

Huidige zorggovernance niet toekomstbestendig

Realisatie zorgakkoorden vereist fundamenteel andere governance in de zorg

In 1999 verscheen het eerste rapport¹ over *healthcare governance*, en daarmee bestaat de governancecode van de zorg 25 jaar. Sindsdien is de zorg enorm veranderd. Zo is er vanaf 2006 het stelsel van gereguleerde marktwerking², en wordt ook de zorg al ruim dertien jaar gedomineerd door akkoordenpolitiek³. Toch veranderde de opzet en reikwijdte van de governance niet wezenlijk.

Wat draagt deze governance bij aan het zorgstelsel en de zorgakkoorden, en dus aan belangrijke en actuele vragen die spelen in de zorg? Ondersteunt deze governance preventie, passende zorg en regionale samenwerking? Dient het de belangen van (toekomstige) patiënten, cliënten en medewerkers. En houdt het ook nog duurzame betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en welzijn in balans?

Codes als basis zelfregulering

Begin jaren '90 van de vorige eeuw ontstond het idee van *corporate governance*, zoiets als 'goed bestuur' voor beursfondsen, in het Verenigd Koninkrijk. Niet direct als gevolg van schandalen, al kwamen die wel aan het licht nog voor de eerste code ('Cadbury Report'⁴) in 1992 klaar was. Het governance-denken kreeg daardoor direct de wind mee. Nederland volgde deze beweging in 1997 met de veertig aanbeveling van de commissie-Peters⁵. Ook weer gericht op beursfondsen. De ondertitel van de eerste Nederlandse 'code' was 'Aanbevelingen voor goed bestuur, adequaat toezicht en het afleggen van verantwoording'. Ook de zorgsector volgde snel, en initieerde in 1999 een commissie onder leiding van Pauline Meurs. Die commissie schreef dertig aanbevelingen, en stelde in de inleiding 'Het merendeel van de aanbevelingen van de commissie richt zich op goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording van zorgorganisaties'. Bijna letterlijk dezelfde tekst als bij de beursfondsen. In Nederland waren noch bij de beursfondsen noch in de zorg affaires of schandalen de directe aanleiding voor de code. Maar die volgden wel snel, de *dotcom bubble* barstte met World Online (2000) in Nederland en in de Verenigde Staten speelde Enron (2001). Maar in Nederland was vooral Ahold (begin 2003) bepalend, daarop volgde direct reactie van 'corporate Nederland' met de instelling van de commissie-Tabaksblat. Liever een code⁶ met wat meer duidelijkheid dan de eerdere aanbevelingen, dan wetgeving zoals de Sarbanes-Oxley Act⁷ in de Verenigde Staten.

Sinds de eeuwwisseling lijkt geen sector nu meer zonder een governancecode te kunnen.

De zorg volgde de corporates

Een aantal destijds – al dan niet bewust – gemaakte keuzes bepalen nog steeds veel van de huidige governance. In de *corporate governance* geldt dat er uitiem een eigenaar is, en mede vanuit de

¹ Commissie Health Care Governance (1999) *Health care governance; Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg*. C3 adviseurs en managers. Leusden

² Onder meer beschreven in het WRR Working Paper *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief, 1941-2017* (door Roland Bertens en Jasmin Palamar)

³ In 2010 *Hoofdlijnen bekostiging vrij gevestigd medisch specialisten transitie 2012–2014*; en in 2011 *Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015*

⁴ Cadbury Report; *The Financial Aspects of Corporate Governance* (1992)

⁵ Commissie Peters; *Aanbevelingen inzake Corporate Governance in Nederland* (1997)

⁶ Commissie Tabaksblat; *De Nederlandse corporate governance code* (2003)

⁷ 'Sarbanes-Oxley Act' / *Public Company Accounting Reform and Investor Protection Act* (2002)

gedachte van de *agency theory*⁸ (met een 'principaal' en een 'agent') wordt dan gezocht naar een manier om het uitvoerende bestuur, het interne toezicht en de externe verantwoording (eerst alleen de financiële jaarrekening) vorm te geven. Hoe ontstaat er balans tussen de macht van vooral het bestuur en daarachter het interne toezicht, en 'tegenmacht' van de eigenaar die op grotere afstand staat? De vraag is waarom de zorg, waar geen situatie is met eigenaren, min of meer kritikeloos de opzet van de corporate governance volgde.

Een ander punt is de reikwijdte van de zorgbrede governancecode. Vanaf 1999 zijn bestuur, intern toezicht en financiële verantwoording van instellingen steeds belangrijke kernpunten van de code geweest, met daarnaast dan aanvullende accenten. Maar veel governance in de zorg valt ook niet onder de code. Zo zorgbreed was het niet. Zorgverzekeraars, zorgkantoren, MSB's, belangengroepen, samenwerkingsverbanden en gemeenten vallen al 25 jaar buiten de reikwijdte van de zelfregulering. Al die partijen zijn ook onderdeel van zorgakkoorden, maar verantwoorden zich ook niet over hun rol daarin.

Effectief koos de 'zittende macht' voor zelfregulering, en de *principle based* of Rijnlandse benadering, tegenover dan de *rule based* aanpak van de Verenigde Staten. De kern van die zelfregulering blijft ook de basis van de recente kabinetsvisie⁹ over de toekomst van de *corporate governance* in Nederland. De code voor beursfondsen leek op sterven na dood, maar recent heeft het kabinet besloten de zelfregulering weer nieuw leven in te blazen. Lees die laatste zin nogmaals.

De zorgsector heeft dus nu een keuze. Opnieuw de route van *corporate governance* volgen, of kiest de zorg dit keer een route kiezen die beter aansluit bij de eigenheid, structuur en actuele uitdagingen van deze semipublieke sector?

Zorggovernance nog steeds zonder tegenmacht

Hoe ontwikkelde de zorggovernance verder? Wellicht het meest opmerkelijke is dat de opeenvolgende governancecodes in de zorg niet heel wezenlijk veranderden vanaf 1999. Dit terwijl er twee hele grote wijzigingen plaatsvonden in de zorg: invoering van de gereguleerde marktwerking in 2006 en vanaf 2010 de introductie van de zorgakkoorden. Zijn de governance en de code redelijk universeel toepasbaar al die jaren, of juist maar beperkt relevant? Ook hier is weer een parallel met de *corporate governance*. Ondanks de wereldwijde financiële en bankencrisis van 2007/08 veranderde de herziene code voor beursfondsen kort na die crisis niet of nauwelijks¹⁰.

Hoe werkte de zelfregulering verder uit? Of dat echt werkt is eigenlijk niet heel diepgaand onderzocht. Bij diverse onderwerpen uit de code bleek de sector – naar de mening van de politiek – onvoldoende in staat zichzelf goed te reguleren, bijvoorbeeld het functioneren van intern toezicht en de werkgeversrol. Dat leidde tot de Wet Normering Topinkomens¹¹ (beperking inkomens) en de Wet Bestuur en Toezicht¹² (beperking aantal commissariaten). Bij de maatschappelijke verantwoording, ook een kernpunt uit de code, was door een onhandige formulering in een wet jarenlang geen bestuursverslag meer verplicht. Prompt pakten heel veel zorginstellingen die kans, en stopten met dat verantwoorden.

⁸ *Theory of the firm: managerial behaviour, agency costs and ownership structure*; Jensen en Meckling, in: *Journal of Financial Economics*, 3, pag. 305-360.

⁹ *Kamerbrief inzake Toekomst corporate governance stelsel*; Ministerie van Economische Zaken en Klimaat (19 januari 2024)

¹⁰ *De Nederlandse corporate governance code*; Monitoring Commissie Corporate Governance Code (december 2008)

¹¹ 'WNT'; *Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector* (vanaf 2013)

¹² *De (reparatiewet) Wet bestuur en toezicht* (vanaf 2013)

Bij het ontbreken van eigenaarschap blijft echte tegenmacht ook ontbreken. Daarbij zette de trend van ‘technocratisering’ door. De macht in de zorg kwam grotendeels te liggen bij partijen die aan (beleids)tafels akkoorden sluiten zonder enige vorm van democratische legitimatie of governance. Dat past(e) uiteraard goed in het inmiddels stevig verankerde ‘new public management’ dat in de slipstream van het neoliberale marktdenken in de jaren ’00 en ’10 van deze eeuw bij overheid en semipublieke sectoren domineerde.

Dat ontbreken van tegenmacht werd door parlement en adviesorganen ook stevig, maar niet heel effectief, bekritiseerd. De Eerste Kamer stelde in 2011/12 in haar eerste parlementair onderzoek, over privatisering en verzelfstandiging van overheidsdiensten (‘Verbinding verbroken?’¹³), dat de doelstellingen ervan niet helder waren, en de besluitvorming niet goed genoeg. Maar er werd niet gecorrigeerd.

In 2010 schreef de toenmalige Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) het rapport ‘Terug naar de basis’¹⁴ over legitimiteit van maatschappelijke dienstverlening, en wees er onder meer op dat te veel nadruk op toezicht en verantwoording de maatschappelijke oriëntatie uithollen, en dat de dialoog met de ‘cliënt’ nog naar beperkt in beeld was. De RMO vroeg aandacht voor meer ‘nabijheid’ op alle niveaus, wat met name bij representatie van medewerkers, cliënten en patiënten, als ‘tegenmacht’ ten opzichte van de meeste andere partijen in de zorg, nog steeds niet veel beter is. Als derde voorbeeld over ontbrekende tegenmacht schreef de voormalige Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (tegenwoordig de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, ‘RVS’) in 2014 een achtergrondstudie¹⁵ naar de governance van zorgverzekeraars met als conclusie een onevenwichtige ‘balance of powers’. Dat uit zich in een te zwaar stempel van DNB/AFM, de notie dat de leden/aandeelhouders van zorgverzekeraars als (formeel) hoogste zeggenschap niet leeft, dat de verzekerdeninvloed te mager is, en dat feitelijk de Raad van Bestuur van de zorgverzekeraar geen tegenmacht heeft, ook niet vanuit de markt.

Nieuwe opgaven vragen nieuwe opzet governance

De grote maatschappelijke opgaven die zijn geïnventariseerd in IZA¹⁶, WOZO¹⁷ en GALA¹⁸ vragen veel. In termen van governance kan het ‘goede bestuur’ in zorg en welzijn collectief een grote slagkracht ontwikkelen om bij te dragen aan die doelstellingen. Maar de huidige ‘governance’ is daarvoor wel wat te mager en dat moet dus anders.

De signalering van de RMO in 2010 over het dominante denken in toezicht, controle en verantwoording (zoals ook nu nog verankerd in governancecodes) lijkt goed te passen bij de huidige groep beleidsbepalers en bestuurders die professioneel zijn ‘opgegroeid’ in de tijd van het new public management, met een sterke gedachte van maakbaarheid door financieel beheer. Dit heeft ook geleid tot een sterk technocratische benadering, en vertaalt zich sterk in de wijze waarop vandaag de dag naar het hele zorgstelsel gekeken wordt. Namelijk gericht op ‘control’ en voorzien van een groot arsenaal aan beheers- en controlemaatregelen om de nadelen van de gereguleerde marktwerking te compenseren. Kijk je echter naar verreweg de grootste groep zorgverleners zelf, dan zijn die juist

¹³ *Verbinding Verbroken? Onderzoek naar de parlementaire besluitvorming over de privatisering en verzelfstandiging van overheidsdiensten*; Eerste Kamer der Staten-Generaal (2012)

¹⁴ *Terug naar de basis Over legitimiteit van maatschappelijke dienstverlening*; Raad voor maatschappelijke ontwikkeling (2010)

¹⁵ *Over governance van zorgverzekeraars gesproken: een kritische reflectie vanuit juridisch-bestuurlijk perspectief*; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2014)

¹⁶ *Integraal Zorgakkoord* (2022)

¹⁷ *Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen* (2022)

¹⁸ *Gezond en Actief Leven Akkoord* (2023)

gericht op samenwerking. En, zoals de filosoof des vaderlands destijds een keer treffend signaleerde: het maatschappelijke vertrouwen in zorgverleners zoals verpleegkundigen en artsen is vele malen groter dan de managers en zorgverzekeraars die hen dagelijks controleren. Pauline Meurs, voorzitter van de eerste codecommissie in 1999 keek in 2022 op min of meer dezelfde wijze terug¹⁹: “hoe meer verantwoording je vraagt, hoe minder vertrouwen je oogst”. Ook stelt Meurs dat door die financiële framing we steeds komen tot dezelfde antwoorden op maatschappelijke vraagstukken, en hekelt ze de gewoonte om de inrichting van de zorg alleen langs financiële lijnen te bekijken. “Zo komen we steeds met dezelfde antwoorden op maatschappelijke vraagstukken”.

Wat er nodig is voor de uitdagingen voor de toekomst

Het is moeilijk vast te stellen wat de huidige governance de zorg heeft gebracht op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, voor patiënten, voor arbeidsmarkt-vraagstukken, voor samenwerkingen, enz. Wat was en is hiervan de meerwaarde ten opzicht van de organisatie van zorgprofessionals zelf? Ondertussen worden er binnen de zorg wel belangrijke beleidskeuzes gemaakt. Het stelsel wordt nu met name gedisciplineerd door ‘betaalbaarheid’ op macroniveau, maar voor veel mensen staan toegankelijkheid en betaalbaarheid op microniveau centraal. Beleidsmatig is ‘passende zorg’ erg belangrijk, maar de gemiddelde (toekomstige) patiënt zegt begrip dat nog niets. Hoe worden dit soort vraagstukken bij elkaar gebracht? En dat in een tijd waarvan het Sociaal Cultureel Planbureau zegt dat er een steeds grotere groep burgers is die niet meer verwacht dat de overheid haar problemen kan of wil oplossen²⁰. Is er dan überhaupt een basis voor een maatschappelijke dialoog die nodig is om de schaarste in zorg te gaan verdelen?

Welke rol kan of moet governance nu spelen om bij te dragen aan het realiseren van die dialoog? Voor de zorg zijn er twee – beide niet-ideale – oplossingen: vooral markt of vooral overheid. Daar zit nu gereguleerde marktwerking tussen in, maar zonder solide maatschappelijk draagvlak om bij schaarste in dit model maatschappelijk gedragen keuzes te maken. Om de uitdagingen, zoals vastgelegd in de zorgakkoorden, in een dagdagelijks werkbare vorm in dat model op te gaan lossen zijn nieuwe samenwerkingsvorm (‘governance’) nodig. Oplossingen die weg bewegen van de huidige technocratie, waarbij in de regel de suggestie is dat er maar één oplossing is (en dus niets te kiezen valt).

¹⁹ Interview Pauline Meurs, Het Financieele Dagblad, ‘Radicale verandering van het zorgstelsel heeft nog nooit wat opgeleverd’ (1 juli 2022)

²⁰ Interview Karen van Oudenhoven, directeur van het Sociaal en Cultureel Planbureau, Het Financieele Dagblad “Mensen geloven niet dat de politiek bij machte is hun problemen op te lossen’ (17 december 2023)

Zorgbrede governance anders inrichten

Governance in de zorg moet concreet zichtbare zorginstellingen, met zichtbare patiënten, cliënten, medewerkers, managers, bestuurders en toezichthouders meer en direct gaan verbinden aan de grotere vraagstukken van de zorg en de beleidsbepalers. Daarom het voorstel om in 2025 te komen tot een nieuwe zorgbrede samenwerkingsafspraken (nieuwe term voor 'governancecode') die gericht is op het faciliteren van de vraagstukken die de komende tien tot vijftien jaar het meest belangrijk zijn.

Hoe is dat te realiseren? In de eerste plaats door een 'commissie' in te richten die alle belangen in de zorg representeert. Dus niet meer de Brancheorganisatie Zorg (BOZ)²¹ exclusief als penvoerder, maar de RVS als samenroeper. De RVS stelt een schrijfteam en klankbordgroep in. Het schrijfteam schrijft, en het klankbordgroep reflecteert, denkt mee, geeft gevraagd en ongevraagd advies. Heel belangrijk, er volgt geen onderhandelronde met alle deelbelangen die vervolgens alle ongemak, dat juist in zo'n code zichtbaar moet worden, wegmasseert.

De inhoud is aan schrijfteam en de klankbordgroep, maar toch ook alvast een ongevraagd advies hoe zo'n nieuwe samenwerkingsafspraken er uit zou kunnen zien.

De belangrijkste vraagstukken in de zorg zijn samen te vatten als enerzijds macrobetaalbaarheid, microbetaalbaarheid, sociale (on)gelijkheid en passendheid, en anderzijds de belangen van patiënten, medewerkers, organisaties en de maatschappij. Deze twee benaderingen worden geconfronteerd in vier hoofdstukken met elk vier paragrafen in een nieuwe samenwerkingsafspraken ('code') die dan worden uitgewerkt.

Zo kan op hoofdlijnen ('principle based') de verbinding worden gelegd tussen de rol van de overheid, het maatschappelijk middenveld en de private of semipublieke deelbelangen. De klankbordgroep kan het eindproduct toetsen door zich af te vragen of de nieuwe zorgbrede samenwerkingsafspraken bijdraagt aan het oplossen van de vraagstukken die in IZA, WOZO en GALA zijn samengevat.

Waarom toch weer veel zelfregulering? Omdat zorg en welzijn in de kern over maatschappelijke vraagstukken gaan, waarbij de oplossingen voor die vraagstukken concreet binnen die maatschappelijk context en representatie uitgedacht en gerealiseerd moeten worden. Dat vraagt, ook al is het geen gemakkelijke oplossing, debat en het zichtbaar maken van keuzes met meer democratische inbreng.

Als de sectoren zorg en welzijn serieus van plan zijn om de grote vraagstukken, vastgelegd in de diverse (zorg)akkoorden te realiseren, zullen ze ook bereid moeten zijn daar nieuwe randvoorwaarden voor te creëren door het maken van breed maatschappelijk gedragen afspraken over de samenwerking. Afspraken die een fundamenteel ander evenwicht kennen dan de zorggovernance van de afgelopen 25 jaar.

Hans Dijkstra
April 2024

²¹ www.brancheorganisatieszorg.nl/over-boz/