelystad.
- Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2005a). *Een zorgzekere toekomst; Advies functieverdeling IJsselmeerziekenhuis, locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis, locatie Zuiderzee ziekenhuis*. Advies projectorganisatie Ziekenhuiszorg in de polders, Lelystad. Zie ook Le Grand (2005).
- Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2005b). *Jaarverslag 2004*. Lelystad.
- Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2005c). *Functieverdeling IJsselmeerziekenhuizen*. Brief van de raad van bestuur van 4 juli 2005 aan het ministerie van VWS, Lelystad.
- Stichting IJsselmeerziekenhuizen (2005d). *Addendum behorende bij het advies 'Een zorgzekere toekomst'*. Projectorganisatie Ziekenhuiszorg in de polders. Bijlage bij de brief van de raad van bestuur van IJsselmeerziekenhuizen van 4 juli 2005 aan het ministerie van VWS, Lelystad.
- Stout, H.D. en A.J. Hoekema (red.) (1994). *Onderhandeld Bestuur*. Tjeenk Willink, Zwolle.
- Strengers, P.F.W. en W.G. van Aken e.a. (1994). *Bloed; Van Magie tot Wetenschap*. Natuur&Techniek, Maastricht.
- Strikwerda, J. (1997). Geen corporate governance zonder internal governance. *Nijenrode Management Review*, p. 11-21.
- Strikwerda, J. (2000). *Internal governance*. Vossiuspers AUP, Amsterdam.
- Swaan, A. de (1996). *Zorg en de staat; Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Bert Bakker, Amsterdam.
- Taylor, e.a. (1995). *Thinking about teaching; An introduction*. Harcourt Brace, Toronto.
- Taylor, F.W. (1911). *The Principles of Scientific Management*. New York.

- Taskforce Knelpunten Huisartsenzorg (2003). *Huisartsenzorg roept om zorg*. Eindrapport van de Taskforce, Den Haag.
- Terwel, W.J. (1992). *Onderzoek organisatie Bloedvoorziening* in opdracht van het College voor de Bloedtransfusie van het Nederlandse Rode Kruis. TwijnstraGudde, 10 december 1992.
- Terwel, W.J. (1996). *Federatie Nederlandse Rode Kruis Bloedbanken; discussienota ledenvergadering*. TwijnstraGudde, 26 maart 1996.
- Tjeenk Willink, H.D. (2004). Algemene beschouwingen. *Jaarverslag 2003 Raad van State*. Raad van State, Den Haag.
- Toonen, T. en E. ten Heuvelhof (1994). 'Democratisering door convenanten'. *Onderhandelend Bestuur*. Tjeenk Willink, Zwolle.
- Trojanowski, G. (2004). *Ownership structure as a mechanism of corporate governance*. University Faculty of Economics and Business Administration Center, Dissertation Series, Tilburg.
- Tweede Kamer der Staten Generaal (2004). *Evaluatie Wet inzake bloedvoorziening; verslag van een schriftelijk overleg*. Tweede Kamer vergaderjaar 2003-2004, kamerstuk 29. 447, nr. 2 vastgesteld op 17 mei 2004, Den Haag.
- Vail, J.P. e.a. (2003). *Governance of not-for-profit organizations*. Chicago.
- Veld, R.J. in 't (1995). *Spelen met vuur; over hybride organisaties*. VUGA Uitgeverij B.V., Den Haag.
- Veld R.J. in 't (1997). *Noorderlicht; Over scheiding en samenballing*. VUGA Uitgeverij B.V., Den Haag.
- Veld, R.J. in 't e.a. (1998). *Toezicht een kwestie van vertrouwen*. Bestuurskundig Advies, Den Haag.
- Waal, S.P.M. de (2000). *Nieuwe strategieën voor het publieke domein; Maatschappelijk ondernemen in de praktijk*. Samson, Alphen a/d Rijn.
- Weber, M. (1947). *The theory of social and economic organization*. Translated by A.M. Henderson and Talcott Parsons, The Free Press 1947, paperback version 1964, New York. Origineel werk: deel 1 van *Wirtschaft und Gesellschaft*, onvoltooid bij zijn dood in 1920.
- Weber, M. (1904). *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*. Translated by Talcott Parson. New York, Charles Scribner's Sons, 1930.
- Weggeman, M. (1998). *Leiding geven aan professionals; Het verzilveren van creativiteit*. Kluwer, Deventer.
- Werkgroep Markt en Overheid (werkgroep Cohen) (1997). *Eindrapport werkgroep Markt en Overheid*. Den Haag.
- Werkgroep Verzelfstandigde Organisaties op Rijksniveau (Commissie Kohnstamm) (2004). *Een Herkenbare staat; investeren in de overheid*. Rapport van de werkgroep Verzelfstandigde Organisaties op Rijksniveau. Interdepartementaal Beleidsonderzoek 2003-2004, nr. 1, juli 2004.
- Wersch, P. van (1980). *Democratisering van het bestuur van non profit instellingen*. Samson, Alphen a/d Rijn.
- Wester, F.(1987). *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Coutinho, Bussum.
- Wet maatschappelijke ondersteuning, WMO (2006)
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, WMCZ (1996).
- Wet ministeriële verantwoordelijkheid (1855).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, Wet BIG (1993).
- Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (1992).
- Wet op de ondernemingsraden, WOR (1971).
- Wet toelating zorginstellingen, WTZi (2005).
- Wet van 4 december 1997, houdende regelen met betrekking van de organisatie van de bloedvoorziening (Wet inzake bloedvoorziening).
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1999). *Over publieke en private verantwoordelijkheden; Voorstudies en achtergronden*. Rapport V105, Sdu, Den Haag.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2000). *Het borgen van publiek belang*. Rapport aan de Regering nummer 56, Sdu, Den Haag.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004a). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Rapport aan de Regering nummer 70, Amsterdam University Press, Amsterdam.

- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004b). *Maatschappelijke dienstverlening; Een onderzoek naar vijf sectoren*. Serie Verkenningen, Amsterdam University Press, Amsterdam.
- Williamson, O.E. (1984). Corporate governance. *Yale Law Journal* 1984, p. 1197.
- Williamson, O.E. (1990). The Firm as a Nexus of Treaties: an Introduction. M. Aoki/B. Gustafsson/O.E. Williamson (eds.), *The Firm as a Nexus of Treaties*. pp. 1-25. Sage, London.
- Wolfson, D. (2005). *Transactie als bestuurlijke vernieuwing; Op zoek naar de samenhang in beleid en uitvoering*. WRR Serie Verkenningen nr. 9, Amsterdam University Press, Amsterdam.
- Wolfson, D. (2005b). Hebben we de orde op orde? *Economenblad* nr 28-3, oktober 2005. LSE, Rotterdam.
- Zingales, L. (1997). *Corporate governance*. Paper for the new Palgrave dictionary of economics and the law, draft October 31, 1997, University of Chicago.
- ZonMW (2002). *Evaluatie van de Wet op Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg*. Reeks evaluatie regelgeving deel 12. Den Haag.
- ZonMW (2003). *Evaluatie Wet inzake Bloedvoorziening*. Reeks evaluatie regelgeving deel 14, Den Haag.
- Zwaan, A. de (1996). *Zorg en de Staat; Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Bert Bakker, Amsterdam.
- ZN (2002). *Health Insurance governance; Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording door zorgverzekeraars*. Zeist.

Geraadpleegde websites

- www.bouwcollege.nl
www.cbs.nl
www.cbs.nl/statweb
www.commissiecorporategovernance.nl
www.corpgov.nl
www.ci.nbme.org
www.henrymintzberg.com
www.irdes.fe/ecosante/OCDE
www.knmg.artsennet.nl
www.kvk.nl
www.lhv.artsennet.nl
www.minvws.nl
www.minvws.nl/zoeken/vragen/bekostiging-huisartsen/default.asp
www.nhg.artsennet.nl
www.oecd.org/healthdata
www.omroepflevoland.nl
www.overheid.nl
www.parlement.com
www.publicgov.org
www.rekenschap.nl
www.minvws.nl
www.wetten.nl
www.wrr.nl
www.ijssselmeerziekenhuizen.nl

Noten

Noten Inleiding

- 1 Daarnaast zijn er overheidsinstanties, zoals de GGD, die zich vooral met preventie en algemene volksgezondheidszorg bezig houden. Deze overheidsorganen blijven hier buiten beschouwing.
- 2 De gebruikelijke rechtsvorm voor een zorgorganisatie is de stichting, die bestuurd wordt door een raad van bestuur, waarop toezicht gehouden wordt door een raad van toezicht.
- 3 Dat kunnen volledig privaatrechtelijke organisaties zijn of zelfstandige organisaties, die onder het publiekrecht vallen. De laatste worden vaak aangeduid als ZBO, zelfstandig bestuursorgaan.
- 4 In navolging van de andere twee termen zou het logisch klinken om te spreken over 'professionele governance'. Om verwarring met het begrip professioneel tegenover amateuristisch te voorkomen is gekozen voor de term professionals governance. Alle soorten governance kunnen immers vakbekwaam/professioneel door professionele bestuurders en toezichthouders worden uitgevoerd.

Noten Hoofdstuk 1

- 1 Daarin zijn leveranciers en aanpalende sectoren (hulpmiddelen, farmaceutische bedrijven, scholen) niet meegerekend.
- 2 Volgens gegevens van de OECD (www.irdes.fr/ecosante/OCDE) is in Nederland 92% van de bevolking verzekerd. Dat percentage is even hoog als in Frankrijk en veel hoger dan in andere landen, waar de zorg via premies gefinancierd wordt. In landen waar de gezondheidszorg via de belasting wordt gefinancierd is uiteraard 100% verzekerd.
- 3 Bijvoorbeeld voor cosmetische ingrepen.
- 4 Het BKZ voor 2005 is vastgesteld op € 45,8 mld. De overige circa € 12 miljard blijven buiten de bemoeienis van de overheid.
- 5 Andere soorten gezondheidszorg, zoals het verstrekken van medicijnen en hulpmiddelen en tandheelkundige zorg zijn in het kader van deze studie minder relevant.
- 6 Het zogenaamde 'inschrijftarief'. Voor 2006 is dit vastgesteld op € 52,-.
- 7 Praktijkondersteuning, populatiegebonden vergoedingen en variabele vergoedingen.
- 8 Voor 2006 is het tarief per consult vastgesteld op € 9,-.
- 9 In het verleden waren veel zorgorganisaties verenigingen. Deze zijn de laatste 20 jaar bijna allemaal omgezet in stichtingen. Gemeentelijke en Provinciale ziekenhuizen zijn geprivatiseerd en omgezet in stichtingen.
- 10 Dit is een belangrijk verschil met andere vrije beroepsbeoefenaren als accountants en advocaten. Daar is de volledige infrastructuur (kantoor, archief, ondersteunend personeel) onderdeel van de bedrijfsvoering van de maatschap. Met uitzondering van de eigen secretaresse en soms een paar arts assistenten hebben medische specialisten deze kosten niet, maar worden die door het ziekenhuis gedragen.

- 11 En indirect de maatschap waar die chirurg aan verbonden is.
- 12 In de psychiatrie zijn de laatste 10 jaar Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ) samengegaan met de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) en Regionale instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW), waardoor alle vormen van behandeling in één organisatie zitten.
- 13 En de markt af te schermen.
- 14 Van der Grinten en Kasdorp (1999) noemen dit 'verstatelijking van de gezondheidszorg'.
- 15 Uitzondering daarop is Almere, waar bij de oprichting van de stad als experiment de overheid het initiatief heeft genomen om te zorgen dat er een geïntegreerd aanbod van gezondheidszorg kwam. Dat aanbod zelf had de vorm van een private organisatie met overheids subsidie.
- 16 Die vrees kwam voort uit sterke politieke en maatschappelijke druk rondom de 'sluiting' van kleine ziekenhuizen, zoals in Baarn, Velp, Oldenzaal, Kerkrade en Emmeloord en minder vanuit een rationele beleidsmatige afweging. In 2003 heeft het College Bouw een onderzoek gedaan naar de spreiding van ziekenhuizen en geconstateerd dat op enkele gebieden in het noorden en in Zeeland na, voor 85% van de burgers het ziekenhuis bereikbaar is binnen de normtijd van 25 minuten.
- 17 De beroepsgroep had daarmee de mogelijkheid schaarste te creëren en de bestaanszekerheid van de zittende leden te garanderen.
- 18 Voor een uitgebreidere beschrijving wordt verwezen naar hoofdstuk 8 over professionals governance.
- 19 Inmiddels verplicht WTZi iedere zorgstichting om in de statuten op te nemen dat belanghebbenden bij de Ondernemingskamer in Amsterdam een verzoek kunnen doen tot onderzoek naar wanbeleid. Dat zogenaamde 'enquêterecht' moet tenminste aan een belangenorganisatie van cliënten worden verleend. De Ondernemingskamer kan bij gebleken wanbeleid ingrijpen in de samenstelling van de raad van toezicht (VWS, 2006).
- 20 De WMCZ verleent aan de cliëntenraad een bindende voordracht voor één zetel van de raad van toezicht. De raad van toezicht benoemt ook dit lid zelf.
- 21 Die termijnen zijn opgenomen in de governancecode (Arcare e.a., 2005).
- 22 Ze zijn dus geen ambtenaar of onderdeel van de overheidsstructuur, zoals vaak gedacht wordt en in de publiciteit komt.
- 23 De 'toelatingsovereenkomst'.
- 24 Bij ziekenhuizen heet de cliënt patiënt, bij verpleeghuizen en intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten is de naam bewoner gebruikelijk. We zullen hier het algemene woord cliënt gebruiken.
- 25 Dat is althans de vigerende politieke opvatting, al wijzen onderzoeken uit dat veel burgers bereid zouden zijn een groter deel van hun inkomen aan gezondheidszorg te besteden.
- 26 Meestal als 'sluiting' van het kleine ziekenhuis gepercipieerd.
- 27 Bij de meer sluipende tekorten, die in een regio aan huisartsen, tandartsen of verloskundigen optreden, blijft dat protest achterwege.
- 28 Soms is de medische kwaliteit op een kleine ziekenhuislocatie beneden de verantwoorde norm gekomen, doordat onvoldoende goed gekwalificeerde artsen aanwezig zijn, maar dat argument brengt een raad van bestuur niet graag naar buiten.
- 29 De inschrijving in het BIG register.
- 30 In de BOPZ aangeduid als 'middelen en maatregelen'.
- 31 En niet met onverzekerbare zorg.
- 32 Nog steeds worden door nationale overheden (daarbij actief gesteund door de belangenverenigingen van beroepsbeoefenaren) procedurele en bureaucratische hindernissen opgeworpen, maar op kleine schaal vindt al uitwisseling plaats.
- 33 Zorgvormen buiten het basispakket blijven wel onderworpen aan de private spelregels voor een schadeverzekering.
- 34 Onder andere via indicatiestelling.
- 35 Zoals hij kan besluiten zijn kapotte auto niet te laten repareren.

Noten Hoofdstuk 2

- 1 In een door de staat geleide economie wordt een ander economisch spel gespeeld dan in een vrije markt economie.
- 2 Niet alle ondernemingen hebben de aanbevelingen van de commissie Peters uit 1997 overgenomen. Sommige bestuursvoorzitters betwistten openlijk de noodzaak van die aanbevelingen.
- 3 Andere auteurs zoals Berle en Means (1932) leggen het begin van corporate governance in de negentiende eeuw bij het ontstaan van grote ondernemingen.
- 4 Sinds de Grondwetwijziging van 1848.
- 5 Dat is althans het grondwettelijk concept. In de praktijk bestuurt de Tweede Kamer mee en gaan de verkiezingen niet over verantwoording over de afgelopen vier jaar, maar over de beloften voor de komende vier jaar. Toezichthouders (Kamerleden) worden dus gekozen op grond van wat ze beloven te doen als ze gaan besturen.
- 6 Als afgeleide van het belang van de burgers dat de overheid geacht wordt te representeren.
- 7 Een complicerende factor is dat niet alle publieke belangen gediend worden door onderdelen van het overheidsapparaat, maar ook op afstand van de overheid gestelde publiekrechtelijke organisaties (ZBO's of Quango's) en private organisaties zoals zorgorganisaties. Als deze een publiek doel dienen, dan is er dus ook een governance systeem nodig om vanuit het landsbestuur te bewaken dat dit publieke belang gediend wordt. Dat vraagt om publieke verantwoording door het bestuur van de private organisatie met een publieke taak en om toezicht vanuit het publieke systeem. Het is vooral dat deel van de publieke governance, waar zorgorganisaties direct mee te maken hebben.
- 8 Volgens Ridley (1997) is de evolutie alleen mogelijk geweest door specialisatie en taakverdeling tussen species, die daardoor afhankelijk van elkaar worden en niet zonder elkaar kunnen bestaan. Dat betekent dat er altijd relaties zijn, waar de een wat aan de ander overlaat en er dus bewaakt moet worden of die ander dat wel goed doet. Zo bezien noopt de evolutie dus tot governance.
- 9 De verdediging van een verdachte door een advocaat bij de rechtbank is een van de weinige situaties, die min of meer aan dit beeld voldoet. Het gaat maar om één belang, het bewijzen van de onschuld van de verdachte. De advocaat is er om dat belang te dienen. Het OM dient het tegenovergestelde belang (de schuld van de verdachte aantonen) namens de burgers. De rechter moet de argumenten en belangen afwegen.
- 10 In corporate governance gaat het dan bijvoorbeeld over de vraag of het systeem ingericht moet zijn op de shareholders (aandeelhouders) of op de stakeholders (alle belanghebbenden).
- 11 En vaak ook de veroorzaakte neveneffecten, zoals de belasting van het milieu.
- 12 Of de algemene vergadering van aandeelhouders (AVA) als er geen raad van commissarissen is.
- 13 Dat orgaan moet zich uiteraard ook weer verantwoorden. In de hoofdstukken over de verschillende governance werelden gaan we daar verder op in.
- 14 Wat goed en slecht is, blijft vaak impliciet en blijkt pas, wanneer ontslag aan de orde is. De toetsingsnormen van de toezichthouder zijn meestal niet expliciet geformuleerd en kunnen wisselen in de tijd, naar gelang van de omstandigheden of door maatschappelijke en publicitaire druk.
- 15 Wel beweren beursanalisten dat de aandelen van een onderneming meer waard zijn als de governance van die onderneming op orde is. Beschermingsconstructies van Nederlandse ondernemingen leiden in die visie tot waardevermindering, de zogenaamde 'Dutch Discount'.
- 16 In de USA werd direct na de Enron affaire een combinatie van nieuwe verantwoordingsregels en het justitieel vervolgen van frauderende bestuursvoorzitters tot stand gebracht, waardoor het vertrouwen van beleggers herstelde.
- 17 Als de verkoper van een huis een makelaar opdracht geeft voor de verkoop, is het doel duidelijk. Het huis moet verkocht worden voor een redelijk bedrag en binnen een redelijke termijn. Wat daarbij een redelijk bedrag en een redelijke termijn is, is onderwerp van overleg tussen makelaar en klant waarbij de klant beslist. Als de makelaar daaraan voldoet, heeft hij het doel van de klant bereikt en het belang van die klant goed behartigt. Om de belangenbehartiging van de verkoper goed veilig te stellen is een van de governance regels in de makelaardij dat een makelaar niet voor verkoper en koper tegelijk mag optreden. In dit voorbeeld is er één doel, is dat doel duidelijk en zijn er slechts

- drie partijen bij het bereiken van het doel nodig. De verkoper en de makelaar aan de ene kant en de koper aan de andere kant. Het hoofddoel, de verkoop van het huis, blijft ongewijzigd tot het bereikt is. De condities (prijs en termijn) voor het bereiken van het doel kunnen onderweg worden bijgesteld afhankelijk van externe omstandigheden, namelijk de marktsituatie en het bod van een potentiële koper. De verkoper beslist of de condities wel of niet worden bijgesteld en heeft daarmee zelf invloed op het bereiken van het doel.
- 18 En dus geen aandeelhouder meer is. Aandacht voor de beurskoers betekent dus paradoxaal genoeg dat het ondernemingsbestuur zich richt op die belanghebbende, die zich het minst verbonden voelt met de onderneming. Als de prijs immers goed is, verkoopt hij zijn aandelen en verliest het belang en de belangstelling in de onderneming.
 - 19 Burgerlijk Wetboek Boek 2 artikel 140 lid 2: '(...) 'Bij de vervulling van hun taak richten de commissarissen zich naar het belang van de vennootschap en de met haar verbonden onderneming'.
 - 20 Wat kan betekenen dat iedereen verzekerd is tegen ziektekosten, dat er voldoende spreiding van voorzieningen is, dat niemand geweigerd mag worden of dat er een rolstoelingang in het ziekenhuis is. Meestal wordt de verzekeringskant bedoeld, maar soms – zoals bij de sluiting van een ziekenhuis – gaat het over de spreiding van voorzieningen.
 - 21 Sinds enige jaren is bij de overheid het proces VBTB (Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording) gaande. Op de derde woensdag in mei legt de regering aan de Tweede Kamer verantwoording af over het gevoerde beleid en de bereikte resultaten in de afgelopen periode. Volgens de Algemene Rekenkamer ontwikkelt die verantwoording zich, maar kan het bij een aantal ministeries nog een stuk beter. Minister van Financiën Zalm klaagde na de verantwoordingsdag in mei 2004, dat er zo weinig kamerleden deelnamen aan het debat en dat de belangstelling van kamerleden voor verantwoording zo gering is. In mei 2005 vonden de fractievoorzitters het folderen voor het referendum over de Europese Grondwet belangrijker dan hun toezichhoudende rol op het gevoerde beleid. Zij ontbraken op verantwoordingsdag in de Tweede Kamer.
 - 22 Hierin zit wel een zekere golfbeweging. In de Republiek van De Zeven Provinciën, die bestond van de tachtigjarige oorlog tot de inval van Napoleon, lag de macht niet bij de stadhouder maar bij de Staten Generaal. Pas toen na de Napoleontische tijd het geslacht Oranje Nassau werd teruggehaald naar Nederland ontstond een monarchie, waarvan de macht door de Grondwet van 1848 moest worden ingeperkt. Ook het Romeinse Keizerrijk was eerst een staat met gedeelde macht tussen keizer en senaat.
 - 23 Rechtstreeks voor de Tweede Kamer en getrapd via Provinciale Staten voor de Eerste Kamer.
 - 24 De Amerikaanse president en de Nederlandse commissaris 4 jaar. Volgens de code Tabaksblat worden ook de bestuurder van een in Nederland beursgenoteerde onderneming voor 4 jaar benoemd.
 - 25 In een gevangenis wordt uitgegaan van het principe dat gevangenen er tegen hun zin verblijven en dat je dus alles moet doen aan beveiliging, controle en toezicht om te voorkomen dat ze ontsnappen. Controle is hier dus het principe. Scholen gaan er van uit dat hun leerlingen vrijwillig de lessen volgen en dat je alleen iets hoeft te doen aan de uitzondering (spijbelaars). Zelfregulering is het principe, het controlesysteem richt zich op de afwijkingen.
 - 26 Ondernemingen zullen geen producten maken, die geen enkele klant koopt, dus dat hoeft niet met regelgeving afgedwongen te worden. Maar dat die producten ook elektrisch veilig zijn, vraagt regelgeving en zelfs een keurmerk.
 - 27 Een keurmerk voor een elektrisch apparaat kan alleen worden afgegeven als het naar de letter aan de regels voldoet. Het samenspel tussen bestuurder en ondernemingsraad is beter af als gehandeld wordt in de geest van de WOR, dan wanneer die alleen naar de letter wordt toegepast.
 - 28 Dat wil niet zeggen dat de raad van toezicht niet actief toezicht kan houden of zo nodig factfinding kan doen. De primaire actor blijft de raad van bestuur.
 - 29 Thans staat die goedkeurende verklaring onder druk, omdat deze niet altijd waarborgde dat de onderneming gezond is en accountants stellen dat ze geen dingen kunnen vinden, die de onderneming verborgen houdt.

Noten Hoofdstuk 3

- 1 Over het algemeen aangeduid als Health Care Governance.
- 2 In 1971 is een regeling in werking getreden, waarbij grote vennootschappen verplicht dan wel vrijwillig werden aangewezen als structuurvennootschap. Structuurvennootschappen zijn bedrijven, met een geplaatst kapitaal inclusief reserves van € 13 miljoen of meer, meer dan 100 werknemers (in Nederland) en een ondernemingsraad. De regelingen voor deze vennootschappen zijn opgenomen in BW Boek 3 artikel 153 lid 2 en 263 lid 2. De bedragen zijn later bij AmvB (Algemene Maatregel van Bestuur) aangepast. Bij structuurvennootschappen benoemden de commissarissen zichzelf en worden zij niet benoemd door de aandeelhouders. Per 1 oktober 2004 is de regeling aangepast. De ondernemingsraad heeft het recht van aanbeveling. De commissarissen worden door de AVA benoemd en ontslagen.
- 3 Dat belang hoeft niet perse het nastreven van financiële winst te zijn, maar kan ook een heel ander karakter hebben zoals het beheren van een kunstcollectie of het aanbieden van zorg.
- 4 Alleen voor stichtingen is dit niet vanzelfsprekend het geval, omdat daar geen aandeelhouder of lid is, die als direct belanghebbende onderkend kan worden.
- 5 Deze situatie speelt het sterkst bij de positie van medisch specialisten ten opzichte van de ziekenhuisorganisatie, maar dient zich in toenemende mate ook aan bij andere professionele beroepsgroepen, zoals verpleeghuisartsen, artsen verstandelijk gehandicapten, fysiotherapeuten, gespecialiseerde verpleegkundigen.
- 6 Of de professionals in loondienst zijn van de organisatie of vrij gevestigd zijn, is vanuit het oogpunt van professionals governance niet van belang. De eigen professionele dynamiek speelt, ongeacht de gezagsverhouding naar de leiding van de organisatie.

Noten Hoofdstuk 4

- 1 Ziekenhuizen, verpleeghuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg etc..
- 2 Huisartsen, medisch specialisten, apothekers, fysiotherapeuten etc..
- 3 Dus (nog) niet specifiek voor de gezondheidszorg.
- 4 Bijvoorbeeld Van Wersch (1980, voor de gehele non profit), Baakman (1990), Dutrée (1991), Putters (2001), Van der Lugt (2005), WRR (2004b), Van der Grinten en Kasdorp (1999), Van der Grinten en Vos (2004), Grit en Meurs (2005), Meurs en van der Grinten (2005), Brandsen e.a. (2006).
- 5 Door de commissie Health Care Governance (commissie Meurs) uit 1999.
- 6 En vindt dat beide niet of alleen onder strenge voorwaarden vermengd mogen worden.
- 7 Volgens Jacobs moeten professionals voldoen aan het 'commercial moral syndrome'.
- 8 Doelen, macht en governance principes.
- 9 Van professionals in de bloedvoorziening.
- 10 Onder een eindverantwoordelijk bestuur.

Noten Hoofdstuk 5

- 1 Zie hoofdstuk 4.1. De eerste drie deelvragen worden hier letterlijk herhaald.
- 2 Maar weer wel volledig aan de orde bij het aparte systeem van privé gezondheidszorg dat naast de NHS bestaat en waar de overheid een heel beperkte invloed op heeft.
- 3 En daarbinnen weer tussen de USA en het UK.
- 4 De Angelsaksische wereld omvat niet alleen de USA en het UK, maar ook landen die zich daar vanouds op richten, zoals Het Britse Commonwealth. Rijnland staat voor Duitsland en Nederland en in minder mate België, hoewel een deel van dezelfde opvattingen ook in andere West Europese landen te vinden zijn. De Angelsaksische opvattingen hebben de laatste jaren de governance van beursgenoteerde ondernemingen gedomineerd, hoewel er na de beurschandalen wel een kentering merkbaar is.

- 5 Volgens de Nederlandse begrippen de president-directeur of de voorzitter van de raad van bestuur.
- 6 Volgens de Nederlandse begrippen de president-commissaris.
- 7 En het orgaan leidt, dat zowel belast is met de uitvoering als met het toezicht op de uitvoering. Hij houdt dus toezicht op zijn eigen werk.
- 8 Na affaires als Enron en WorldCom neigt men er in de USA nu ook toe de functies van CEO en chairman te scheiden. Die scheiding heeft anderzijds Ahold niet behoeft voor een dergelijk schandaal.
- 9 De beruchte 'cohabitation' tussen Francois Mitterand (socialist) en Jacques Chirac (gaullist) in de Vijfde Republiek in 1986.
- 10 In de Nederlandse gezondheidszorg lijkt er een verschil te zijn tussen de regelingen op zorginhoudelijk gebied, waarbij 'handelen in de geest van' meer gebruikelijk is, en de financieel-economische regelingen, waarbij 'handelen naar de letter' de norm is.
- 11 Van der Ploeg (1999) stelt dat de Nederlandse opvatting gebaseerd is op de orgaantheorie van Von Gierke. De Amerikaanse opvatting stoelt op de fictietheorie van Von Savigny, waarin de rechtspersoon een fictie is. In het BW is volgens Van der Ploeg geen duidelijke keuze uit deze juridische theorieën gemaakt, maar hij concludeert uit de wetteksten, dat de wetgever de rechtspersoon als een orgaan ziet.
- 12 De agency theorie van Jenkins et al (1976), die in een van de volgende hoofdstukken behandeld wordt, is op dit principe gebaseerd.
- 13 Die visie staat in het BW, waar de commissarissen moeten toezien vanuit het belang van de vennootschap en de met haar verbonden onderneming.
- 14 Is de doorslaggevende overweging bij een besluit van een raad van bestuur van een ziekenhuis de continuïteit van het ziekenhuis, het belang van de medisch specialist, de genezing van patiënten of het bijdragen aan de kostenbeheersing in de gezondheidszorg?
- 15 Mintzberg, H. (1989); 'Who Should Control the Corporation' in 'Mintzberg on Management, Inside our Strange World of Organizations, pagina 303-329.
- 16 Het essay gaat nadrukkelijk over de op winst gerichte onderneming, ook al zijn delen ervan wel van toepassing op non profit organisaties.
- 17 Deze gedachte sluit aan bij de agency theorie, die in de volgende paragraaf behandeld wordt.
- 18 Deels sluit deze gedachtegang aan bij de stakeholdersbenadering van Freeman (1984), die echter veel meer stakeholders invloed wil geven.
- 19 In de tachtiger jaren, waaraan Mintzberg refereert, waren dat onder andere de succesvolle acties van Ralph Nader om Amerikaanse auto's veiliger te krijgen. In de negentiger jaren was dat onder andere de actie van Greenpeace tegen het afzinken van de Brent Spar.
- 20 Vaak ook op verzoek van de ondernemingswereld zelf, die daarmee mogelijkheden ziet om het vertrouwen te herstellen.
- 21 Dat zijn de eerste dingen, die weer tot stand worden gebracht in een land in wederopbouw, zoals in voormalig Joegoslavië, Pakistan en Irak, zij het met niet al te veel succes.
- 22 Zowel door subsidie in eigen land als door invoerbepalingen. De ontwikkeling van de landbouw in ontwikkelingslanden wordt ernstig belemmerd door de overheidssteun, die de VS en de EU aan hun eigen landbouw geven. De Italiaanse overheid heeft jarenlang een importbeperking van kleine Japanse auto's vol weten te houden om Fiat te steunen. Handelsconflicten gaan meestal over dit soort steun of beperkingen.
- 23 Bij Koninklijk besluit van 1815, nadat in 1803 onder druk van het Franse bestuur in Rotterdam al de eerste Kamer van Koophandel was geopend. Voor die tijd was deze registratie een zaak van kooplieden onderling (bron www.kvk.nl).
- 24 En dus ook niet kon worden aangesproken op disfunctioneren, het maken van fouten of het niet bijhouden van het vak.
- 25 In dit geval moest de hele opleiding voor medisch specialist tegen het licht gehouden worden, omdat een AGIO in 48 uur anders leert dan in de 80 uur, die hij daarvoor in het ziekenhuis aanwezig was.

- 26 De Cadbury commissie kwam tot stand na enkele schandalen in Engeland. Na de schandalen rond Enron en Worldcom kwam Bush zowel met voorstellen om de verantwoordingsregels aan te scherpen als met de bezweringsformule dat dit de uitzonderingen waren en dat de andere ondernemingsbesturen wel integer waren.
- 27 Hij baseert zich daarbij onder andere op het artikel 'Het gold boys netwerk bestaat allang niet meer' van Meindert Fennema en Eelke Heemskerck in NRC Handelsblad van 8 januari 2004.
- 28 In zijn column in de Volkskrant van 12 juli 2003 onderwerpt Frank Kalshoven de aanbevelingen van de commissie Tabaksblad aan een kritisch onderzoek. Verwijzend naar de woorden van de negentiende-eeuwse hertog Gaston de Lévis 'Noblesse oblige' (adeldom verplicht) betoogt Kalshoven dat governancecodes proberen te regelen wat vanzelfsprekend hoort te zijn, namelijk dat bestuurders en toezichthouders handelen zoals ze aan hun stand verplicht zijn. Hij bewijst dit door een aantal aanbevelingen van Tabaksblad om te draaien en daarmee hun vanzelfsprekendheid aan te tonen.
- 29 En vermoedelijk ook Nederland, al noemt Fukuyama die niet.
- 30 Daarbij overigens wel gebruikmakend van de mogelijkheden, die de overheid biedt.
- 31 Mak noemt als voorbeeld dat Nederlandse waardepapieren aan het begin van de zeventiende eeuw in heel Europa geaccepteerd werden, terwijl aan het eind van dezelfde eeuw er geen Nederlandse investeerders meer te vinden waren voor investeringen in waterleiding in de Beemster.
- 32 Het grondwettelijke recht dat burgers in gelijke gevallen gelijk behandeld zullen worden. Zie artikel 1 van de Grondwet.
- 33 Tenzij deze door absolute macht gehoorzaamheid kan afdwingen.
- 34 De term staat hier tussen aanhalingstekens, omdat in beide extremen een professie eigenlijk niet kan bestaan.
- 35 In Frankrijk verandert de opvatting over de positie van staatsbedrijven met iedere wisseling tussen een gaullistische en een socialistische regering. Thatcher ging op grote schaal privatiseren. Bush wil minder overheid dan Clinton.
- 36 Zoals bij de mobiele telefonie, waar de politieke wens tot privatisering van een staatsbedrijf samenging met de ontwikkeling van mobiele telefonie, die concurrentie mogelijk maakte.
- 37 Zoals de gemeente Amsterdam ondervond toen UPC het aanbod van TV zenders op de kabel veranderde na aankoop van het kabelnet van de gemeente Amsterdam.
- 38 Met uitzondering van landbouw en juristerij.
- 39 Guardian betekent hoeder, wachter, bewaker, bewaarder (voogd) of opziener. In dit geval dus de hoeder van het land.
- 40 Jacobs gebruikt het woord syndroom in zijn oorspronkelijke Griekse betekenis van dingen die steeds samengaan ofwel een groep symptomen, die tezamen een bepaalde conditie weergeven. De groep symptomen die ze noemt bij ieder syndroom karakteriseert dan de conditie voor een levensvatbare commerciële setting dan wel een levensvatbare setting voor landsbestuur. Het woord paradigma lijkt meer op zijn plaats.
- 41 Zoals het syndroom van Down bij verstandelijk gehandicapten.
- 42 Jacobs noemt dat 'Shun Force'. Force betekent zowel kracht als macht als geweld. Commerciële vermijden alle drie om gelijkwaardigheid met hun zakenpartner te behouden.
- 43 Ook met vreemdelingen en bijzondere types ('strangers and aliens').
- 44 'Wijk af in het belang van de zaak' volgens Jacobs. Ongelijkheid is daarin ingebakken. Dat is een belangrijk verschil met de publieke sector, waarin het juist noodzakelijk is dat iedere burger in gelijke omstandigheden gelijk behandeld wordt.
- 45 Daarmee vertoont de katholieke kerk volgens de beschrijving van Weber veel overeenkomsten met het Guardian Moral Syndrome van Jacobs.
- 46 Machiavelli relativeerde dat, omdat de autoriteit niet meer geacht wordt, als die pracht en praal moet leiden tot hoge belastingdruk.
- 47 Zoals in de Nederlandse Grondwet in artikel 1 is opgenomen.
- 48 In de huidige Nederlandse opvattingen over de overheid passen begrippen als pracht en praal en vrijgevigheid niet zo goed. In andere landen zoals Frankrijk en bij het opkomen van nieuwe machthebbers, komen deze aspecten wel naar voren.
- 49 Bij dat laatste heeft hij zowel hiërarchie in de overheid als in grote organisaties voor ogen. Jacobs spreekt zich niet expliciet uit over de interne mentaliteit van grote organisaties. Uit haar betoog kan geëxtrapoleerd worden dat grote organisaties extern handelen volgens het commercial moral syndrome, maar intern wel degelijk de kenmerken van het guardian moral syndrome vertonen.

- 50 Door financiële kaders en regelgeving, het werken in teamverband, het gebruik van protocollen.
- 51 De groepssamenhang van de medisch specialisten kwam enige jaren geleden in Nederland in gevaar, toen een groep specialisten zich afscheidde van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), omdat ze vonden dat de LSV alleen met geld en niet met inhoud bezig was. Ze richtten een eigen vereniging op, het Nederlands Specialisten Genootschap, die zich vooral met de professionele ontwikkeling wilde bezighouden. Na veel verschillende bewegingen zijn beide groepen weer samengegaan in de Orde van Medisch Specialisten. Die OMS is daarna door de andere partijen in het veld volledig geaccepteerd en kan veel invloed uitoefenen op alle ontwikkelingen in de curatieve gezondheidszorg.
- 52 Daarom hadden gilden hun eigen gildenhuisen, praalkleding, uiterlijke symbolen en lieten zij door feesten en optochten zien dat ze er waren. Daarom draagt de arts een witte jas en heet het kantoorgebouw van de KNMG 'Domus Medica'.
- 53 Daarin gesteund door Plato, Weber, Marx en anderen.
- 54 Onder andere Runté (1995). Zie verder hoofdstuk 8.
- 55 Dit sluit aan bij Jacobs (pagina 112 e.v.), die beweert dat dokters in beide werelden werkzaam kunnen zijn en zich dan verschillend gedragen. In de normale behandelrelatie van een patiënt is er volgens haar sprake van de commerciële moraliteit. Wanneer een dokter voor de overheid werkt en bijvoorbeeld in een veldhospitaal moet beslissen welke soldaat behandeld moet worden (triage) dan speelt niet het welbevinden van die soldaat maar de vraag hoeveel soldaten er gerepareerd kunnen worden om het gevecht voort te zetten.
- 56 Jacobs noemt in haar boek een voorbeeld, waarin de private wereld de hulp inroept van de overheid om een probleem op te lossen met geweld. Kooplieden in Londen betaalden een gewapende zeemacht om op te treden tegen de piraten voor de Engelse kust, maar ze schonken deze aan de koning, zodat deze als guardian geweld kon gebruiken en de handelaren zelf hun relaties met andere landen open konden houden. Ze konden zo binnen hun eigen moral syndrome blijven.
- 57 Jacobs noemt dat 'to keep the commercial world in line'.
- 58 Het ijken van gewichten en maten is een van de langer bestaande overheidstaken.
- 59 Shell is van oudsher een organisatie die als guardian voor zijn personeel optreedt. Dat personeel had dan ook grote loyaliteit naar de werkgever. Dit systeem is in 1993 doorbroken toen Cor Herkströter interne competitie invoerde naar Amerikaans model. De onderzoeken naar het ontstaan van de crisis rond de oliereserves wezen bijna allemaal het loslaten van de guardian moraliteit binnen Shell als één van de oorzaken van het probleem aan. De nieuwe CEO Jeroen van der Veer probeert nu dit klassieke Shell familie gevoel te herstellen en ongezonde interne competitie weer uit te bannen.
- 60 Tussen de raad van bestuur van Philips en het eigen 'Nat lab' is dit een bijna voortdurende bron van discussie. Onderzoeken de professionals wat zij zelf nodig vinden of wat kan leiden tot verkoopbare producten? Aanvaardt de professionals daarvoor hiërarchische aanwijzingen van de top van de organisatie of niet?
- 61 Of er gebeurt het omgekeerde. De overheid beperkt het recht op uitkering van de verzekerden als de totale kosten te hoog worden. Het verzekeringskarakter wordt dan verlaten. Bij de AWBZ is dit de laatste jaren in discussie geweest, nadat cliënten hun recht op zorg via de rechter afdwongen. Het effect is hetzelfde: de overheid houdt zich op basis van morele principes uit het guardian moral syndrome niet aan spelregels, die oorspronkelijk gestoeld zijn op het commercial moral syndrome.
- 62 Deze situatie bestaat nog in India, maar gold ook voor de adel in de Middeleeuwen in Europa.
- 63 Bijvoorbeeld de maximale CO₂ uitstoot per gereden kilometer van een auto.
- 64 'It pays to be good' uit de conceptual horseshoe van Mintzberg (1989) genoemd in paragraaf 5.2.
- 65 In de casussen van het praktijkonderzoek zullen we later zien dat het kennen en handelen vanuit de verschillende moraliteiten in belangrijke mate bijdraagt aan het oplossen van problemen. Vooral de casus Sanquin is daarvan een voorbeeld.
- 66 De discussie over salarissen van zorgdirecteuren is daarvan een voorbeeld. Het salaris van een directeur komt tot stand door een vrijwillige overeenkomst tussen twee private partijen en wordt dus geheel geregeerd door de gedragscodes van het commercial moral syndrome. Vanuit de moraliteit van de guardian vindt de Tweede Kamer de uitkomsten van die individuele overeenkomsten niet acceptabel met als referentiekader de hiërarchische opbouw van de overheid waarin de hoogste gezagsdrager (de premier) het hoogste salaris zou moeten hebben. Het lukt tot nu toe niet beide manieren van kijken met elkaar te verzoenen.
- 67 Het begrip hybride organisaties komt verder aan de orde in hoofdstuk 7 en 9.

Noten Hoofdstuk 6

- 1 Zoals een maatschap of een Vennootschap onder Firma (VOF).
- 2 Er zijn ook publiekrechtelijke rechtspersonen, waaronder de Staat, provincies, gemeenten en waterschappen. Hun handelen valt onder het staatsrecht en het bestuursrecht. Daarnaast hebben Kerkgenootschappen rechtspersoonlijkheid, maar zij worden geacht geregeerd te worden door hun eigen statuut.
- 3 Coöperaties en onderlinge waarborgmaatschappijen zijn bijzondere vormen van een vereniging.
- 4 Daarom is in bijna iedere cultuur het markeren van de volwassenheid zo'n belangrijk moment. Dan eindigt immers het toezicht van de ouders op hun kind en wordt de verantwoordelijkheid voor zijn handelen overgedragen aan hemzelf.
- 5 De commissaris is een fenomeen, dat zich in deze vorm alleen in Nederland en Duitsland voordoet. In de Angelsaksische wereld zijn deze toezichhouders non-executive lid van de board en dragen zij mede verantwoordelijkheid voor het ondernemingsbeleid.
- 6 Dat is ook de letterlijke betekenis van deze rechtspersoon. De vennoten (eigenaren) zijn niet met naam bekend.
- 7 Over het belang dat werknemers hebben bij de onderneming wordt aan weerszijden van de Atlantische Oceaan verschillend gedacht. In de USA zijn werknemers vooral een productiemiddel en is de binding tussen bedrijf en werknemer (van weerskanten) niet sterk en kan snel wisselen. In Europa is die band sterker en wordt het belang dat werknemers hebben bij de onderneming onderkend en vertaald in enige vorm van invloed op het ondernemingsbestuur.
- 8 BW Boek 2 Titel 1 omvat de Algemene Bepalingen, die voor alle rechtspersonen gelden. De wettelijke regelingen voor de verschillende rechtspersonen zijn achtereenvolgens opgenomen in BW Boek 2 Titel 2, 3, 4, 5 en 6.
- 9 Andere landen kennen vergelijkbare rechtspersonen:
 - Association, Verein voor vereniging.
 - Foundation voor stichting.
 - Societé Anonyme, Aktionsgesellschaft, Public Listed Company etc, voor de naamloze vennootschap.
 - PVBA, Limited company, voor de besloten vennootschap.
- 10 Voor stichtingen en verenigingen geldt deze regeling alleen als zij een onderneming exploiteren met een substantiële omzet.
- 11 Coöperaties zijn vanouds gebruikelijk in onder andere de landbouw. Ook veel Kruisverenigingen waren coöperaties. Ziekenfondsen zijn over het algemeen begonnen als onderlinge waarborgmaatschappij.
- 12 Een stichting mag dus winst maken en een vennootschap hoeft geen winst te maken. Toch is vaak het politieke beeld dat de stichting gekozen moet worden als er geen winst gemaakt mag worden.
- 13 De formulering dat een stichting met behulp van vermogen een doel beoogt te bereiken wekt de indruk dat de wetgever er vanuit gaat dat een stichting geen onderneming zal voeren. De beperktheid van de wettelijke regeling van de bestuurstaak van een stichting in verhouding tot die van vennootschap en verenigingen, versterkt die indruk.
- 14 Waarbij in het tweede lid vermeld staat dat het bestuur alleen bevoegd is tot vermogensbesluiten, als dat in de statuten geregeld is.
- 15 De bestuurder heeft dus ook bij een vennootschap een verantwoordelijkheid ten opzichte van de rechtspersoon en niemand anders. Kennelijk vindt de wetgever dat de rechtspersoon eigen belangen heeft. Dat blijkt ook uit de beschrijving van de rol van de commissaris, die zich moet richten naar 'het belang van de vennootschap en de met haar verbonden onderneming' (BW Boek 2 Titel 4 afdeling 6 artikel 250 lid 2).
- 16 Bij structuurvennootschappen benoemen de commissarissen zichzelf. Er is wetgeving in voorbereiding om de benoeming van commissarissen bij de structuurvennootschap te leggen bij de aandeelhouders met voordrachtsrecht van ondernemingsraad en bestuur.
- 17 BW Boek 2 Titel 4 Afdeling 6 artikel 140 lid 2. Voor coöperaties is in Boek 2 Titel 3 artikel 57 lid 2 een vergelijkbare formulering opgenomen.
- 18 Voor het onderwijs geldt een aparte regeling met grotendeels dezelfde strekking.

- 19 Bij een organisatie met 50 of meer medewerkers is een ondernemingsraad verplicht. Bij ondernemingen met meer dan 10 en minder dan 50 medewerkers moet de ondernemer tenminste jaarlijks met het personeel overleggen.
- 20 BW Boek 2 artikel 344 t/m 359.
- 21 BW Boek 2 artikel 346 lid a stelt 10% van de leden of tenminste 300 leden van een vereniging alsvoorwaarde. Lid b vereist 10% van het geplaatste kapitaal of een nominale waarde van € 225.000,--.
- 22 De commissie Health Care Governance heeft de minister aanbevolen (aanbeveling 22) het enquêterecht bij stichtingen, die zorg verlenen, wettelijk uit te breiden. Dat is niet gebeurd. In de Branchebrede Governancecode voor de gezondheidszorg uit 2005 worden zorgorganisaties 'verplicht' het recht van enquête op te nemen in hun statuten. In de uitvoeringsregeling van de WTZi is de verplichting opgenomen het enquêterecht statutair te regelen. Toelating als zorginstelling is dus afhankelijk van het opnemen van dit enquêterecht. Er is nog enige discussie voor wie het enquêterecht zou moeten gelden.
- 23 Dus iedere rechtbank en niet de Ondernemingskamer.
- 24 BW Boek 2 artikel 298 en 299.
- 25 Waar Geert Mak (2004) deze ontwikkeling beschrijft als een cultuurfenomeen, dat bepaald wordt door de moraliteit van de elite, ziet Frenthrop het vooral als een welvaartprobleem. Waarschijnlijk gaan moreel verval en economische neergang samen. Bij grote wereldrijken is dat steeds het geval geweest.
- 26 Zie onder andere de definitie van Moerland (1997) voor governance, waarin die tucht een belangrijke rol speelt: 'het geheel van structuren, regelingen en conventies, dat bepalend is voor de wijze waarop en de effectiviteit waarmee een vennootschap – door middel van een door prikkels en tucht geregeerde interactie tussen stakeholders – wordt bestuurd en gecontroleerd'. De tucht van de markt is dan vooral de tucht van de aandelenmarkt en niet de tucht van de markt van afnemers van producten of diensten van de onderneming. Daarom besteedden veel besturen van ondernemingen meer tijd aan hun aandeelhouders dan aan hun klanten.
- 27 In opdracht van de London Stock Exchange.
- 28 Door onder andere commissies Greenbury en Hampel en in 2003 door Derek Higgs en sir Robert Smith.
- 29 'Principles of Corporate Governance' 1994 van het American Law Institute.
- 30 Tevoren was met de minister van Financiën afgesproken dat delen van de code tot wetgeving verwerkt zouden worden, hetgeen ook gebeurd is.
- 31 Later is de term 'apply' gekozen. Daarmee wordt de Nederlandse vertaling 'Pas toe of leg uit' (waarom je niet toepast).
- 32 Die maatschappelijke functie is het afgeven van een verklaring dat de cijfers betrouwbaar zijn, een belangrijke pijler in het maatschappelijk verkeer, waar anderen, die zaken doen met het betreffende bedrijf op moeten kunnen vertrouwen.
- 33 In plaats van allerlei manipuleerbare begrippen te gebruiken, zoals EBITA (Earnings Before Interest, Taxes and Depreciation), de winst voordat rente, afschrijving en belasting verwerkt zijn. Daardoor komen overnames gunstig in beeld, omdat de rentes op de leningen voor de overname en de kosten van afschrijving de winst nog niet drukken.
- 34 Deze regels gelden voor alle in de USA beursgenoteerde ondernemingen, dus ook voor Nederlandse ondernemingen, genoteerd aan de effectenbeurs in New York.
- 35 Chief Executive Officer, vergelijkbaar met de voorzitter van de raad van bestuur of de president-directeur.
- 36 Chief Financial Officer, de financieel verantwoordelijke in de raad van bestuur.
- 37 Daartoe is in 2002 de Sarbanes-Oxley Wet ingevoerd, die snel tot stand kwam na het Enron schandaal.
- 38 Het 'one tier' systeem, waarbij uitvoerende bestuurders (executives) en toezichthouders (non-executives) verenigd zijn in één raad en gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen.
- 39 Beursanalisten beweren regelmatig dat Nederlandse aandelen door internationale beleggers ondergewaardeerd worden omdat ze het Rijnlandse besturingsmodel en de invloed van werknemers niet goed vinden (of niet kennen).
- 40 Reed Elsevier, Shell en Unilever. En Fortis bank met een tweede hoofdkantoor in België.

- 41 In de code Tabaksblat wordt mede daarom het aantal commissariaten bij beursgenoteerde ondernemingen gelimiteerd tot 5. Bovendien komt er door deze beperking ruimte voor nieuwe commissarissen.
- 42 In de USA heeft dat er al toe geleid dat het moeilijk is om non executive directors te vinden, zeker als deze in een audit committee mede verantwoordelijkheid voor de financiële verslaglegging krijgen.
- 43 Probleem bij deze opvatting is dat de aandeelhouders niet aan deze rolverwachting voldoen. Speculatieve beleggers kopen en verkopen hun aandelen gericht op winst uit de transactie, zonder dat zij enige interesse in de onderneming hebben of invloed op het beleid willen uitoefenen. Grote institutionele beleggers hebben twee problemen om een actieve rol te vervullen. Ze hebben zo veel vennootschappen in portefeuille, dat ze zich onmogelijk met al die vennootschappen kunnen bemoeien. Anderzijds hebben deze beleggers als bank, verzekeraar of pensioenfonds vaak dezelfde onderneming als klant en komen zij in een dilemma als zij als belegger het de raad van bestuur lastig maken en als financiële partij vervolgens weer zaken met hem moeten doen.
- 44 Bijvoorbeeld: De Christelijke Vereeniging tot Ziekenverpleging, De Godshuizen, De Vereniging 's Heren Loo.
- 45 De oprichter van Greenpeace moest vertrekken vanwege zijn dictatoriale leiding. Dat heeft niet alleen geleid tot een interne reorganisatie, maar ook tot verlies van leden aan andere meer transparante milieuorganisaties. De onduidelijke financiële structuur van Foster Parents heeft het vertrouwen in deze organisatie zodanig ondermijnd, dat hij bijna is opgehouden te bestaan en met een andere naam probeert vertrouwen te herstellen. De vierdubbele rol van de ANWB als ledenorganisatie, commercieel bedrijf, uitvoerder van belangrijke overheidstaken (zoals bewegwijzering) en actiegroep tegen het rekeningrijden leidde tot verwarring en tot herbezinning bij de overheid, die er uiteindelijk toe heeft geleid dat de ANWB het monopolie op bewegwijzering is kwijtgeraakt. Veel leden waren het niet eens met de actie van de ANWB tegen rekeningrijden, maar zegden hun lidmaatschap niet op vanwege de persoonlijke zakelijke voordelen. Nu er een alternatief is voor de Wegenwacht loopt het aantal leden van de ANWB terug.
- 46 Dat geldt al bij een golfclub, waar een algemene ledenvergadering met 40 aanwezigen van de 800 leden normaal is. Het geldt nog sterker voor hele grote verenigingen, waarvan mensen lid zijn uit ideële motieven, zoals Natuurmonumenten of vanwege het voordeel dat de Vereniging biedt, zoals de Vereniging Eigen Huis.
- 47 Een bijzondere vorm van deze vermogensbeheer stichtingen is het administratiekantoor voor het beheer van certificaten op aandelen van een onderneming. Dit bezit vaak een meerderheid van aandelen of de prioriteitsaandelen en bepaalt daardoor de benoeming van raad van bestuur en raad van commissarissen van de onderneming. Certificaathouders ontvangen wel de financiële voordelen van het aandeelhouderschap (dividend en koerswinst), maar hebben geen zeggenschap. Het bestuur van het administratiekantoor benoemt zichzelf en legt aan niemand verantwoording af.
- 48 Er is een beweging gaande om ook bij deze stichtingen te kiezen voor het raad van toezicht model.
- 49 Onder andere de gay games in Amsterdam, waar het bestuur de directie alle ruimte gaf, hetgeen leidde tot een miljoenen tekort. Jaap Glasz zei naar aanleiding daarvan in een interview dat hij niet begreep dat verstandige mensen, die door de week een bedrijf leiden of commissaris zijn, vrijdag een trui aantrekken en dan als vrijetijdsbestuurder niet dezelfde kritische houding aan willen of durven nemen als in hun werk. Soms is er niet eens zo'n bestuur van verstandige mensen, maar wordt een stichting door één persoon geleid, zoals bij de stichting voor het beheer van de Chardiev collectie door notaris Privé, die als eenmansbestuur van de stichting zijn naam al te letterlijk nam.
- 50 De raad van toezicht is dus letterlijk een 'beperking in de statuten' van de bestuurstaak van de raad van bestuur.
- 51 Het belang van speculanten, die verdienen aan de aankoop en verkoop van aandelen en dus gebaat zijn bij fluctuaties in de beurskoers, is anders dan dat van lange termijn beleggers, die kijken naar stabiliteit en continuïteit en een goede jaarlijkse dividenduitkering.
- 52 De Angelsaksische opvatting is dat een toezichthouder zelf aandelen moet hebben om voldoende betrokken te zijn. In Nederland vinden we dat niet, maar is de algemene opvatting – die overigens aan het verschuiven is – dat de commissaris onafhankelijk moet zijn en dus juist geen aandelen moet hebben.

- In crisissituaties, waarbij de aandeelhouders kritiek hebben op het beleid en het bestuur van de onderneming bestaat bij commissarissen de neiging zich te vereenzelvigen met het belang van het bestuur. Het lijkt dan dat het belang van de commissaris en de bestuurder gelijk is, maar dat is zeker niet het geval.
- 53 Een deel van de beleggers handelt zo. Zij kopen en verkopen voortdurend aandelen in ondernemingen om maximaal gewin te halen. Zij hebben geen relatie met de onderneming waarvan zij op enig moment aandelen bezitten.
 - 54 In het Engels staan 'shareholder' of 'stockholder' voor de aandeelhouder. 'Stakeholder' is gebaseerd op het woord 'stake' in de betekenis van 'inzet' of 'op het spel staan'. De oorspronkelijke betekenis van stakeholder is degene die de inzet, de pot beheert bij een spel. In plaats van 'interested party' is 'stakeholder' in de governance discussie het gebruikelijke woord geworden voor alle belanghebbenden.
 - 55 Hierbij moet wel voor ogen gehouden worden dat in de USA de meeste not for profit organisaties gefinancierd worden met geld van particuliere geldgevers. Charity is gebruikelijk als je rijk bent en is de basis voor cultuur en welzijn in de USA. Dit in tegenstelling tot Nederland, waar dit geld beschikbaar komt via herverdelingsmechanismen (belastingen en subsidies) door de overheid.
 - 56 Als 'oplossing' wordt in Nederland soms gedacht aan het scheppen van een equivalent van de aandeelhouders. Zie bijvoorbeeld het CDA (2005). De legitimiteit van zo'n equivalent is echter nooit dezelfde als die van de aandeelhouders.
 - 57 Alleen ten opzichte van vrij gevestigde medische specialisten is die macht minder. Daar kan wel de contractuele relatie – het toelatingscontract – worden opgezegd.
 - 58 Tijdens de eerste Golfoorlog zou Saddam Hoessein een van zijn ministers hebben doodgeschoten, die met de mededeling kwam dat de Amerikanen oprukten naar Bagdad.
Walter van den Vijver slaagde er niet in om het tegenvallen van de olievoorraden bespreekbaar te krijgen in de groepsraad van Shell. Zijn voorganger als verantwoordelijke voor de olievoorraden, Sir Philip Watts, was inmiddels voorzitter van die groepsraad. Hij hield de betreffende informatie tegen.
 - 59 Die niet altijd uitgaat van het belang van de aandeelhouders.
 - 60 Waar de commissaris toeziet op de bestuurder en die kan ontslaan, zodat er een zekere gezagsrelatie is.
 - 61 Waar ze gelijkwaardige collegae zijn.
 - 62 De Ondernemingskamer van het Gerechtshof in Amsterdam.
 - 63 Zoals invloed op de benoeming van het management en het recht van voordracht voor een zetel in de raad van toezicht.
 - 64 En in de beleving van sommige ziekenhuisbestuurders zelfs machtiger dan de raad van bestuur.
 - 65 En is er nu een discussie over de vraag of het strafrecht (in het bijzonder door gevangenisstraf) een grotere rol moet gaan spelen.
 - 66 De Ondernemingskamer van de Rechtbank te Amsterdam.
 - 67 Zoals institutionele beleggers.

Noten Hoofdstuk 7

- 1 Met uitzondering van het onderwijs.
- 2 Over de invulling van die ministeriële verantwoordelijkheid is de laatste jaren veel gediscussieerd (commissie Scheltema, 1992; Balkenende, 1995; commissie Holtslag, 1998; commissie Borghouts, 2000; commissie Sint, 2005) omdat het weinig realistisch is te veronderstellen dat de minister alles kan overzien. Vanuit staatsrechtelijke overwegingen is het principe van volledige verantwoordelijkheid gehandhaafd. Er is een zogenaamde 'enge' benadering, waarin het uitgangspunt is dat zonder bevoegdheid geen verantwoordelijkheid gedragen kan worden. Dus als de minister niet bevoegd is tot ingrijpen, dan kan hij ook niet verantwoordelijk gehouden worden. Dit was de basis voor de Grondwetherziening in 1983 en de visie van commissie Scheltema. Thans wordt – op basis van een discussie in de Tweede Kamer in november 2000 – door regering en parlement de bredere visie

- aangehangen dat de ministeriële verantwoordelijkheid geldt voor de formulering en de uitvoering van het overheidsbeleid. (Bron: www.parlement.com).
- 3 Dat betekent dat niet de IGZ de toezichthouder op de kwaliteit van de gezondheidszorg is, maar iedere inspecteur afzonderlijk. Dat maakt coördinatie binnen de IGZ en het extern volgen van één lijn niet eenvoudiger.
 - 4 Schriftelijke vastlegging van het besluit, mogelijkheid van beroep e.d.
 - 5 Bij delegatie krijgt de ander een eigen verantwoordelijkheid en kan het bestuursorgaan zelf de bevoegdheid niet meer uitoefenen. Bij een mandaat werkt de gemandateerde onder verantwoordelijkheid van het bestuursorgaan en kan het bestuursorgaan zijn bevoegdheid zelf blijven uitoefenen.
 - 6 Daar waar de zorg nog een overheidstaak was, bijvoorbeeld bij gemeenteziekenhuizen, zijn deze taken in de tachtiger en negentiger jaren geprivatiseerd en ondergebracht in private rechtspersonen.
 - 7 Voor onderwijs geldt dat alleen voor de zogenaamde 'bijzondere scholen'. Openbare scholen vallen meestal direct onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Bijzondere scholen zijn private organisaties, bestuurd door een schoolbestuur, maar gefinancierd met overheids gelden.
 - 8 Zoals de Ziekenfondswet.
 - 9 Zonder dat heel expliciet gemaakt is wat die kerntaken zijn.
 - 10 Het beginsel dat beslissingen daar worden genomen, waar de gevolgen voor direct belanghebbenden zo goed mogelijk overzien kunnen worden, dus zo dicht mogelijk bij de burger.
Zo is de bescherming tegen het water vanouds in een polder (al voor de vorming van de Republiek der Zeven Verenigde Nederlanden) de verantwoordelijkheid van waterschappen waarvan de bestuurders door de 'ingelanden', de inwoners van het gebied, gekozen worden.
 - 11 Dat heeft lang gegolden voor organisaties van beroepsbeoefenaren zoals medici, advocaten en notarissen met hun eigen professionals governance. Over die professionals governance gaat het volgende hoofdstuk.
 - 12 Die ontwikkeling doet zich niet alleen in Nederland voor. In de hele Westerse wereld is steeds meer aandacht voor de realisatie van overheidsbeleid en de governance, die nodig is om dat te bewerkstelligen (OECD, 2001).
 - 13 De werkgroep Verzelfstandigde Organisaties op Rijksniveau (commissie Kohnstamm) stelde in 2004 voor om de meeste ZBO's te laten vervallen en weer tot ambtelijke dienst te maken, tenzij in een enkel geval de onafhankelijkheid van het ZBO vereist is.
 - 14 Zie hoofdstuk 6 private governance voor een beschrijving van deze theorie.
 - 15 Zo stelde de IGZ in 2004 op basis van onderzoek bij een steekproef van 60 verpleeghuizen vast dat in 47 huizen de kwaliteit van zorg niet aan de normen voldeed. Het management van de instellingen kreeg een aantal maanden de tijd om het probleem op te lossen. Aan het eind van die periode was in 38 huizen de kwaliteit voldoende, zonder dat overheidsingrijpen in het management of de uitvoering nodig was. Voor de andere negen huizen voerde de IGZ verscherpt toezicht in, wat in de maanden daarna tot verdere verbeteringen leidde.
 - 16 De zogenaamde 'hybride' organisaties.
 - 17 Bedoel in letterlijke zin, gebaseerd op legis, vastgelegd in wetten of regelgeving. Weber onderscheidt deze vorm naast leiderschap gebaseerd op traditie en op charisma.
 - 18 Weber is de grondlegger van de moderne sociologie. Hij bestudeerde en analyseerde de samenleving en trachtte deze in heldere beschrijvingen te vatten. Hij beschrijft vormen van sociale organisaties als ideaaltypen. Dat zijn zuivere vormen. Weber doet geen uitspraken over wat goede en wat slechte vormen zijn. Ideaaltypen zijn dan ook niet de idealen van Weber. Wat in het volgende geschreven wordt zijn dan ook geen politieke keuzen van Weber, maar zijn analyses van de ontwikkeling van de samenleving en de soms onontkoombaarheid van een bepaalde keuze.
 - 19 In het bedrijfsleven vertegenwoordigt het Scientific Management van Taylor (1911) deze denkwijze.
 - 20 Bijvoorbeeld vermindering van de CO₂ uitstoot.
 - 21 De Nederlandse ontwikkeling is beschreven in Pollitt & Bouckaert 2004 Appendix B, pagina 270-276.
 - 22 De gedachte sluit aan bij denkbeelden over 'het primaat van de politiek' en stringente opvattingen over de (grote) reikwijdte van de ministeriële verantwoordelijkheid.

- 23 Als bijvoorbeeld een ZBO toezicht houdt op de uitvoering van een publiek doel, dan is er ook toezicht door het ministerie op dat ZBO en van de Algemene Rekenkamer op het ministerie nodig.
- 24 Dat heeft wel consequenties voor de 'democratische controle'. Als er een convenant is afgesloten tussen de minister en partijen in een netwerk, wat gebeurt er dan als de Tweede Kamer dat convenant afkeurt en hogere eisen stelt? Hoekema (1994) wijst op het probleem en suggereert om het opereren in het netwerk en de verantwoording en goedkeuring door de organen van democratie interactief te maken en hen als het ware onderdeel te maken van het netwerk. Wanneer de overheidsparticipanten in een netwerk keer op keer door de Tweede Kamer teruggefloten worden over de bereikte resultaten, dan wordt de overheid een onbetrouwbare partner waar niet mee te onderhandelen valt. Dan stort ook het netwerk in, omdat aan de basisvoorwaarde van vertrouwen niet meer wordt voldaan.
- 25 Volgens Frissen wordt die claim nog versterkt door systemen van financiering en controle, die volgens hem niet zingevend zijn maar wel onderdrukkend voor vernieuwing.
- 26 Pagina 34; in navolging van Clarke and Newman, 1997.
- 27 'Fixed and permanent allocation of power'.
- 28 Pagina 58.
- 29 Evenals Toonen e.a. 1994, 1998.
- 30 Al zal het principe van misleiding in het belang van de zaak niet openlijk beleden worden.
- 31 Zoals indertijd de BV voor OV jaar kaarten voor studenten.
- 32 Zoals het IJkwezen, dat in 1989 als Nederlands Meetinstituut N.V. werd geprivatiseerd.
- 33 Een ziekenhuis kan bijdragen aan het publieke doel van landelijke beschikbaarheid en toegankelijkheid van cure voorzieningen, het primaire private doel is toch het behandelen van individuele patiënten.
- 34 Met gelden, waarvan de overheid de maatschappelijke verdeling tot haar verantwoordelijkheid rekent, zoals belastingen en de premies voor sociale verzekeringen en ziektekosten.
- 35 Zoals de beschikbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg.
- 36 Zoals met 'maatschappelijk verantwoorde' salarissen van ziekenhuisdirecteuren.
- 37 De OECD (2001) maakt een onderscheid in vieren:
 1. Ambtelijke diensten die onderdeel zijn van de overheid.
 2. Organisaties die onder gezag staan van de overheid, maar daar wel een zekere zelfstandigheid van hebben. Ze zijn onderdeel van de publieke sector, maar hebben een zekere management autonomie, een andere governance structuur en een andere controle omgeving dan onderdelen van een ministerie.
 3. Staatsbedrijven die onder het private recht vallen en op de markt opereren, maar waarvan de overheid de meerderheid of 100% van de aandelen heeft.
 4. Private organisaties die ook belast zijn met een publieke taak.In de WRR indeling vallen de eerste drie groepen in de publieke sector en valt de vierde groep in de private sector.
- 38 De praktijk binnen de gezondheidszorg laat zien dat publieke belangen en professionele belangen lang niet altijd samenlopen, zeker niet als het publieke belang kostenbesparing is.
- 39 En 'protoprofessionaliteit', de toenemende kennis van de burger over zaken, die hem aangaan.
- 40 Zie hoofdstuk 5.3.
- 41 Nooit het omgekeerde. Toch is dat de realiteit. Universiteiten zijn voor hun voortbestaan inmiddels afhankelijk van contractresearch naast de publieke financiering.
- 42 Die in belangrijke mate overeenkomen met de visie van Pollitt (2005).
- 43 Onder andere van voordrachten.
- 44 Deze begrippen zijn inmiddels ingeburgerd. Ook in de achtergrondstudies van de WRR en in het SER advies worden ze gebruikt.
- 45 Jeroen Geelhoed, ambtenaar bij VWS promoveerde in 2005 op "Control Deficiencies" in de Nederlandse gezondheidszorg. Hij beschouwt ziekenhuizen als uitvoeringorgaan van de overheid. Hij veronderstelt dat VWS en een ziekenhuis een gelijksoortige Planning&Control cyclus hebben. Hij concludeert dat de P&C cyclus van VWS en van ziekenhuizen niet op elkaar zijn afgestemd en stelt voor dat de ziekenhuizen hun planning op VWS afstemmen door jaarlijks overleg. Hij gaat voorbij aan de contractrelatie van ziekenhuizen met zorgverzekeraars en aan de relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist.

- 46 Zie de casus IJsselmeerziekenhuizen in hoofdstuk 12 van dit boek.
- 47 En van professionele elementen voor zorgorganisaties.
- 48 Al laten Brandsen e.a. (2006) zien dat de theoretische en empirische onderbouwing van risico's en voordelen beperkt is
- 49 Vanuit de vrees dat publieke gelden voor private activiteiten worden gebruikt.
- 50 Volgens historici is dat de belangrijkste reden, waarom al sinds het ontstaan van de Republiek der Zeven Provinciën, in Nederland zoveel mensen met zo veel verschillende geloofsovertuigingen konden samenleven zonder burgeroorlogen. Door je niet te veel met elkaar te bemoeien, door te zorgen dat iedereen iets kreeg als er verdeeld moest worden en door in onderhandelingen compromissen te sluiten, bleef de zaak stabiel. Dat past ook bij de handelsgeest van Nederland.
- 51 Zoals De Nederlandse Bank.
- 52 Bestuur en raad van commissarissen van de NS waren het enige jaren geleden geheel eens over het te voeren beleid van de NS, maar dat beleid strookte niet met hetgeen de minister van V&W voor ogen had, waardoor er een conflict ontstond, wat uiteindelijk heeft geleid tot vertrek van raad van bestuur en raad van commissarissen van de NS.
- 53 Bijvoorbeeld de bouw van een nieuw ziekenhuis.
- 54 De WRR adviseert om die reden om bij de afweging of iets een publiek belang is niet alleen te kijken naar de vraag of de overheid zich ermee wil bemoeien, maar ook te kijken of de overheid daartoe wel de mogelijkheden heeft.
- 55 Aantal bekeuringen in plaats van de veiligheid op straat.

Noten Hoofdstuk 8

- 1 Bedoeld zijn hier degenen, die we nu kunstschilder noemen als onderscheid van huisschilder: Rembrandt, Rafael, Breughel, Vermeer. Zij waren vaklieden, die in opdracht schilderden en leiding gaven aan een grote werkplaats met schilders in verschillende stadia van opleiding.
- 2 Naast gilden van ambachtlieden waren er ook godsdienstige gilden en gilden van schutters.
- 3 Al staat dat voor advocaten ter discussie en is het voor notarissen formeel afgeschaft.
- 4 Dat wil niet zeggen dat ze niet met hun collegae overleggen. Ze blijven echter verantwoordelijk voor hun eigen beslissing.
- 5 Bijvoorbeeld door aantoonbaar voldoende bijscholingspunten te hebben en in de afgelopen periode voldoende uren het vak te hebben uitgeoefend.
- 6 Bijvoorbeeld door de vijfjaarlijkse visitatie van een specialistenmaatschap.
- 7 Zoals door het opstellen van protocollen, die de vrijheid van handelen van de professional inperken.
- 8 Daarmee worden aan professionals andere drijfveren toegedicht dan aan bestuurders van private organisaties. Daar gaat de dominante agency theorie er immers vanuit dat de bestuurder zijn eigen (financiële) belang nastreeft.
- 9 Het register is onderdeel van een agentschap binnen VWS, het ACIBG, Agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg.
- 10 De opvatting over professionaliteit blijkt uit de woordkeuze in de wet. Artsen beoefenen de geneeskunst en niet de geneeskunde.
- 11 Dan volgt verplichte uitschrijving uit het BIG register.
- 12 Bijvoorbeeld bij drankmisbruik, drugsgebruik of zijn geestelijke of lichamelijke gesteldheid.
- 13 Op vergelijkbare wijze als in de Kwaliteitswet Zorginstellingen, die ook geldt voor professionals verbonden aan een zorgorganisatie.
- 14 Zoals op dit moment nog bij de Orde van Advocaten en het NIVRA.
- 15 Vaak ontbreekt die sanctiemogelijkheid of is de cultuur binnen de vereniging dat je je niet bemoeit met de beroepsuitoefening van de collega professional.
- 16 Vanouds de gewenste reden om een gilde te vormen.
- 17 Door het onvoldoende toelaten van nieuwe professionals in opleiding.
- 18 Zoals de accountants.
- 19 'License to operate' een begrip dat door Shell is geïntroduceerd in het kader van maatschappelijk verantwoord ondernemen.

- 20 En kan hij worden ingeschreven in het BIG register.
- 21 In de gebruikelijke terminologie is de studie medicijnen 'onderwijs' en de vervolgopleiding tot specialist 'de opleiding' en heet alles wat de professional daarna moet doen om zijn vak bij te houden 'bijscholing'.
- 22 Waaronder we in deze tekst ook huisarts, verpleeghuisarts etc, verstaan.
- 23 En het ziekenhuis, waaraan zij verbonden zijn.
- 24 Meestal gedefinieerd in uren per jaar. Soms kan iemand tijdelijk ontheffing krijgen, bijvoorbeeld omdat hij stafvoorzitter is.
- 25 Waaronder ook de Arts Verstandelijk Gehandicapten valt.
- 26 En andere beroepsorganisaties zoals NMT en KNMP.
- 27 De ministerraad neemt dus niet het hele advies over, maar laat onderzoeken hoe haalbaar het is om verantwoordelijkheden en bevoegdheden weg te halen bij beroepsorganisaties en andere partijen. De KNMG heeft in haar reactie op het advies van de MOBG al laten weten het vanzelfsprekend te vinden dat de medische beroepsgroep verantwoordelijk is voor de inhoud en de kwaliteit van de medische vervolgopleidingen.
- 28 In Nederland voerden in het verleden onder andere de beroepsorganisaties van huisartsen en notarissen een vestigingsbeleid.
- 29 Zoals gepromoveerd zijn of eerst een aantal jaren als agnio (arts geneeskundige niet in opleiding) gewerkt te hebben.
- 30 Werkweken korter dan 80 uur, parttime werken, eerder stoppen met werken, uit de professie treden om iets anders te gaan doen.
- 31 In de nabije toekomst ook aan physician-assistents en nurse practitioners.
- 32 In de USA heeft dat geleid tot het zogenaamde 'defensive medicine' waarin alles wat kan, gedaan wordt, ook al is dat medisch overbodig, uitsluitend om later schadeclaims te voorkomen.
- 33 Internationaal is een lijst van 'aangewezen diploma's, opgesteld. Als iemand over zo'n diploma beschikt en inwoner is van de EU, Zwitserland, IJsland, Liechtenstein of Noorwegen, dan wordt hij direct ingeschreven in het BIG register. In alle andere gevallen vindt toetsing plaats en moet doorgaans een aanvullende opleiding gevolgd worden.
- 34 Ook zelfstandige huisartsen in solopraktijken moeten voor de diensten samenwerken in een huisartsenpost.
- 35 Gebruikelijk is om bij een disciplinegroep in loondienst te spreken over 'vakgroep' en bij een disciplinegroep van vrijevestigden van 'maatschap'.
- 36 Bijvoorbeeld tussen orthopedie en chirurgie.
- 37 Bijvoorbeeld wanneer scopietechniek algehele chirurgie onnodig maakt.
- 38 Zoals anesthesisten of operateurs, die niet op tijd op de OK verschijnen en daarmee het hele programma in de war sturen.
- 39 In het voorbeeld uit de vorige noot draait het ziekenhuis op voor de kosten van de leegstand van de OK en ondervindt de patiënt hinder doordat hij moet wachten of die dag zelfs niet geholpen kan worden.
- 40 En soms ook anderen zoals klinisch chemici en klinisch psychologen.
- 41 De professionele invloed van de verpleging krijgt vaak vorm via een Verpleegkundige Adviesraad (VAR). Deze heeft in de praktijk veel minder invloed op het beleid dan de medische staf.
- 42 Volgens de gewone private governance spelregels van een vereniging.
- 43 Een soort Algemeen Bestuur, met het stafbestuur als Dagelijks Bestuur.
- 44 Deze bepaling in de ZFW is per 1 januari 2006 vervallen met de invoering van de zorgverzekeringswet.
- 45 Hier bedoeld als de combinatie van ziekenhuisorganisatie en organisatie van de professionals.
- 46 In die zin dat er geen concurrentie ontstaat omdat anderen succesvol opereren op de markt en zo het monopolie doorbreken.
- 47 Het 'vrij gevestigd' zijn en 'het ondernemerschap' van de medisch specialist zijn op deze fictie gestoeld. Dat geldt evenzo voor het 'maatschapbestuur' van een wereldwijde accountantsfirma, dat feitelijk raad van bestuur van een grote onderneming is en aanwijzingen geven, die door alle partners worden opgevolgd.
- 48 In de tijd (1988) waarin Abbott zijn boek schreef.

- 49 Bij de toelatingsovereenkomst voor medisch specialisten tot een ziekenhuis is dat niet het geval. Dat draagt mede bij aan de complexiteit van de besturing van ziekenhuizen.
- 50 Om het simpel te zeggen kan de raad van bestuur van een verpleeghuis de verpleeghuisarts wel verplichten om op een bepaalde tijd te beginnen, maar niet welke medicijnen hij aan een dementerende bewoner moet voorschrijven.
- 51 Gebaseerd op de ideaaltypische beschrijving van Weber (1947).
- 52 Abbott spreekt over 'workingplace'. Uit zijn beschrijving blijkt dat hij zowel de taakverdeling in het dagelijks handelen op de werkvloer als de taakverdeling binnen een organisatie waar beroepsgroepen samenwerken bedoelt.
- 53 De totstandkoming van de BIG wet is daarvan een voorbeeld. Eerst werden medische handelingen op de werkvloer aan de verpleging overgelaten. Daar kwam debat over. Uiteindelijk is er wetgeving tot stand gekomen die het voormalige gedelegeerd handelen vastlegt als eigenstandige verantwoordelijkheid van de verpleegkundige.
- 54 Een term die Abbott niet gebruikt.
- 55 Zo is volgens Abbott de sociale status van de verpleging gedaald toen adellijke dames en de dames uit de goeode burgerij niet meer de leidinggevende rol in de verpleging op zich namen.
- 56 Waarbij meestal bedreigd wordt met rampspoed als anderen het werk van de professie overnemen. Zo slaagt de KNMP er telkens in de noodzaak van verstrekking van medicijnen onder directe verantwoordelijkheid van een apotheker te behouden door een beeld te schetsen van veel medicatiefouten met dodelijke gevolgen als die medicijnen op andere wijze verkregen kunnen worden.
- 57 Zoals de verplichte bijscholing, die hem tijd en geld kost.
- 58 Bijvoorbeeld het invoeren van visitatie van klinieken die niet opleiden.
- 59 De medische zorg komt in gevaar.
- 60 De medische staf heeft bovendien de macht om keuzen te sturen in de richting die de professionals willen. Ze hebben zelfs de informele macht om het vertrek van het bestuur te bewerkstelligen. De verpleeghuisartsen hebben meer mogelijkheden om organisatiekeuzen tegen te houden dan om deze in hun richting te beïnvloeden. Ze hebben zeker geen invloed op de positie van het bestuur.
- 61 Er is een beweging gaande om de nieuwe opleiding tot arts wel in eindtermen te definiëren. Zie Schmit Jongbloed e.a. 2003.
- 62 In de USA is daardoor de zogenaamde 'defensive medicine' ontstaan. De arts laat alles onderzoeken wat mogelijk is en zet de maximale behandelingswijzen in om te voorkomen dat hij later een miljoenenclaim krijgt omdat hij iets heeft nagelaten. In Nederland neemt de laatste jaren het aantal claims toe, maar de bedragen zijn geringer. Onder artsen bestaat de vrees dat ook in Nederland de claimcultuur toe zal slaan en dat zij gedwongen zullen zijn tot defensive medicine.

Noten Hoofdstuk 9

- 1 Hier is de maatschappelijke en politieke keuze om iets wel of niet als publiek belang te benoemen.
- 2 Wat in zekere zin strijdig is met de korte termijn horizon van politici, die om de vier jaar gekozen worden.
- 3 Al is op dit moment de tendens om alle macht bij 'de aandeelhouders' te leggen.
- 4 Behalve als de veiligheid van de staat en de burgers in het geding is.
- 5 Respectievelijk CEO of voorzitter van de raad van bestuur.
- 6 Zoals onvoldoende dokters of gebouwen die instorten door slechte architectuur.
- 7 Of er sprake is van een echt probleem of dat op ideologische gronden tot een andere politieke keuze gekomen wordt, is daarbij niet relevant.
- 8 Dit geldt zowel voor instellingen, als voor beroepsbeoefenaren, die voor eigen rekening en risico als (eenmans)bedrijf zorg leveren zoals huisartsen. In de beschrijving richten we ons vooral op de zorgorganisaties.
- 9 In de Branchebrede Governancecode van 2005 wordt van organisaties gevraagd een dergelijke regeling in de statuten op te nemen.
- 10 Volgens de voornemens van VWS zal dit vanaf 2012 wel mogelijk zijn.
- 11 Los van de vraag wie dan de aandeelhouders zouden (mogen) zijn.

- 12 Zoals de sluiting van een ziekenhuislocatie.
- 13 Het Centrum Indicatie Zorg.
- 14 Het voornemen is om vanaf 2007 een proces in te zetten, waarin kapitaalslasten (van vastgoed) onderdeel worden van de normale exploitatie van een zorginstelling. Dan zullen raden van bestuur ook zelf moeten beslissen of en hoe ze bouwen en hoe ze de lasten, die daarmee samenhangen in hun exploitatie opnemen.
- 15 Het voornemen is om dit terug te brengen tot twee. Eén op de kwaliteit (IGZ) en één op de marktwerking (ZA).
- 16 Ongeacht of die professionals in loondienst zijn of vrijgevestigd.
- 17 Tegenwoordig wordt geprobeerd inhoud en zakelijk belang uit elkaar te halen door het vormen van een stafmaatschap, die over geld gaat en een vereniging medische staf, die over het professionele belang gaat.
- 18 En soms ook binnen één discipline.

Noten Hoofdstuk 11

- 1 Zowel bij de overheid als bij bloedbanken en CLB.
- 2 In de inleiding op de memorie van toelichting van de wet pagina 2 wordt gewezen op de 'onvolkomen afstemming' bij de plasmawinning.
- 3 Wibv 1997 artikel 2.
- 4 Wibv 1997 artikel 3.
- 5 Er zijn drie verschillende vormen van donatie mogelijk; van vol bloed, van plasma of van trombocyten (bloedplaatjes). Voor de leesbaarheid wordt verder gesproken over bloeddonatie als de donatie van bloed of bloedbestanddelen bedoeld wordt.
- 6 De bloedbank is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde bloedproducten en de daarbij horende informatie. Het 'bloedtransfusielaboratorium' binnen de ziekenhuisorganisatie is verantwoordelijk voor de 'match' tussen het geleverde bloed en het bloedbeeld van de ontvangende patiënt (bloedgroep, resusfactor, voorkomen afstoting e.d.).
- 7 De datum waarop de Stichting Sanquin ontstond.
- 8 De belangrijkste klanten vormden dus met anderen het verantwoordelijke bestuur van hun leverancier.
- 9 Meestal een (basis)arts of een apotheker. Er bestond geen specifieke beroepsopleiding tot bloedbankarts.
- 10 Bijvoorbeeld het zogenaamde 'Factor VIII' voor de behandeling van hemofilie patiënten.
- 11 Verschillende rapporten van Twijnstra Gudde (1992) en Prof. Koopmans (1995). Zie de memorie van toelichting op de Wibv pagina 1 en 2.
- 12 In de USA is er een tweedeling tussen non profit bloedbanken met vrijwillige donoren en commerciële bloedbanken met donoren, die betaald worden voor hun bloed. Die betaalde donoren zijn vaak mensen aan de onderkant van de samenleving, wiens gezondheidstoestand te wensen over laat. Het leveren van bloed is voor hen een belangrijke inkomensbron. Ze leveren dus zo vaak bloed als mogelijk is. Omdat ze niet zo gezond zijn is de kans op virale besmettingen in hun bloed groter. Commerciële bloedbanken hebben geen belang bij een groot afkeuringpercentage van gewonnen bloed. Het is niet zeker dat ze voldoende screenen. De kans dat betaald bloed niet vrij is van virussen, is dus aanwezig.
- 13 Door het College voor de Bloedtransfusie.
- 14 De Wet inzake de Bloedtransfusie van 1988 geeft de minister de bevoegdheid tot de vaststelling van zo'n spreidingsplan.
- 15 Reeds toen gaven de meeste adviezen aan dat een concentratie in 4 regionale bloedbanken gewenst zou zijn. Dat was toen een stap te ver. Inmiddels is binnen de stichting Sanquin die concentratie in vier grotere regionale eenheden afgerond.
- 16 De datum, waarop de nieuwe wet van kracht werd.
- 17 De wens tot verandering bestond niet alleen bij de minister, maar ook bij het College, bij het CLB en een aantal Bloedbanken en in mindere mate bij een aantal ontevreden ziekenhuizen. Donoren merkten dat er twee systemen waren, als ze door CLB en bloedbank apart benaderd werden.

- Patiënten hadden geen weet en geen last van de problemen. Over de richting en het tempo van de verandering bestond geen overeenstemming.
- 18 Het Ministerieel Plan Bloedvoorziening 2005 is op 25 juni 2004 naar de Tweede Kamer gezonden. In dat plan gaat de minister uitvoerig in op inhoudelijke afwegingen rond de bloedproductie, bijvoorbeeld of extra maatregelen nodig zijn om bloed te vrijwaren van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob (vCJD), de financiële situatie en de evaluatie van de huidige bloedvoorziening. In het Ministerieel Plan Bloedvoorziening 2006, dat op 6 juli 2005 naar de Tweede Kamer is gezonden, ontvouwt de minister een lange termijn visie op de bloedvoorziening. Daarin geeft hij ook aan voortaan iedere vier jaar een plan op te stellen in plaats van jaarlijks.
 - 19 Deze goedkeuring betreft alleen publieke taken van Sanquin.
 - 20 Met name als Sanquin als producent een extra veiligheidsmaatregel wil nemen en de minister deze op grond van een maatschappelijke kosten baten afweging afwijst. Recent is dit gebeurd met een extra selectie van donoren op vCJD. De minister heeft dit voorstel afgewezen, omdat hij het niet doelmatig vond. Zie blad 3 van het Ministerieel Plan Bloedvoorziening 2005. Sanquin is tegen dit besluit in beroep gegaan en heeft de Tweede Kamer geïnformeerd. Na het overlijden van een patiënt aan vCJD in het Verenigd Koninkrijk via overdracht door bloed is de Minister in december 2004 alsnog akkoord gegaan met deze veiligheidsmaatregel.
 - 21 De vaste Kamercommissie voor VWS onderschrijft impliciet de conclusie van de minister. De vragen van de commissie richten zich op uitwerkingen en niet op die hoofdconclusie.
 - 22 Mits hij zijn collega bestuurders mee krijgt.
 - 23 Er is vaak wel een donorraad, die advies geeft over het omgaan met donoren, maar die geen invloed heeft op het beleid.
 - 24 Er is een autonome beweging gaande, waarbij kleinere regionale bloedbanken met elkaar fuseren. Ze doen dat om voldoende schaalgrootte te krijgen om de toenemende technologische ontwikkelingen bij te kunnen houden. Ze zoeken tegelijkertijd naar mogelijkheden om hun donorbehandeling kleinschalig en lokaal gericht te houden. De inhoudelijke mensen proberen binnen werkgroepen van de Federatie tot afstemming te komen, wat op sommige punten lukt en op andere niet. De rivaliteit tussen CLB en bloedbanken en de verschillende inhoudelijke keuzen in de bloedproductie worden binnen het bestaande private systeem echter niet opgelost.
 - 25 Inmiddels zijn die er wel. Reeds voor de fusie is door de Federatie en het CLB een opleiding tot bloedtransfusiespecialist opgezet. Deze is door de MSRC goedgekeurd en in gang gezet. De eerste specialisten hebben thans de opleiding voltooid.
 - 26 Omdat de keuzen in bloedvoorziening sterk politiek bepaald zijn, verschillen ook de professionele oplossingen per land. Zo is het voorkomen van besmetting van bloed met vCJD een bijna geheel Brits probleem, omdat alleen daar de ziekte met regelmaat voorkomt. Als de Britten daartoe een extra screening invoeren is dat een maatregel, die in andere landen weinig toegevoegde waarde heeft.
 - 27 Mevrouw Borst is aan het begin van haar carrière hoofd van het bloedtransfusielaboratorium van het AZU geweest.
 - 28 Aanhaling uit het persbericht VWS nummer 11 over de ondertekening van de intentieverklaring op 27 februari 1997.
 - 29 In september 1997 wordt een nieuwe Stichting opgericht, die de voorloper zal worden van Sanquin. In de loop van het jaar fuseren twee bloedbanken onderling. Daarom gaan uiteindelijk 21 stichtingen samen, 19 bloedbanken, het CLB en de voorganger van Sanquin.
 - 30 Waarbij met name bij het Rode Kruis weerstand te overwinnen was over het loslaten van de in naam bestaande relatie met de Vereniging. De Vereniging wilde dat ook de nieuwe landelijke organisatie 'het Rode Kruis' in zijn naam voerde, terwijl de direct betrokkenen dat niet nodig vonden vanwege de geringe betrokkenheid van het Rode Kruis en VWS het niet wilde vanwege de publieke aansturing van de nieuwe organisatie.
 - 31 En wanneer dit wel het geval was om te motiveren waarom Sanquin bloedbanken zou samenvoegen tot 9 divisies.
 - 32 Zoals zij in de memorie van toelichting meldt.
 - 33 De raad van bestuur stelt vast en de raad van toezicht keurt goed.
 - 34 Merkwaardig is dat niet de raad van bestuur maar de raad van toezicht verantwoordelijk is voor 'het doen opstellen van rapportages aan de minister van VWS' (Statuten Sanquin artikel 12 lid 2 sub b),

terwijl de raad van bestuur de gesprekspartner van de minister is als het over het beleidsplan en de begroting gaat.

- 35 Op een paar punten na:
- De minister wijst er in zijn plan voor 2006 al op dat het bestuur van Sanquin aansprakelijk gesteld zou kunnen worden voor schade die ontstaat doordat de minister een veiligheidsmaatregel niet heeft toegestaan. Hier heeft Sanquin zich wel voor kunnen verzekeren, maar ongetwijfeld zal geprobeerd worden een dergelijke claim op de Staat te verhalen.
 - De begroting van Sanquin wordt ter goedkeuring aan de minister voorgelegd na goedkeuring door de raad van toezicht. Als de minister wijzigingen in de begroting wenst, voordat hij goedkeurt, zal de gewijzigde begroting opnieuw door de raad van bestuur ter goedkeuring aan de raad van toezicht voorgelegd moeten worden. Het wordt ingewikkeld als de raad van toezicht dan goedkeuring onthoudt.
- 36 De vraag of het een persoon of een functie is, die probleemeigenaar is, is in deze casus niet goed te beoordelen. Formeel maakte de Minister (als functie) zich probleemeigenaar. Maar ongetwijfeld heeft de persoon van mevrouw Borst, haar kennis van de materie en haar oprechte zorg over de bloedvoorziening, er aan bijgedragen dat juist deze minister het probleem aanpakte.
- 37 Bloedbanken, CLB en Federatie.
- 38 De door de minister afgedwongen toezegging van het CLB dat het CLB zijn eigen donoorwerving en bloedafname zou stoppen en zijn bloed voortaan zou betrekken bij de regionale bloedbanken, speelde in dat spel een belangrijke rol.
- 39 Verlies van de erkenning na 1/1/1998.

Noten Hoofdstuk 12

- 1 In publieke governance zijn in dezelfde periode de opvattingen over de invloed en de beleidsvrijheid van partijen in het maatschappelijk middenveld veranderd. Er is in het algemeen meer publieke sturing en minder ruimte voor 'autonomie in eigen kring'. Die maatschappelijke verandering speelt in deze casus zeker een rol, maar is niet allesbepalend voor de ontwikkeling van de LHV.
- 2 Er wordt verschillend gedacht over de omvang van het huisartsentekort en soms zelfs over de vraag of er wel een tekort is.
- 3 Waarvan 6.722 (66%) mannen en 3.488 (34%) vrouwen.
- 4 Waarvan 43% in deeltijd.
- 5 Reeds lang werken huisartsen samen in Huisartsengroep (Hagro) voor de avond-, nacht- en weekenddiensten. Recenter werken ze samen in HOED (Huisartsen Onder Een Dak) constructies en in Huisartsenposten (HAP).
- 6 De Hagro is een praktisch samenwerkingsverband, gericht op zaken als het verdelen van de diensten en het gezamenlijk overleg met de apothekers. Volgens de statuten van de LHV is een Hagro verantwoordelijk voor de kwaliteit van de huisartsenzorg van haar leden, maar deze verantwoordelijkheid komt niet tot uitdrukking in professionele uitwisseling en gezamenlijke professionele ontwikkeling. Pas sinds huisartsen van meerdere Hagro's samenwerken in huisartsenposten (HAP) voor de huisartsenzorg buiten kantooruren, komt die uitwisseling en afstemming tot stand.
- 7 Voor 2006 is dit € 52,- per patiënt per jaar.
- 8 Voor 2006 € 9,- per consult.
- 9 Zoals het werken in achterstandwijken of het hebben van veel oudere patiënten.
- 10 Dat wil zeggen, dat hij wordt ingeschreven in het BIG register.
- 11 Er zijn geen eenduidige cijfers over het aantal leden van de LHV. Volgens de LHV is 98% van de huisartsen lid en hebben ze 10.500 leden. De NMa spreekt in 2001 over 7.500 praktiserende huisartsen, waarvan 90% lid is van de LHV. Dit leidt tot een ledental van circa 6.800. Volgens VWS waren er in 2002 8.107 praktiserende huisartsen. Wanneer daarvan tussen de 90 en 98 % lid is van de LHV, dan komen we op een ledental tussen 7.300 en 7.800.
- 12 Sinds 2000 is de KNMG een federatie. Daarvoor was het één vereniging.
- 13 Van het NHG zijn 6.000 praktiserende huisartsen lid. Daarnaast heeft het NHG 1.500 buitengewone leden, zoals huisartsen in opleiding, medisch specialisten, apothekers en vertegenwoordigers van instellingen op het gebied van de gezondheidszorg.

- 14 In dit rapport pagina 10 wordt de huisartsgeneeskunde in die periode beschreven als een 'eclectisch vak', dat wil zeggen 'het beste kiezend' of 'stijlen vermengend'.
- 15 De voorganger van de Wet BIG.
- 16 De HRC is één van de registratiecommissies van de KNMG. Het voorzitterschap van de HRC wordt gevoerd door een bestuurslid van de LHV.
- 17 De Stichting Goodwillfonds voor Huisartsen.
- 18 Of na 1 januari 1986 nog een goodwill som betaald hadden.
- 19 Eerst het KLOZ (Kontaktorgaan Landelijke Organisatie Ziekenfondsen), later ZN (Zorgverzekeraars Nederland).
- 20 Dit vestigingsbeleid was bedoeld als tijdelijk, in afwachting van een wettelijke regeling waarbij het vestigingsbeleid in handen van de gemeenten gelegd zou worden. Die wettelijke regeling is er nooit gekomen.
- 21 Ook samenwerking met andere eerstelijns beroepsbeoefenaren, zoals fysiotherapeuten en verloskundigen komt tot stand.
- 22 Er is echter geen systeem om dat zichtbaar te maken. Er is geen toetsing op de praktijkuitoefening van de individuele huisarts en op de naleving van standaarden. Formeel kan de IGZ onderzoek doen naar de praktijkuitoefening en een arts praktijkvoering verbieden, maar dat komt sporadisch voor. Voor alle medici bestaat een eigen tucht recht via de KNMG. Dat kan tot maatregelen leiden. De meest extreme maatregel is het ontzeggen van de bevoegdheid om het artsenberoep uit te oefenen.
- 23 Voor een deel is deze opstelling terug te voeren op de samenstelling van de bestuursorganen van de LHV, die in meerderheid uit huisartsen met plattelandspraktijken bestonden. In grote steden is een kleiner deel van de huisartsen lid van de LHV.
- 24 Bestaande uit vertegenwoordigers van de beroepsbeoefenaars, de opleidingsinstituten en de verzekeraars.
- 25 Dit blijkt later een onbedoeld effect op de keuzevrijheid van ziekenfonds te hebben. Huisartsen vragen patiënten, die verzekerd zijn bij een ziekenfonds buiten de regio over te stappen naar het regionale ziekenfonds.
- 26 In een eerstelijns gezondheidscentrum zijn huisartsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, soms verpleegkundigen en ondersteunend personeel in loondienst van een stichting. Ze streven een geïntegreerd pakket van eerstelijnszorg na. De meerderheid van de huisartsen (63% volgens cijfers van VWS uit 2002) werkt echter niet in een gezondheidscentrum, maar in een solopraktijk. Alle huisartsenzorg integreren in gezondheidscentra betekent dus een majeure wijziging voor de meerderheid van de huisartsen.
- 27 De minister kiest er dus voor de huisarts niet meer als zelfstandige beroepsbeoefenaar te zien, maar hem onderdeel te maken van een geïnstitutionaliseerd systeem, waarin hij samenwerkt en taken verdeelt met andere huisartsen en anders opgeleide gezondheidszorgwerkers. Dit is een principiële andere opvatting dan VWS tot dan toe had.
- 28 Maar zonder de plicht tot last en ruggespraak.
- 29 De minister legt – in het verlengde van haar eerdere brieven aan de Tweede Kamer – die rol dus niet neer bij de LHV, terwijl dit een van de doelstellingen van de LHV is.
- 30 Kort na de instelling van de Taskforce verschijnt het rapport van de Commissie Van der Grinten (2002), die in opdracht van de LHV, het NHG en ZN en met medewerking van VWS en de NPCF een rapport uitbrengt met de titel 'Een perspectief voor de eerstelijns gezondheidszorg'. De minister biedt dit rapport ter kennisgeving aan de Tweede Kamer aan. Deze actie krijgt kritiek van de Taskforce.
- 31 Terwijl op de loonlijst ook nog 250 mensen staan die in de districten werkzaam zijn.
- 32 Zoals Huisartsen Diensten Structuren (HDS'en).
- 33 En huisarts assistenten in opleiding HAIO's.
- 34 Deel II is het plan van aanpak om de voorstellen te realiseren.
- 35 Dus niet alleen aan huisartsen, maar ook aan gezondheidscentra en huisartsendienstenstructuren.
- 36 En andere eerstelijns zorgverleners zoals fysiotherapeuten en verloskundigen.

- 37 Door publicitaire acties, protesten en stakingen is bereikt dat er hogere tarieven voor 2006 onder de nieuwe zorgverzekeringswet zijn afgesproken, dan de minister oorspronkelijk wilde.
- 38 Dat is overigens niet specifiek voor de huisartsen, maar geldt voor alle medische professies.
- 39 Het is minder dan 10 jaar geleden dat iemand zijn hele leven kandidaat notaris kon zijn, omdat er nergens een plaats vrijkwam, waar hij zich als notaris mocht vestigen van de Koninklijke Notariële Broederschap.
- 40 Als de commissie Tabaksblat suggereert dat er geen huisartsentekort is, weerlegt de minister dat onmiddellijk in haar eerste reactie op dit rapport, zonder overigens te kwantificeren, waarom zij meent dat er wel een tekort is. Zie brief van de minister van VWS van 29 juni 2001 aan de Tweede Kamer § 4.1. eerste zin 'Anders dan de commissie ben ik van mening dat er wel degelijk sprake is van een tekort aan huisartsen'
- 41 Ook dat geldt niet alleen voor huisartsen, maar ook voor notarissen en advocaten.
- 42 Slechts uit landelijke studies ontstaat een beeld hoe de huisartsen als groep die indicatiestelling uitoefenen.
- 43 De wet geldt bij invoering voor algemene, categorale en academische ziekenhuizen, voor verpleeghuizen, revalidatiecentra en psychiatrische ziekenhuizen. Later is de werkingsfeer uitgebreid tot onder andere verzorgingshuizen.
- 44 In de praktijk biedt het vergunningenstelsel uit de wet meer mogelijkheden om het totstandkomen van zorginstellingen tegen te houden dan om te bevorderen dat er een voorziening komt als er een witte vlek is in de infrastructuur.
- 45 Vanuit die betaalbaarheid is het bovendien vreemd dat de infrastructuur betaald wordt uit de premie ZFw door het abonnementstarief, terwijl particuliere patiënten (of hun verzekering) alleen betalen wanneer zij gebruik maken van de huisarts. Hier lijkt sprake van een omgekeerde solidariteit: de mensen met lagere inkomens (beneden de grens van de ZFw) dragen de kosten voor de infrastructuur, waar ook mensen met een hoger inkomen gebruik van maken. Met de invoering van de nieuwe zorgverzekering verandert dat. De huisarts krijgt dan een vast bedrag per ingeschreven patiënt.
- 46 De 'vrije vestiging' van medisch specialisten is immers ook veel minder onderwerp van overheidsregulering dan het handelen van ziekenhuizen.
- 47 Zie hoofdstuk 5 over de agency theory.
- 48 Twee vertegenwoordigers van 80 RHV'en.
- 49 Zoals in die periode wel gebeurd is met twee afsplitsingen van de LSV (Landelijke Specialisten Vereniging), die later weer zijn toegetreden tot de 'nieuwe' OMS (Orde Medisch Specialisten).
- 50 Zoals huisartsenposten en samenwerking met andere eerstelijns zorgaanbieders .
- 51 Welke instrumenten onvoldoende waren om langs normale wijze tot geleidelijke veranderingen te komen.
- 52 VWS zet in op gereguleerde marktwerking en vraagsturing voor de gehele integrale eerstelijnszorg. Dat wekt de indruk dat de regie in private governance terecht komt. In een situatie, waarin schaarste heerst, werkt de markt echter niet. De schaarste zal dus eerst opgelost moeten worden, wil marktwerking mogelijk zijn. Tegelijk wil VWS de functie van de huisarts als poortwachter handhaven. Dat staat haaks op vraagsturing, want via de poortwachter wordt het aanbod gestuurd. Uit de beleidsstukken van VWS blijkt nergens of de afweging is gemaakt of de poortwachterfunctie en de beschikbaarheid van een goede huisartseninfrastructuur een publieke verantwoordelijkheid zou moeten worden en zo ja welke voorwaarden daarvoor dan in de publieke governance wereld geschapen moeten worden.
Die vraag komt des te meer aan de orde bij de vorming van huisartsenposten (HAP) en de samenwerking, dan wel de combinatie van HAP met de spoedeisende hulp in ziekenhuizen (SEH). Vanuit kwaliteit van zorg buiten kantooruren en doelmatigheid kan zo'n samengaan grote voordelen hebben. Er is dan echter slechts één infrastructuur voor acute zorg. De vraag kan gesteld worden binnen welke governance wereld de regie over een dergelijke infrastructuur gelegd moet worden. Een antwoord op die vraag is nog niet voorhanden. Gelet op het totale overheidsbeleid zou het voor de hand liggen deze regie binnen de publieke governance wereld te leggen of tenminste binnen die wereld daarvoor de voorwaarden te scheppen.

Noten Hoofdstuk 13

- 1 Dr. J.H. Jansen was de eerste huisarts die zich in de NOP vestigde. Hij overleed door een motorongeluk, toen hij op weg was naar een patiënt. De heroïek en de verbondenheid met het Nieuwe Land, die uit dit verhaal blijkt is bepalend voor hoe er door de bevolking naar het ziekenhuis gekeken wordt. Iedere poging tot naamsverandering stuit dan ook op grote weerstand.
- 2 Die opvatting leeft breed in de NOP, onder andere bij een deel van de medisch specialisten en de medewerkers van het Dr. J.H. Jansenziekenhuis, de huisartsen, de gemeentepolitiek en een groot deel van de bevolking.
- 3 Een Gemeenschappelijke regeling is een vorm, waarin meerdere gemeenten samen een activiteit uitoefenen.
- 4 Emmeloord is onderdeel van de gemeente NOP. De voormalig burgemeester van de NOP (die ook al in zijn ambtsperiode in de NOP voorzitter van de raad van toezicht was) en de wethouder Volksgezondheid van de gemeente NOP maakten tot medio 2002 deel uit van de raad van toezicht, evenals een voormalig wethouder van Lelystad.
- 5 Volgens de directie stond het verschil tussen vrije vestiging en loondienst een dergelijke integratie in de weg, maar ook principiële werd er geen reden aanwezig geacht om tot integratie te komen.
- 6 Vanuit Lelystad vooral aan het ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk. Vanuit Emmeloord aan de nieuwe buitenpoli in Kampen (onderdeel van de Isalaklinieken in Zwolle) en aan het ziekenhuis in Meppel.
- 7 Zonder dat heel expliciet werd wat niet basale functies waren.
- 8 In Flevoland is een andere thuiszorgorganisatie (Icare) actief. Daar komt geen intensieve samenwerking mee tot stand. Een samenwerkingsstichting met de verpleeghuisorganisatie in Lelystad leidt een sluimerend bestaan.
- 9 In de vervolgdiscussie vaak aangeduid als 'de vijf basisvakken'.
- 10 Het betreft de eindrapportage van de Stuurgroep Functieprofielering, bestaande uit de directie en vertegenwoordigers van de medische staf. Het is niet duidelijk wie de stuurgroep heeft ingesteld.
- 11 Daarvoor moeten vier FTE gekwalificeerde kinderartsen aanwezig zijn. Er is gedurende langere tijd slechts 2,2 FTE aanwezig met een Noorse kinderarts en een Palestijnse kinderarts, welke laatste volgens de Nederlandse normen niet gekwalificeerd is.
- 12 Die in hun opleiding cardiologie nog als bijvak hadden gehad.
- 13 De IGZ vindt de kwaliteit van de IC onvoldoende vanwege het opleidingsniveau van de IC verpleegkundigen en onvoldoende aanwezigheid en kwalificaties van de anesthesiologen. De IGZ vindt dat er onvoldoende (in aantal en kwalificaties) kinderartsen zijn voor het openhouden van de klinische kindergeneeskunde.
- 14 De heer Wagenaar, die sinds 1990 directeur beheer van de ziekenhuizen was geweest, wordt benoemd tot voorzitter van de raad van bestuur van de holding. Zijn beheerstaak in de ziekenhuizen werd overgenomen door de heer Bouwmeester, voormalig directeur van de thuiszorgorganisatie. De heer Prins blijft medisch directeur.
- 15 Met betrekking tot vijf basisvakken in Emmeloord.
- 16 De cardiologie is bereid als één groep op beide locaties te gaan werken (ze werkten tot dan alleen in Lelystad).
De gynaecologen en de kinderartsen maken vorderingen.
De internisten en de chirurgen lopen op de emoties vast.
- 17 De raad van bestuur legt zich in die periode opnieuw vast op herstel van de klinische functie van de gynaecologie/obstetrie in juni 2003.
- 18 Niet duidelijk is om welke brief het gaat.
- 19 Een belangentegenstelling die overigens al sinds het aantreden van het college van B&W in de NOP een aantal jaren eerder bestaat.
- 20 De heer J.W. Brinkman.
- 21 Op grond van diens beperkte taak bij de planning van ziekenhuisinfrastructuur.
- 22 Het verzorgingsgebied van de IJsselmeerziekenhuizen.
- 23 De commissie adviseert dus om drie van de vijf basisvakken klinisch te concentreren in Lelystad.

- 24 Waarvoor het ambulancevervoer moet worden aangepast. De bereidheid en de mogelijkheden daartoe waren reeds een jaar eerder aangegeven door de ambulancedienst, maar door de raad van bestuur en de specialisten uit Emmeloord afgewezen.
- 25 Deze optie was al besproken met de raad van toezicht, hetgeen er in resulteerde dat een week later de heer Brinkman werd benoemd als interim-bestuurder.
- 26 Dus twee dagen voor de datum waarop de brief gedateerd is.
- 27 Hij vermeld daarin niet de correspondentie, die hij van de IJsselmeerziekenhuizen ontvangen heeft.
- 28 Een situatie, die feitelijk niet meer bestaat. Het ontbreken van kwaliteit in de kindergeneeskunde in Emmeloord was nu juist een van de bezwaren van de IGZ.
- 29 Hij refereert slechts aan het hoge geboortecijfer op Urk.
- 30 De nieuwe gedeputeerde voor Volksgezondheid Jan de Graaf, vraagt daarvoor zijn voorganger Dick Hemmen, die zojuist benoemd is tot burgemeester van Elspeet. Hemmen zag als gedeputeerde in februari 2002 meer bevoegdheden voor zichzelf om de ziekenhuizen de goede kant op te sturen.
- 31 In het inmiddels demissionaire kabinet Balkenende 1.
- 32 Waarbij ook de Tweede Kamer op enig moment het aftreden van Brinkman eist en daarover botst met De Geus, die zich minder direct met de IJsselmeerziekenhuizen wil bemoeien dan zijn voorganger.
- 33 Omdat de IJsselmeerziekenhuizen als geheel zo negatief in beeld zijn lukt het niet om vacatures te vervullen, terwijl er goede mensen weggaan, omdat ze genoeg hebben van het geruzie en de onzekerheid. Ook is inmiddels gebleken dat de vorige raad van bestuur vooral in Emmeloord heeft geïnvesteerd, waardoor renovatie in Lelystad achterblijft.
- 34 Voormalig minister van OCW.
- 35 Het aantal potentiële patiënten.
- 36 De minister vraagt dat stappenplan aan de raad van toezicht in plaats van aan de raad van bestuur, wat formeel onjuist is.
- 37 Impliciet neemt de Geus afstand van het standpunt van zijn voorganger en biedt hij de raad van bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen ruimte om een plan uit te werken volgens de aanbevelingen van de commissie Kraaijeveld.
- 38 Na deze opstelling van de minister en na een brief, waarin de raad van bestuur dreigt hen te ontslaan.
- 39 De cardiologie is inmiddels uit het rijtje verdwenen, omdat de cardiologen uit Lelystad polikliniek houden in Emmeloord. Klinische cardiologie is er niet in Emmeloord.
- 40 Minister van VWS in het kabinet Balkenende 2.
- 41 Opvallend is dat de minister voorbij gaat aan de taakverdeling tussen raad van bestuur en raad van toezicht. Er is immers sprake van een besluit van de raad van bestuur, dat goedgekeurd wordt door de raad van toezicht. Ook later zal de minister de raad van toezicht en niet de raad van bestuur om uitleg vragen.
- 42 Het plan van het ziekenhuisconsortium 'Een ziekenhuis op eigen benen, Bedrijfsplan op hoofdlijnen Ziekenhuis Emmeloord' is niet openbaar.
- 43 Zij heeft daarover dus een andere mening dan de minister, die in juni 2003 aan de Kamer schreef dat er zorgvuldig gecommuniceerd was.
- 44 Mevrouw Le Grand-van den Boogaard.
- 45 Dit onderwerp was oorspronkelijk het tweede deel van de opdracht aan de projectorganisatie, maar het rapport wordt nu gepresenteerd als het resultaat van een opdracht aan mevrouw Le Grand als persoon.
- 46 Bij andere kleine ziekenhuizen doen zich vergelijkbare problemen voor.
- 47 Al is dit niet helemaal vanzelfsprekend. Volgens de kwaliteitwet ligt de verantwoordelijkheid voor kwaliteit op systeemniveau bij de raad van bestuur. Volgens de BIG is de beroepsbeoefenaar verantwoordelijk voor zijn eigen kwaliteit.
- 48 Dat is overigens geen formeel vastgelegd beleid. Deze keuze blijkt niet uit de beleidsstukken van de IGZ noch uit een sanctionering daarvan door de minister.
- 49 Wanneer het immers mogelijk geweest zou zijn om in Emmeloord een klinische praktijk kindergeneeskunde te laten functioneren volgens de professionele normen en standaarden, dan zouden

- alleen kostenoverwegingen en onvoldoende productie in de wereld van private governance redenen kunnen zijn om de praktijk te sluiten. Geen enkel bedrijf zou zo'n afweging snel maken, omdat de beschikbaarheid van kindergeneeskunde een belangrijk marketing instrument is om ook andere patiënten aan het ziekenhuis te binden.
- 50 Het is enigszins paradoxaal, dat het advies van een commissie met een onduidelijke status uiteindelijk het startpunt en het houvast is geweest voor de daadwerkelijke verbetering van de situatie.
- 51 De aanwijzing, die bedoeld is om verbetering van kwaliteit af te dwingen.
- 52 Inhoudelijk is zijn standpunt ongelukkig, omdat opnieuw de suggestie wordt gewekt dat er wel een volwaardig ziekenhuis in Emmeloord kan blijven, terwijl de commissie Kraaijeveld nu juist had aangetoond dat dat niet kon. Het is een interventie, die een oplossing niet bevordert. Juist als de maatschappelijke actoren in de regio beginnen te wennen aan het idee dat een andere koers nodig is, wekt de minister valse hoop door opnieuw een niet haalbare optie tot de norm te verheffen. Hij bezorgt daarmee de verantwoordelijken in het private governance systeem een extra probleem.
- 53 Zoals de adviesbevoegdheid van de ondernemingsraad in een organisatie of de inspraak bij een bestemmingsplan.
- 54 Zoals bijvoorbeeld bij artikel 26 van de WOR, waar de uitvoering van de beslissing een maand moet wachten om de OR in de gelegenheid te stellen in beroep te gaan bij de Ondernemingskamer.
- 55 En overigens hebben we aftreden en vervanging van de raad van toezicht al in gang gezet, dus maakt u zich geen zorgen dat wij een oplossing in de weg staan.
- 56 In zo'n geval kan volgens de wet aan de rechtbank gevraagd worden iemand te benoemen.
- 57 Waarbij overigens opnieuw voor een publieke bestuurder, een commissaris der Koningin, gekozen wordt.
- 58 Het omgekeerde lukt ook niet. Er kan vanuit de private en de publieke governance wereld evenmin afgedwongen worden dat medici de standaarden van hun beroepsgroep naleven.

Summary

Governance & Health Care

Private, Public and Professionals' Influences on Health Care Providers in the Netherlands

Dutch health care governance is complex and threefold, dealing with private, public and professionals influences on health care providers.

Organisations should serve the interests others have entrusted into their hands. Governance is a way of achieving this principle, generally based on rules and manners for management, on control and on accountability. All sectors of society nowadays have to deal with governance.

In the Dutch health care sector private organisations (e.g. hospitals, nursing homes and home care services) and individuals (e.g. general practitioners, medical consultants and physiotherapists) deliver health care services to patients. Health care delivery is based on contracts between private parties. The government expects health care providers to serve the public interest. Professionals' visions on health care services and professionals' interests strongly influences choices on societal and organisational level. Private, public and professionals interests are supported by their own governance.

Health care providers must thus deal with private, public and professionals' governance in organising their services, as well as in the actual service for individual patients. Each governance system has its own morality and pursues its specific aims and goals. The systems are using different principles and sets of instruments. Morality, goals, principles and instruments differ so widely that one may refer to three different governance worlds.

Health care providers must function in the combination of three governance worlds. They must weigh private, public and professional interests against each other. The demands and rules of each governance world need to be obeyed while the interests, demands and rules of the three governance worlds may conflict.

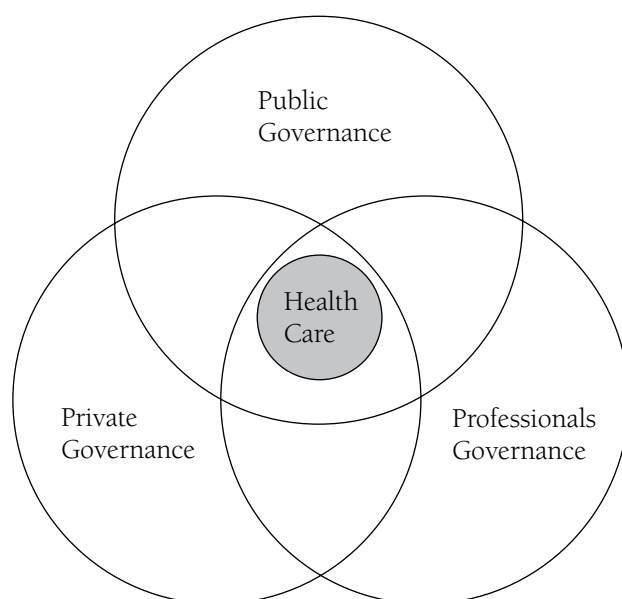
Research has been done on the practice of this combination of private, public and professional governance for Dutch health care providers.

In Part I of the study, the research field is explored and the research question is formulated. Chapter 1 is a description of the Dutch health care system. It starts with an explanation of the system's financial construction. The governmental responsibility for the access, costs and quality of the health care system is then considered. After surveying these public aims the managerial organisation of health care providers is described. Health care services are delivered by standalone professionals and by institutions. The latter are private entities based on private law. Health care service to an individual patient

is based on a private contract between provider and patient. The provider is paid for the service by a private contract with a health insurance company. Normally these health care organisations have separate managing and supervision boards, and must cope with a number of stakeholders. Private, public and professionals' elements of the Dutch health care system are covered at the end of chapter 1.

The meaning of the word 'governance' is considered in chapter 2. An introduction is provided into the relevant theory, the aims, the use of power and the principles of governance. Governance can be seen as a set of instruments. It can also be defined as the pursuit of a specific interest or as weighing different interests. Third, governance can be considered as an instrument for reducing management power and correcting the management. Last but not least, governance can serve to achieve trust in society because it helps to prevent or solve societal problems.

In chapter 3 the surveys of health care and of governance are combined in Dutch health care governance. This combination demonstrates the overlap of private, public and professionals' governance as seen in the figure below. The research question, the research plan, the methodology and the relevance of this study are described in chapter 4.



The theoretical part of this study starts with chapter 5, surveying the influence of societal visions on the organisation of health care governance. This chapter also argues that the three governance worlds have different moralities. The views of Jacobs (1992) and Freidson (2001) are used to design a third 'professional moral syndrome' separate from the 'commercial moral syndrome' and the 'guardian moral syndrome', as Jacobs determines. The driving spirit of the commercial moral syndrome is negotiation by equal partners. The guardian moral syndrome is based on the use of power and hierarchy. The

professional moral syndrome is driven by knowledge and binding between peers. These three syndromes cannot be separated in health care. Health care organisations must deal with them concurrently.

The theoretical and practical backgrounds of private, public and professionals' governance are investigated separately in chapters 6, 7 and 8. They consider the need for governance, the law, the practice of governance and the theories in use. The results of these separate investigations are combined in chapter 9. The differences and the similarities of the governance worlds are considered, as well as the consequences for health care providers. The combination of private, public and professionals' governance in Dutch health care can only be explained and understood if we accept the complex reality of a number of stakeholders, few of them having matching interests and visions. These interests must be weighed. Negotiations with the stakeholders are the only way to acquire a shared vision and to achieve results. When reality is reduced to one principal-agent relationship and governance is sculptured from that perspective, a solution for societal and organisational problems is impossible. Each stakeholder is a player in a game of negotiation and compromise.

With the perspective obtained from the theoretical part of this study, the practice of the combination of private, public and professionals' governance is examined in three cases. Part III of the study starts with the case of blood supplies in the Netherlands. In 1998 one national organisation was formed to obtain blood from donors, to manufacture blood and blood products and to deliver this to hospitals for patient use. This change was necessary because the previous system was unable to ensure that sufficient safe blood products of a high quality were available. Public governance was enlarged by forming one private organisation under the control of the Minister of Health. An evaluation some years later showed this construction to be functioning well, with the professionalism of the blood supply organisation having developed in the new setting.

The second case describes how the system of general practitioners is organised and the influence the association of general practitioners (LHV) has on this system. The general practitioner is the gatekeeper to hospitals and an important factor in the Dutch health care system. For considerable time the LHV and its sister organisation the NHG (for the professional development of general practitioners) ensured there were sufficient general practitioners of a high quality. The profession developed scientifically and in practice. The government thus felt justified to allow the monopoly and to support the general practitioners and their organisation. This system came under pressure in the 1990s when a shortage of general practitioners threatened. The LHV and the Ministry of Health entered into a battle on the financial position of the general practitioner. They also argued about controls on the general practitioner health care system in the Netherlands. The LHV's powers have since been reduced. A combination of public, professionals' and private governance influences now governs the general practitioner structure. It is unsure whether this new mix can guarantee good and sufficient general practitioner health care for the entire country.

The third case considers the problems of a small hospital in Emmeloord. This hospital hit difficulties in supplying all the population's curative functions. The hospital is part of the IJsselmeerziekenhuizen foundation, and this case analyses how the foundation is

searching for a solution to the Emmeloord problem, having to deal with a large number of stakeholders with differing views and interests. This case shows how the combination of private, public and professionals' governance prevented a solution to the problem, while the quality of hospital care in Emmeloord was below professional standards. This lack of quality continued for some time because none of the responsible parties intervened. Chapter 14 brings together the results of the three cases and describes their parallels.

The results of the research on theory and on practical cases are brought together in part VI, with conclusions in chapter 15. The combination of private, public and professionals' governance for Dutch health care providers is complex and has insufficient coordination between the governance worlds. The combination does not guarantee good health care governance. Neither does it help to solve or to prevent problems. Many stakeholders do not understand the complexity of the combination. It is unclear who is responsible and accountable for a problem and who can solve the problem. An incorrect intervention by the wrong person can make the problem worse. But it is possible to achieve results and to realise changes in this imperfect and complex combination if an individual understands the complexity and uses it to his advantage. This individual is playing the game in each governance world according to the rules and morality of that specific world. He coordinates his actions in the three worlds and uses the results of one world for further actions in another. He is flexible and ensures he retains the ability to negotiate while not losing sight of the target, using the instruments from the three governance worlds to empower each other towards the same end. He is a partner in negotiations on an equal level with other parties.

The complexity of the combination of private, public and professionals' governance is a fact of life. None of the governance worlds can be eliminated and neither can one be placed hierarchically above the others. Health care providers must cope with three worlds of governance. Changes and improvements within the combination are possible, if that reality is accepted. Chapter 16 describes in detail the suggestions for improvements, which can contribute to transparency. More transparency helps managers and government to see the possibilities and to use them for achieving the desired results.

Curriculum vitae H. Hoek

Personalia

Naam: Hans Hoek
Geboortedatum: 12 februari 1949
Geboorteplaats: Rotterdam
Burgerlijke staat: gehuwd, geen kinderen

Opleiding

1961-1966 Dalton HBS-B te Rotterdam
1966-1976 Civiele techniek Technische Universiteit Delft
1976-2001 Diverse management opleidingen
1999-2006 Erasmus Universiteit Rotterdam:
Promotieonderzoek governance zorgorganisaties

Werkervaring

1999-2000 Initiatiefnemer en lid commissie Health Care Governance (commissie Meurs)
2001-2002 Lid commissie Health Insurance Governance (commissie Glasz III)
1988-heden C3 adviseurs en managers
Oprichter en directeur adviesbureau voor de gezondheidszorg
Interim-bestuurder en bestuursadviseur
1987-1988 Zelfstandig interim-manager en adviseur
advies en interim-management in gezondheidszorg en voor overheden
docent managementopleiding
1981-1986 Provincie Noord-Brabant
hoofd beleidsbureau Verkeerszaken
projectleider Bedrijventerrein Hazeldonk
docent Management Development programma
1975-1981 Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
hoofd afdeling onderzoeksondersteuning
interim-manager onderzoeksafdeling
organisatieadviseur
onderzoeker