

## TRANSPARANTIE EN MAATSCHAPPELIJKE VERANKERING VAN ZORGCONGLOMERATEN: IS DAT EEN ISSUE DAN?

Drs SPM de Waal

Partner Boer&Croon Management Consultants te Amsterdam

Gepubliceerd in ZM Magazine, september 1998

### **Tegengestelde ontwikkelingen**

Er ontstaan steeds grotere en complexere 'zorgconcerns': samengestelde organisaties, ontstaan uit vele fusies, met vaak ook typen van zorg in zich verenigd die vroeger strikt gescheiden waren. We zien bundelingen van thuiszorg met verzorgingstehuizen, verpleeghuizen met ziekenhuizen en zelfs toenemend publiek-private combinaties, zoals ziekenhuizen met privé-klinieken en verpleeghuizen met aanvullende ouderenvoorzieningen. De eerste tekenen van nog verdergaande 'doorvlechtingen', zoals met pensioenfondsen, woningcorporaties en verzekeraars zijn al zichtbaar. We kennen allemaal de achterliggende strategische overwegingen, zoals de schaalvoordelen in overheadfuncties en zorgcontractering en zoals het toenemend denken in regionale verbanden en vormen van 'ketenbeheer' waarin de patiënt zo effectief en efficiënt langs de budgetten en de diverse zorgdiensten wordt geleid. In feite zijn veel zorgconcerns het antwoord van de private organisaties in het veld op het verkokerde en soms zelfs versplinterde beleid van overheid en zorgverzekeraar.

Binnen de klassieke wisselwerking tussen regulerende en – indirect – financierende overheid enerzijds en veld van zorgaanbieders anderzijds haakt dit in op een trend naar professionalisering, toenemend strategisch management en streven naar verzelfstandiging of, chic, zelfsturing. Als antwoord op de dynamiek van de 'zorgmarkt' en op het vraagstuk van permanente kwaliteitsverbetering en zorgmanagement is deze concernvorming volstrekt logisch.

Echter, in de eveneens klassiek aanwezige wisselwerking met de patiënt, gaan door deze schaalvergroting ook traditionele verbanden verloren. Tegelijk met deze rationeel verantwoorde schaalvergroting zien we nu toenemend een meer maatschappelijk en soms zelfs moreel debat ontstaan over zaken als 'legitimiteit', 'verantwoording aan de samenleving' of 'de inzet op publieke doelen', juist gericht op deze grote zorgorganisaties. Het betreft hier vraagstukken waar de top van dergelijke organisaties een antwoord op moet zien te vinden. Waarom eigenlijk?

### **Wat is het belang van de maatschappelijke verankering?**

Nederland is relatief uniek in de constructie van enerzijds een financierende overheid die echter de uitvoering overlaat aan of delegeert aan private organisaties, beide opererend voor de publieke zaak. Met dit laatste wordt bedoeld op het feit dat het gaat om gemeenschappelijk gefinancierde voorzieningen die relatief goed toegankelijk moeten zijn voor allerlei groeperingen in de samenleving. Juridisch grijpt het uiteindelijk terug op de Grondwet waarin iedere Nederlander een goed stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen wordt gegarandeerd. Deze garantie berust uiteindelijk bij de overheid, zoals recent weer is aangetoond in het gevecht om een goede CAO: door werkgevers en werknemers werd de bal voluit bij de overheid gelegd onder het motto: u dient garant te staan voor een kwalitatief goede gezondheidszorg. Toch hebben we dus zo'n stelsel waarin private organisaties een groot deel van deze overheidsrol uitvoeren en waarmaken. Deze unieke publiek-private samenwerking is ontstaan in de (relatief verre) historie van Particulier Initiatief, is overwoekerd geraakt door de enorme dominantie van overheidsfinanciering en –regelgeving vanaf de jaren vijftig en dient nu, onder het regime van een 'zich terugtrekkende' overheid opnieuw ontdekt en ontworpen te worden. Het simpele motto daaronder moet zijn 'noblesse oblige': verzelfstandiging van zorgaanbieders dient een op een gepaard te gaan met een herontdekking van hun publieke rol, inclusief het publiekelijk afleggen van verantwoording en het zelf actief opzoeken en aanpakken van

maatschappelijke leemten en behoeften die dicht aanliggen bij de eigen kerncompetenties. Dit laatste duid ik reeds enige jaren aan met het concept 'maatschappelijk ondernemen'. (1)  
Buiten een soort moreel appel dat uitgaat van dit 'noblesse oblige' en wellicht, bij de meeste bestuurders ook nog enig gezond maatschappelijk gevoel, zijn er ook sterke strategische argumenten om deze publieke verantwoording en verankering zeer serieus te nemen.

**a. Wat de overheid geeft, kan de overheid ook weer terugnemen.**

Uiteindelijk is de overheid de meest dominante en machtige factor in het publieke domein, op grond van haar monopolies op belastingheffing en wetgeving, waaronder de mogelijkheid verplichte verzekeringspremies op te leggen. Alle studies in het buitenland, zoals ook weer recent in het huidige Oost-Europa, tonen aan dat non-profitorganisaties of georganiseerde burgers opererend in het publieke domein net zoveel speelruimte hebben als de overheid wenst toe te staan. Het is dus zaak publiek en maatschappelijk verantwoord te handelen, goede transparante verslaglegging te hanteren, heldere bestuursstructuren te hebben om daarmee de overheid geen argumenten in handen te geven de verzelfstandiging terug te draaien. Daarbij geldt vaak een permanente omgekeerde bewijslast, want weinig politiek-ambtelijke overheidsapparaten, zelfs niet de Nederlandse, begrijpen natuurlijkerwijs deze combinatie van besteding van publieke middelen voor publieke doelen door private organisaties. Een simpel beroep op het eveneens publiek geaccepteerde inzicht dat pure uitvoering door de overheid vaak ook niet leidt tot transparantie, bestuurlijke helderheid en dergelijke is daarvoor niet genoeg.

**b. Een machteloze patiënt organiseert zich vroeg of laat**

Grote en relatief monopolide opererende professionele organisaties die voor een groot deel opereren op basis van publieke financiële middelen zoals in het merendeel van de gezondheidszorg het geval is, hebben geen natuurlijke prikkel tot klantvriendelijkheid. Kortom: dreigen te verworden tot naar binnen gerichte zorgbureaucratieën, waar de patiënt 'al blij mag zijn dat hij geholpen wordt', respectievelijk redelijk Kafkaësk door het 'ketenbeheer' wordt 'gemanaged', inclusief de effectieve uitschakeling van familie en verwanten en de afwenteling van wat minder zorgvuldig ketenmanagement in de vorm van wachttijden thuis of op de gang. Er is in de Nederlandse gezondheidszorg gelukkig weinig mis met de patiëntgerichtheid op microniveau, dat wil zeggen zodra het werkelijk contact met de zorgverlener/arts eenmaal tot stand gekomen is. Ik heb het hier dus veeleer over de patiëntgerichtheid op mesoniveau, namelijk de algemene organisatorische prestaties zodra de (mogelijke) patiënt in aanraking komt met het systeem van gezondheidszorg. Tegenover dit natuurlijke naar binnen gerichte gedrag dienen externe 'checks and balances' te staan. Een van de manieren waarop een kritische patiënt kan reageren is door terug te grijpen op de rol van de overheid en daar (bijvoorbeeld bij de inspectie) te klagen. Dit kan bij de overheid het gedrag uitlokken waar ik het hierboven over had. Maar wat te denken van redelijk recente voorbeelden waarbij patiëntenorganisaties actief de pers opzoeken en werken met 'zwartboeken', 'aanklachten' en 'signalering van onregelmatigheden en wanbeleid'? En wat te denken van een weekblad die voldoende geïnteresseerde lezers vermoedt bij het publiceren van een met research onderbouwde lijst van de meest klantvriendelijke ziekenhuizen in Nederland? En – tenslotte- welke acties overweegt de Consumentenbond nog in het meer transparant maken van de kwaliteit van de diverse zorgaanbieders? En tenslotte doemt hier, bij onvoldoende inspelen op deze publieke plichten die staan tegenover de toenemende publieke rechten en zelfstandigheid, een vertrouwd verbond op in een nieuw jasje. Overheid en patiënt vinden elkaar in de financieringssystematiek van het persoonsgebonden budget, vooral vanwege de wens en behoefte een tegenwicht te bieden tegenover deze 'zorgbureaucratieën'.

**c. Onvoldoende maatschappelijke verankering brengt ook forse kosten met zich mee**

Een zelfstandige, grote zorgorganisatie wordt dus in het leven geroepen, 'vanwege het goed en effectief kunnen omgaan met de turbulentie en uitdagingen op de moderne zorgmarkt'. (De aanhalingstekens zijn ironisch bedoeld tegenover het wat overdreven uit Amerika overgewaaid beleidsjargon, overigens vaak voortkomend uit de pen van tamelijk Nederlandse organisatie-adviseurs) Maar over welke turbulenties hebben we het concreet? We hebben het over sluitingen van locaties, over verdeling van schaarste bij wachtlijsten, over risicovolle investeringen die ook fout kunnen aflopen, over allianties met commerciële partijen als projectontwikkelaars, toeleveranciers, farmaceutische industrie en over commercieel intern ondernemerschap van specialisten/hoogleraren en facilitaire diensten. Op al deze terreinen kunnen fouten worden gemaakt en kunnen personen zich gedupeerd voelen, kortom is sprake van publieke en wellicht juridische aansprakelijkheid. Vrijwel alle aansprakelijkheidswetgeving, -jurisprudentie en -literatuur geven aan dat zorgvuldige, transparante beslisprocedures waarbij betrokkenen goed zijn geraadpleegd en belangen goed zijn afgewogen doorslaggevend zijn voor de positieve externe beoordeling van het betrokken besluit of gedrag van de organisatie. In al bovenstaande besluiten spelen publieke dimensies een grote rol, het is dan ook niet meer dan logisch dat grote zorgorganisaties bij toenemende zelfstandigheid eenzelfde type verantwoordingsgedrag moeten gaan vertonen als de overheid. Ik heb wethouders en ministers al meesmuilend horen praten over het amateurisme van een aantal zorgorganisaties in het afleggen van publieke verantwoording! 'Daarin kunnen ze nog veel leren van overheidsorganisaties'

**d. Modern ondernemingsbestuur richt zich ook op 'stakeholders' in plaats van alleen 'shareholders'**

Bestuurders van zelfstandige 'maatschappelijke ondernemingen' beroepen zich er graag op dat ze bedrijfsmatig opereren en dat ze in de top van de onderneming opereren volgens het 'commissarissenmodel'. Elders (2) heb ik al aangegeven dat er enige weeffouten zitten in deze vergelijking met het bedrijfsleven, omdat de belangrijkste corrigerende factor ontbreekt, namelijk de kapitaalverschaffer oftewel shareholder die beoordeelt of de onderneming wel genoeg rendement op kapitaal maakt en daarmee het presterende karakter van de top beoordeelt. Kortom: hier gaat de trotse vergelijking met het 'echte bedrijfsleven' al op veel fronten niet op, maar ook niet als je kijkt naar de meest moderne varianten hiervan. Dan gaat het om een cluster van ontwikkelingen met daarin als kerntermen 'corporate governance' (dit slaat op de brede verantwoording van een onderneming naar allerlei 'stakeholders', waaronder zelfs toekomstige generaties) en 'maatschappelijk verantwoord ondernemen'. Toenemend onderkennen de echt grote bedrijven (zoals Shell, Rabobank, Ahold) dat er geen onderscheid meer is aan te brengen tussen consument/aandeelhouder/kiezer, met andere woorden dat publiekelijk afleggen van verantwoording en dan ook kunnen aantonen dat de onderneming zich gedraagt als een 'corporate citizen' broodnodig is voor het strategisch voortbestaan. Bij Shell leidt dat tot het concept van een 'license to operate'(3), hetgeen toch dicht aanligt met hoe zorgorganisaties hun plaats in de Nederlandse verhoudingen zouden moeten definiëren.

**e. Maatschappelijke verankering en klantenbinding liggen dicht bij elkaar**

In het verlengde van het vorige punt is er natuurlijk ook een zeer prozaïsch en strategisch argument. Indien je er, onder andere via een uitgekiend PR-beleid, in slaagt bij de brede maatschappelijke omgeving van je zorgorganisatie het gevoel op te roepen dat het 'hun' organisatie is, stel je dan niet ook je klantenbasis het best veilig? Hier ligt ook een fantastische koppeling met het verenigingskarakter van een aantal zorgorganisaties, met name natuurlijk de thuiszorg, maar ik heb ook voorbeelden uit de gehandicaptenzorg. Wat is er nu mooier uit marktoogpunt als het hebben van je klanten in een lidmaatschapsstructuur? Dit is echter slechts een van de manieren om je

maatschappelijke verankering vorm te geven en serieus te nemen. Het is duidelijk: hier snijdt het mes aan twee kanten, enerzijds een publieke verankering in moderne vormen van burgerschap, anderzijds het veilig stellen van marktaandeel. Het is duidelijk dat de vroegere vormen van verankering via bestuurders, vaak uit de maatschappelijke elite, niet meer op zullen gaan, daarvoor is de samenleving teveel ontzuild en geïndividualiseerd, maar verwaarlozing zal niet het goede antwoord zijn.

Ik denk hiermee voldoende argumenten aangereikt te hebben om veel zorgvuldiger en systematischer om te gaan met de eigen maatschappelijke verankering. De vormgeving hiervan is toch vooral een zaak van eigen beleid en creativiteit, waarmee bestuurders van maatschappelijke ondernemingen zich toch weer in het rijtje kunnen scharen van het meest innovatieve deel van ondernemingsbestuur, bedrijfsleven of non-profit.

(1)Waal S.P.M. de 'Cliëntgericht besturen in de gezondheidszorg. De nieuwe legitimatie' in Van Mierlo e.a. 'Particulier initiatief in de gezondheidszorg' van Gorcum Assen 1991

(2)Waal S.P.M. de 'De weeffouten in het commissarissenmodel' Zorgvisie 18 juli 1997, pag. 26 t/m 33

(3) Lezing op congres 'Ondernemen in Sociaal Beleid' dd. 18 februari j.l. over publiek-private samenwerking rond sociale kwesties.