

## Hoe zou 'Urgenda' er in de zorg uit zien?

De gezondheidszorg en preventie lopen langzaam vast in het huidige stelsel, en dat raakt kwetsbare groepen het meest. De overheid lijkt steeds minder in staat om belangrijke en complexe stelsels te beheersen en tijdig bij te sturen als ze uit de rails lopen. Ook het zorgstelsel gaat voorlopig niet veranderen. Bij dit systeemfalen rest voor patiënten dan niets anders meer dan de Urgenda-aanpak. Zorgbestuurders kunnen dan wachten tot ze net als bij Shell hierop juridisch worden aangesproken, maar ze kunnen ook besluiten om als uitvoerders belangrijke beleidskeuzes weer naar zich toe te halen, en die goed uit te gaan voeren.

### Urgenda in de zorg

De toegankelijkheid van de zorg staat onder druk. Dat is problematischer dan de stelselrisico's betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Verminderde toegankelijkheid leidt tot schaarste. Schaarste die vooral ten koste gaat van toegang tot zorg voor kwetsbare groepen, en daarmee bijdraagt aan verdere tweedeling in de samenleving. Het recente SCP-rapport 'Eigentijdse ongelijkheid' bevestigt wederom dat lager opgeleide mensen minder lang leven, en korter in goede gezondheid, dan mensen met meer formeel onderwijs. Ondertussen gaat een groot deel van de Jeugdzorg financieel kopje onder en krijgt het Hoger onderwijs het geld niet weg op veel plekken. Zelfde land, zelfde leeftijdsgroepen, zelfde overheidstaak?

Dit roept een moreel-ethische vraag (tot actie) op voor zorgbestuurders, hoe acceptabel is die ongelijkheid als het gaat om leven en welzijn?

Als de toegankelijkheid van de zorg de fossiele brandstoffen zijn, het WRR-rapport 'Houdbare zorg' uit 2021 het klimaatakkoord van Parijs, het IZA de kabinetsaanpak, en een willekeurig regioplan Shell is, dan is het wachten op een patiëntenfederatie die de rol van Urgenda oppakt, en kabinet en zorginstellingen gaat dwingen de toegankelijkheid van de zorg sneller en concreter te gaan verbeteren. Immers, die aanpak oogt een stuk effectiever dan het overheidshandelen bij de toeslagaffaire en gaswinning.

### Het huidige zorgstelsel is geen natuurwet

Nu is het huidige zorgstelsel geen natuurwet, want hoe werkt het? De overheid is niet in staat de zorgkosten op de rijksbegroting te beheersen. Daarom zijn zorgverzekeraars als uitvoerders voor het hele stelsel aangewezen, die hebben niet de spagaat tussen de kiezer en zorgconsument. Sinds invoering van het stelsel staat slechts financiële disciplinerende centraal, als het ingewikkeld wordt verschuilen zorgverzekeraars zich achter het stelsel en als het spannend wordt dreigen ze met de ACM.

Al in 1963 schreef de latere Nobelprijs winnende econoom Kenneth Arrow dat door de permanente informatie-asymmetrie de zorg niet als een klassieke markt kan werken. Daardoor kan zo'n concurrentieel model als gereguleerde marktwerking niet goed functioneren. Dichterbij, zo'n twintig jaar geleden in ons eigen land, waarschuwde de WRR in 'Bewijzen van goede dienstverlening' (2004) al dat het onverstandig was om in de zorg beleid en uitvoering uit elkaar te halen. Dat zou alleen maar leiden tot meer regeldruk en controle, met als gevolg ondermijning van vertrouwen in uitvoerende professionals en bestuurders. Wat adviseerde de WRR dan, dus vóór invoering van de marktwerking? De overheid moest meer durven kapitaliseren op de kennis en kunde van professionals en bestuurders; meer stimuleren en minder controleren en minder angstig zijn voor eventuele fouten<sup>1</sup>. Dus, beleid en uitvoering bij elkaar houden, en precies dat advies zouden zorgbestuurders nu moeten gaan oppakken.

---

<sup>1</sup> Zie twee recente artikelen in 'Beleid en maatschappij'

## **De rol van zorgbestuurders**

In de Urgenda-zaak gaat het vooral om een wezenlijke verandering in het denken, het systeem wordt minder belangrijk als ‘excuus’ om niet te acteren. Het gaat erom wat instellingen en dus bestuurders zelf kunnen doen. Bij een binnenlands vraagstuk zoals het zorgstelsel is dat veel. Maar zijn zorgbestuurders zich niet te politiek-meegaand en beleidsvolgend gaan gedragen? Hebben zorgmanagementopleidingen, studiereizen, accreditaties en verenigingen niet een te sterk socialiserend effect gehad, als voorwaarde om überhaupt mee te mogen praten? ‘Don’t rock the boat’ als functie-eis bij werving en selectie? Daar ligt een belangrijke zelfreflectie binnen de sector. Tenminste, als je uitgaat van de opvatting dat (medisch) zorgbestuurders en hun interne toezichthouders niet verantwoordelijkheid dragen voor instandhouding van een stelsel, maar – ook morele – verantwoordelijkheid dragen voor duurzaam eerlijk gedeelde toegankelijkheid van de zorg.

## **Maar hoe dan?**

Natuurlijk is er geen ‘quick fix’, maar tegelijk is er wel een alternatief handelingsperspectief. Als voorbeeld de omgang met het nieuwe zorgakkoord (IZA)<sup>2</sup>. De landelijke overheid legt ook uitvoering van de zorg in de regio. Hoe zal dat gaan in het huidige stelsel? Dat wordt een onderhandelsspel vanuit eigen (deel)belangen, met een resultaat goed te keuren door zorgverzekeraars. Daarom is de governance-vraag van zo’n regio ook heel spannend nu, hoe behoud je voldoende macht en invloed? Maar komt in Nederland de grote noodzakelijke transitie in de zorg op gang als dat moet worden goedgekeurd door zorgverzekeraars en indirect gesanctioneerd door de ACM?

Het alternatief is om het brede maatschappelijke en regionale belang van de toegankelijkheid als doel centraal te stellen, regionaal te gaan organiseren, en daarbij alle mededingingsregels te negeren. Maak heldere keuzes vanuit regionale capaciteitsbenutting op basis van passende zorg, spreiding en concentratie, invulling van de zorgketens in sociaal domein, eerste- en tweedelij, en haal alle productieprijken eruit door een vaste vergoeding voor huisartsen en medisch specialisten. Van medisch bestuurders wordt hierbij een scherpere balans gevraagd tussen (meer) professionele autonomie in de spreekkamer en (minder) organisatorische autonomie. Als de bestuurders regionaal besluiten uit te gaan van het totale beschikbare budget, dan vervalt de facto ook de rol van de verzekeraars die nu hun ‘macht’ slechts ontleen aan het verdeelmechanisme van de financiële middelen.

## **Utopie?**

Is dit utopisch? Nee, in de kern gaat het om de vraag wat er gebeurt als zorgbestuurders, in denken en doen, durven het huidige stelsel over te slaan en direct de beste oplossing te gaan kiezen en uit te voeren. Doordat het concurrentiemodel het ‘eigen organisatie eerst’ sterk heeft verankerd in het DNA van de huidige generatie bestuurders en managers is dat ongelofelijk spannend. Net zo spannend als onomkeerbare stappen naar regionale samenwerking, maar dan zonder coronanoodzaak.

Nog een keer het Urgenda-voorbeeld, in de zorg kennen we geen ‘klimaatsceptici’. Niemand denkt dat het vanzelf goedkomt in de zorg, en dus maatschappelijke support genoeg voor veranderingen die zullen leiden tot duurzaam eerlijk gedeelde toegankelijkheid tot zorg. Resteert alleen de vraag: voelen (medisch) zorgbestuurders en interne toezichthouders zich, al dan niet moreel, verantwoordelijk daarvoor, en willen ze daar hun bestuurlijk handelen naar gaan richten?

Hans Dijkstra

Maart 2023

[www.dijkstraadvies.eu](http://www.dijkstraadvies.eu)

---

<sup>2</sup> Zie ook <https://www.dijkstraadvies.eu/Bestanden/Als%20taal%20niet%20meer%20werkt.pdf>