

Governance in de zorg en het fenomeen van onzekerheid

Toenemende onzekerheden kunnen een gevolg zijn van nieuwe regelgeving, maar ook van onvoorspelbare veranderingen die een ingrijpende impact hebben. Denk aan de coronacrisis, de energiecrisis of de oorlog in Oekraïne. In alle gevallen is het voor zorgorganisaties zaak om goed zicht te hebben op hun afhankelijkheden. Daarnaast is het van belang dat ze snel kunnen reageren op onvoorziene situaties. Innovatief vermogen, ondernemerschap en creativiteit zijn hierbij essentieel.

Richard Janssen analyseert de bedoelde en onbedoelde, en de verwachte en onverwachte effecten van onzekerheden op de bedrijfsvoering. En wat vraagt dit van de rol van de governance?



Richard T.J.M. Janssen is
bijzonder hoogleraar (emeritus)
Bestuur en Management van
Instellingen in de Gezondheidszorg
aan de Erasmus School of Health
Policy & Management.

In het gezegde ‘besturen is vooruitzien’ zit veel opgesloten. Er zitten elementen in van tijdigheid, vooruitzien, anticiperen et cetera. Daarnaast weten we dat het besturen van een onderneming in de context van een markt met veel onzekerheden gepaard gaat. Maar ook binnen deze context is veel variatie mogelijk. Voor de dorpsbakker in Schipluiden met zijn vaste klantenbestand zien de onzekerheden er anders uit dan voor het bestuur van een mondiaal werkend bedrijf als ASML. Denk bijvoorbeeld aan valutarisico's die het gevolg zijn van afnemers in geheel andere delen van de wereld.

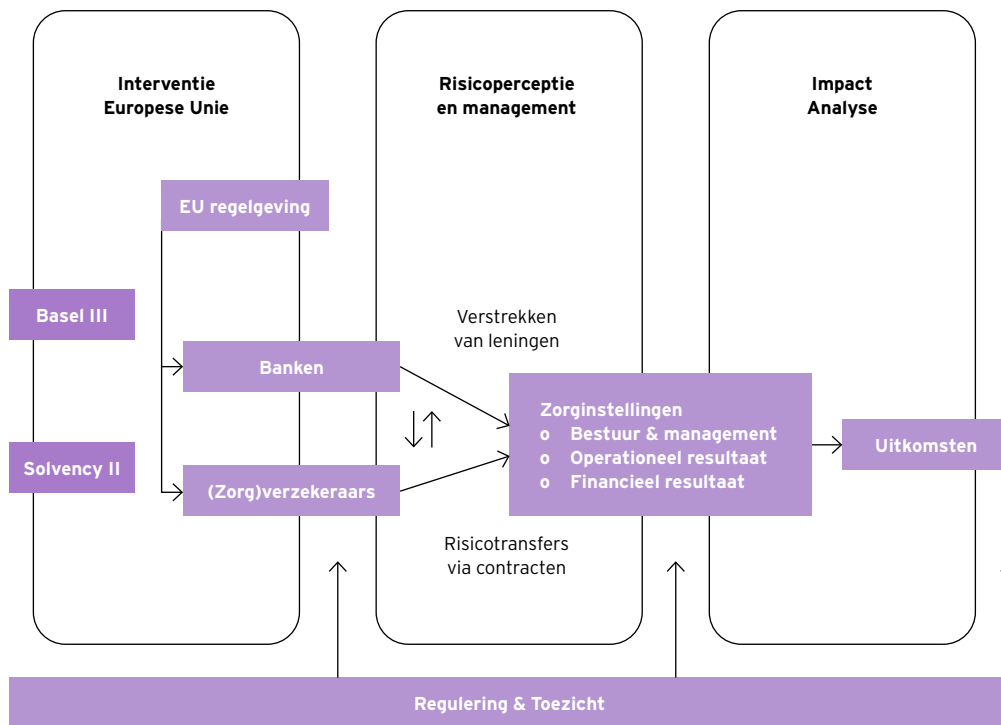
Bij het besturen en toezien van een organisatie in het publieke domein weten we dat een belangrijk deel van de sturing ingegeven wordt door verandering van regelgeving. Alle organisaties in een dergelijke omgeving reageren als een soort kudde op nieuwe regels. Waardoor er ook weer een soort zekerheid ontstaat. Als we echter kijken naar de langetermijnontwikkeling in het publieke domein, dan wordt deze de afgelopen decennia gekenmerkt door het fenomeen dat de overheid steeds meer beleidsruimte – of beter: verantwoordelijkheden – verleent aan de uitvoerende partijen. Denk daarbij bijvoorbeeld aan onderwijsinstellingen, zorgorganisaties of woningcorporaties. Deze verlegging van verantwoordelijkheden gaat veelal gepaard met een intensivering van de verantwoordingsplicht. Daarnaast zien we binnen het overheids-

bestuur een proces van decentralisatie optreden. Bijvoorbeeld naar gemeenten die er beleidstaken verkrijgen in de zorg, zoals de uitvoering van de Wmo en de Jeugdwet. Wanneer deze processen niet gepaard gaan met kaders of gezamenlijke conventies, kunnen er voor organisaties die voor bijvoorbeeld meerdere gemeenten werken, nieuwe onzekerheden ontstaan in hun bedrijfsvoering.

Wat ik hiermee wil zeggen is dat er in de meeste westerse landen voor de uitvoeringsorganisaties in het publieke domein omgevingen zijn ontstaan, waarbinnen steeds meer onzekerheden de bedrijfsvoering binnensluipen. Daarmee is besturen niet langer alleen reageren op veranderende regelgeving, maar ook het absorberen en hanteerbaar maken van deze onzekerheden, op zo'n wijze dat de continuïteit van de organisatie niet onder druk komt te staan. Je zou dit als een proces kunnen zien waarbij er sprake is van een zekere convergentie tussen de bedrijfsvoering in het publieke domein en de vrije marktcontext.

De casus GGZ

Voor de GGZ zijn de onzekerheden beleidsmatig vergroot. Door een stapeling van structurele hervormingen, zoals de ontmanteling van de AWBZ, het overdragen van sturende en financieringsrollen naar de gemeente in het kader van de Jeugdwet, de Wmo, zijn er



Figuur 1: Relatie tussen beleid, marktdynamiek en prestaties (Bron Westra e.a., 2016)

veel onzekerheden in het zorgstelsel gebracht. Ook de veranderingen van de bekostiging binnen de Zorgverzekeringswet droeg aan die toename bij.

Bij de invoering van het huidige zorgstelsel in 2006 werd met het betrokken veld overeengekomen om de GGZ zorg die op curatie gericht is, vanuit de AWBZ over te brengen naar de Zorgverzekeringswet. Daarbij werd tevens in stappen een nieuw bekostigingssysteem ingevoerd gebaseerd op DBC's (*Diagnose Behandel Combinatie*, red.), net zoals dat eerder voor de ziekenhuizen was ingevoerd. De kern hiervan is dat de behandelingskosten van een patiënt na afloop plaatsvinden. Dit impliceert dat een zorgorganisatie bij een gemiddelde behandelduur van negen maanden over een behoorlijk werkkapitaal moet beschikken. Hierin kan worden voorzien doordat de verzekeraar dit (deels) voorschiet en/of doordat de bank de organisatie voorziet van werkkapitaal middels een rekening-courantkrediet. Je mag dan tot een bepaald bedrag rood staan op de

betaalrekening. In de AWBZ deed een instelling met een of soms meerdere zorgkantoren zaken. Nu moeten zij contracten sluiten met aanmerkelijk meer verzekeraars – soms wel tien – die allemaal hun eigen contractvoorwaarden formuleren.

Deze nieuwe onzekerheden werden ervaren door de gebruikers (ouderen, ouders en hun kinderen), door de uitvoerende instanties en natuurlijk ook door de lagere overheden die nieuwe verantwoordelijkheden kregen, gekoppeld aan forse bezuinigingsopdrachten tot 20 procent. De instituties die normaal 'zekerheden' vertegenwoordigen, konden deze steeds moeilijker bieden. Daar kwam de financiële en bestuurlijke crisis die de EU en de rest van de wereld trof nog bovenop. Door de effecten van de geopolitieke crisis, tot en met het opvangen en huisvesten van vluchtelingen, drong een breed gevoel van onzekerheid zich op (SCP 2016). In de periode na 2008 ontstond er in de samenleving

een oncomfortabele sfeer, zoals Elchardus (2015) signaleerde.

Impact van internationale regelgeving

Ik ga wat dieper in op veranderingen die vanuit Europees niveau inwerken op Nederlandse zorginstellingen, omdat deze mijns inziens structurele impact hebben en omdat de werking daarvan minder evident is, laat staan publiekelijk gedeeld wordt. Het gaat hierbij om Europese regelgeving die zich richt op het functioneren van banken en verzekeraars. Deze regelgeving wordt wel aangeduid met Basel III en Solvency II. De doelstelling van Basel III is het terugdringen van de risico's om als bank in een crisis te geraken. Daarom zijn de vereisten voor het aanhouden van eigen vermogen door de bank aanmerkelijk verhoogd (Niemeyer 2016). Deze vereisten worden medebepaald door het onderliggende risico dat bij de uitstaande leningen verondersteld wordt. De risicomodellen die daarvoor zijn opgezet, hebben ingrijpende gevolgen voor het gedrag van de banken.

In de eerste plaats worden de vereisten voor het verstrekken van lang vermogen aangescherpt. Borging door het Waarborgfonds WFZ draagt weliswaar bij aan een lagere risico-opslag, maar de looptijd is teruggebracht tot gemiddeld tien jaar. De borging door het Waarborgfonds is teruggebracht naar maximaal 70 procent. Dat betekent dat de lenende organisatie feitelijk het renterisico op zich neemt tot het moment van herfinanciering, meestal na tien of vijftien jaar. Er wordt gebroken met een traditie waarin borging binnen het publieke domein plaatsvond. Zo stelt oud-IMF econoom Raghuram Rajan (FD 2017): 'Het onderliggende risico in de economie moet door iemand gedragen worden. Doordat de banken het niet meer mogen, komt dat nu bij *schaduwbanken* terecht: pensioenfondsen, verzekeraars, private partijen en cetera.' Mijns inziens kun je zorginstellingen aan dat rijtje toevoegen. Ook voor het verschaffen van werkkapitaal hebben we te maken met een geheel nieuwe situatie. Kon je voor de crisis redelijk gemakkelijk in je werkkapitaal voorzien

tegen een aantrekkelijke rentevergoeding, nu betaal je voor de beschikbaarheid en bij de deels negatieve rentestand in de afgelopen jaren zelfs voor het aanhouden van een positief saldo bij de bank. Kortom, de condities waaronder zorginstellingen over vreemd vermogen kunnen beschikken, zijn significant veranderd. En de kosten, los van het rentebestanddeel, zijn fors toegenomen. Daar komt nog bij dat banken de totale omvang van uitstaande leningen bij een partij in de zorg maximeren tot zo'n 70 miljoen. Dit betekent dat een instelling met een totaal aan leningen van bijvoorbeeld 300 miljoen met een consortium van vier banken te maken krijgt, en daardoor een beperkte keuze heeft in andere kapitaalverstrekkers in de markt. In dit opzicht kun je spreken van marktverhoudingen met grote wederzijdse afhankelijkheden en – in termen van contractuele condities – van disciplinerende werking (Smith et al. 2012). Daarom zoeken instellingen naar andere partijen om te voorzien in hun kapitaalbehoeften, zoals de Europese investeringsbank of institutionele beleggers. Groot en Maessen (2017) stellen dat banken in een onwenselijke machtspositie gebracht zijn, mede doordat het zorginstellingen wettelijk verboden is risicodragend kapitaal aan te trekken. Een ander gevolg hiervan is dat met name ziekenhuizen relatief dure leasecontracten afsluiten voor bijvoorbeeld kostbare apparatuur en ICT-systemen om hun kapitaalbehoefte te verlagen. De facto lijkt de ruimte voor het besturen van een zorgorganisatie eerder af dan toe te nemen. Dat voelt als een onbedoeld en onverwacht effect van het beleid dat ten grondslag ligt aan het nieuwe stelsel, namelijk gereguleerde concurrentie (Merton 1936).

'De condities waaronder zorginstellingen over vreemd vermogen kunnen beschikken, zijn significant veranderd. En de kosten zijn fors toegenomen'

Zoals ik eerder al stelde, staan zorgverzekeraars eveneens bloot aan de Europese regelgeving, genaamd Solvency II. Zij moeten grotere buffers aanhouden in relatie tot de risico's die ze verzekeren. Dat merken zorginstellingen op een indirecte wijze. Zorgverzekeraars zullen immers hun verzekerde risico's in het contract 'verpakken'. Dat kan allerlei vormen aannemen, zoals het afspreken van een maximaal budget waarbinnen alle gevraagde zorg geleverd moet worden, of het contract aanbieden in de vorm van een aanneemsom. Het Europees beleid is erop gericht bepaalde markten zodanig te reguleren dat de onzekerheid van bedrijfsrisico's afneemt. Maar via het functioneren van banken en zorgverzekeraars heeft dat ook effect op het functioneren van zorginstellingen in Nederland. Voor hen nemen de risico's toe en we betalen de daaruit voortkomende extra kosten uit publieke middelen. De marktverhoudingen in termen van machtsbalans zijn van dien aard dat de zorginstellingen aan het kortste eind trekken. Via de contracten ter verkrijging van leningen wordt het effect van regelgeving direct en eenzijdig doorgegeven aan klanten. Dat is opmerkelijk in een privaatrechtelijke context. Wanneer bijvoorbeeld een zorgorganisatie in de situatie van 'bijzonder beheer' bij de bank komt, wordt de besturing van die zorgorganisatie in een strak kader geplaatst. De relatie met de bank(en) neemt een hiërarchische taakstellende vorm aan. Zij gaan dicht op het bestuurlijk proces zitten. Zeker in de setting van bijzonder beheer werkt dat disciplinerend.

Stapelning van toezicht in een onzekere context

Toezichthouders vermijden over het algemeen onzekerheid. In de Governancecode Zorg wordt aanbevolen om een risicoraamwerk voor de eigen organisatie op te stellen. Naast de eigen raad van toezicht hebben we de IGJ, de NZa en de ACM, maar ook de DNB en de AFM. Zij allen zijn op enigerlei wijze betrokken geraakt bij het stelsel van gereguleerde concurrentie in de zorg. In het jaarlijks verantwoordingsproces spelen accountants eveneens een belangrijke rol. Zij hebben zelf hun werkwijze verregaand geprotocolleerd, nadat zij in hun beroepsuitoefening onder druk kwamen te staan.

'De ruimte voor het besturen van een zorgorganisatie lijkt eerder af dan toe te nemen. Dat voelt als een onbedoeld en onverwacht effect van het beleid van gereguleerde concurrentie'

Kortom, er is sprake van een stapeling van toezicht en dat veroorzaakt een opwaartse druk op de kosten van administratie en verantwoording. Dit alles leidt tot een merkwaardige tegenstelling. De stelselwijziging had als belangrijk doel de zorg onder meer genormaliseerde omstandigheden ten uitvoer te brengen. Zorginstellingen moeten zich met meer vrijheidsgraden en ruimte voor ondernemerschap kunnen kwijten van hun uitvoerende taak. Dat proces is zeker op gang gekomen (Dijk 2017). Daar staat echter tegenover dat de wederzijdse afhankelijkheden zodanig zijn geworden dat er de facto sprake is van een institutionaliseringsproces. De vrijheidsgraden voor zorgorganisatie en bestuur staan eerder onder druk. Michael Power (2007) stelt dat er risico's geconstrueerd worden als onderdeel van het overheidsbeleid of het beleid van toezichthoudende organen, en dat het daarbij vaak niet gaat om wezenlijke onbeïnvloedbare risico's, zoals een natuurramp. Hij stelt dat de impact hiervan op het gedrag van organisaties maatschappelijk onwenselijke gevolgen kan hebben.

Deze these van Power lijkt hier bevestigd te worden. Daarnaast denk ik dat ook de veelgehoorde onvrede in de zorg met betrekking tot administratieve last hiermee geassocieerd kan worden. Veel van deze verplichtingen hebben te maken met een vorm van risicobeheer, extern of intern vereist, zonder dat ze ervaren worden als een wezenlijke bijdrage tot betere zorg. Het antwoord op deze situatie zou moeten zijn dat spelregels en speelveld zodanig gedefinieerd worden dat iedere partij in zijn

eigen natuurlijke rol blijft, om op die manier het maatschappelijke doel van toegankelijke, betaalbare en gepaste zorg maximaal te realiseren. Voorbeeld hiervan is dat de verzekeraar verantwoordelijk blijft voor het volumerisico en de zorginstelling voor het doelmatig leveren van zorg.

Onzekerheid tijdens coronacrisis: bedoelde en onbedoelde effecten

Sinds de uitbraak van Covid-19 hebben zorg- en welzijnsorganisaties te maken gekregen met bedoelde en onbedoelde effecten van deze pandemie. Bedoelde effecten zijn effecten waarvan men wilde dat deze zich zouden ontploegen, in lijn met de bedoeling van de organisatie. Voorbeelden van bedoelde effecten zijn dat de veiligheid van medewerkers en patiënten geborgd werd, dat met grote snelheid Covid-19-afdelingen gerealiseerd werden in bijvoorbeeld GGZ-instellingen en verpleeghuizen. Onbedoelde effecten zijn daarentegen effecten waarvan men het niet wenselijk vindt dat deze plaatsvinden en die men dus ook niet voor ogen had. Voorbeelden daarvan zijn dat medewerkers zich onveilig voelden of zich niet goed ondersteund voelden. Maar ook onzekerheid voor de organisatie als geheel over de vergoeding van de extra kosten als gevolg van allerlei maatregelen is een onbedoeld effect.

Verwachte en onverwachte effecten

Naast het onderscheid tussen bedoelde en onbedoelde effecten kan er onderscheid gemaakt worden tussen verwachte en onverwachte effecten. Een verwacht effect is een effect dat je kunt voorspellen op basis van een bepaalde context en/of een bepaalde handeling of ervaring uit het verleden. Een voorbeeld van een verwacht effect is dat de kans op nieuwe besmettingen van patiënten en personeel zou afnemen nadat er allerlei maatregelen genomen waren om de besmettingskans te verkleinen. Onverwachte effecten zijn effecten die men niet had kunnen voorspellen. Een voorbeeld hiervan is dat het verloop onder medewerkers sterk afnam en dat

in sommige organisaties het ziekteverzuim in de eerste fase omlaagging. Hierdoor bleken ambitieuze plannen om het personeelsverloop te laten dalen in het kader van krapte op de arbeidsmarkt onverwachts snel gerealiseerd te worden, zonder interventie vanuit de daarvoor verantwoordelijke afdelingen. Dit laatste betreft daarmee een onverwacht, maar bedoeld effect. Andere effecten in deze categorie zijn de enorme verbondenheid binnen organisaties en de inzet en bereidheid om overuren te maken en op andere afdelingen te werken. Een vorm van flexibiliteit waar menig bestuurder van droomt in de gewone realiteit.

Een van de onverwachte en onbedoelde effecten is bijvoorbeeld de reputatieschade die met name onder zorginstellingen is opgetreden. Zorg is in essentie een reputatiegoed en gebaseerd op vertrouwen. Maar wat als dat fundamenteel geschaad wordt? De effecten daarvan waren direct na de coronacrisis waarneembaar. Mensen gingen minder naar de huisarts, er werd minder doorverwezen, ziekenhuizen kampten met minder instroom en verpleeghuizen in de grote steden hadden te maken met een leegstand van wel 10 procent. Dat alles terwijl hier geen epidemiologische aanwijzing voor was. Dit was natuurlijk niet bedoeld, maar het was toch een mechanisme dat optrad en nog maanden voortduurde. Zoals het spreekwoord zegt: reputatie komt te voet en gaat te paard. De reputatie zal dus weer opgebouwd moeten worden. Daarvoor is meer nodig dan overgaan tot de orde van de dag en alleen communiceren dat zorgorganisaties veilige plaatsen zijn.

Systematische evaluatie

Door systematische observatie kan op elk niveau in kaart gebracht worden wat de bedoelde/onbedoelde en verwachte/onverwachte effecten van de coronapandemie zijn (geweest) voor de organisatie. Deze effecten kunnen het best aangeduid worden in een matrix:

	Bedoelde effecten	Onbedoelde effecten
Verwacht		
Onverwacht		

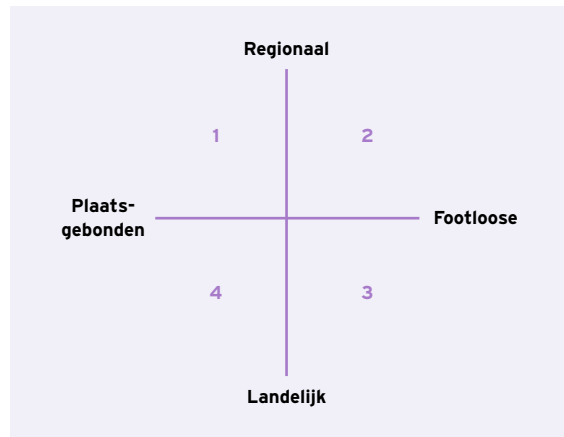
Effectenmatrix van een (beleids-)interventie

De bedoeling hiervan is niet alleen om zaken op een rijtje krijgen, maar ook om in het vervolg sturing en richting te geven. Het kan ook aanleiding zijn om fundamenteel te innoveren, wat natuurlijk ook al gebeurde tijdens de crisis door de inzet van beeldbelconsultaties. Ambulante GGZ-organisaties lukte het om van de ene op de andere dag volledig online te gaan. Opeens kan de huisarts digitaal aanwezig zijn wanneer een cliënt een cardioloog consulteert. Verpleeghuizen worden geconfronteerd met hun vastgoedbestand: moeten bewoners niet behalve een eigen kamer ook een eigen voordeur hebben? Zo wordt de crisis een katalysator voor 'innovaties' die al beschikbaar waren.

Voorbereiden op onzekere tijden: scenario-analyse

Een manier om je voor te bereiden op het onvoorstelbare is het doen van verkenningen op basis van scenario-analyse. Ook de bedoelde innovaties op de lange termijn kunnen hiermee verder verkend worden. De kern van een scenario-analyse is om out of the box, los van de actualiteit, twee variabelen te laten variëren met elkaar. Hierdoor ontstaat inzicht in mogelijke en relevante strategische ontwikkelingen, waarbij de coronacrisis een aanleiding kan zijn om fundamenteeler naar een aantal mogelijke toekomstige ontwikkelingen te kijken en deze te vertalen in een strategische horizon. Een voorbeeld: zorg kan gezien worden als datgene wat plaatsvindt in het fysieke contact tussen professional en cliënt – oftewel plaatsgebonden. Een ander kan beredeneren dat het bieden van zorg hoofdzakelijk data- en expertisegedreven plaatsvindt, waarbij fysieke aanwezigheid niet nodig is – oftewel dat zorg niet plaatsgebonden of *footloose* aangeboden kan worden. Deze twee uitersten vormen de eerste as. Op de andere as kan bijvoorbeeld gevarieerd worden met het ene extreem dat het regionale netwerk de vorm is waarbinnen er afgestemd wordt met andere instellingen en dus ook meer verticaal, zoals bedoeld in De Juiste Zorg op de Juiste Plaats en in het recent vastgestelde Integrale Zorgakkoord (IZA). Het andere extreem is dat de externe afstemming plaatsvindt op landelijk niveau en dat er een vorm van regie blijft van bovenaf. Dit vormt

de tweede as. Schematisch weergegeven ziet dit er als volgt uit:



Op deze wijze ontstaan er vier toekomstscenario's, mogelijke 'werelden van zorg' met een eigen logica. Waarbij het gesprek gevoerd kan worden over mogelijke praktijken per scenario en welke interventies dat vraagt. Het toezicht heeft een belangrijke rol in het bestuderen en bespreken van verschillende langetermijnscenario's met het bestuur, door het stellen van verdiepende vragen. Wat betekent het bijvoorbeeld als in de toekomst de zorg (of het onderwijs) plaatsgebonden wordt geboden en afstemming op regionaal niveau plaatsvindt? Wat betekent dat voor onze organisatie en onze maatschappelijke opgave? In hoeverre sluit onze actuele strategie aan bij die beweging? Op basis van dit gesprek kan getoetst worden in hoeverre de ingezette beweging/ontwikkelingen aansluiten bij de huidige visie op de toekomst, en of de resources en competenties in huis zijn om die strategie uit te voeren.

Tweebenig besturen en toezicht houden

Dit alles laat zien dat de toename van onzekerheden een gevolg kan zijn van directe en indirecte regelgeving, maar ook vanwege ingrijpende veranderingen in de context die moeilijk voorspelbaar zijn, zoals de coronacrisis, de energiecrisis, een oorlogssituatie in

'Een van de onverwachte en onbedoelde effecten van corona is bijvoorbeeld de reputatieschade die met name onder zorginstellingen is opgetreden'

Europa. In alle gevallen is het aan de orde om goed zicht te hebben op je afhankelijkheden en deze in termen van stakeholderrelaties goed te behartigen. Je zou ook kunnen zeggen: het huis moet op orde zijn. Daarnaast vragen de toenemende onzekerheden om snel kunnen reageren op onvoorziene situaties. Je hebt als het ware een getraind aanpassingsvermogen nodig, waarbij innovatief vermogen, ondernemerschap en creativiteit van essentieel belang zijn. Deze kwaliteit van enerzijds het huis op orde hebben en anderzijds in staat zijn om je snel en tijdig aan te passen, kunnen we typeren als tweebenig besturen en toezicht houden (Janssen, 2017). Van de toezichthouder mag je verwachten dat deze door zijn meer onafhankelijke opstellingen en breder perspectief (minder executief belast) goed, zo niet beter, in staat is om indien nodig het bestuur te stimuleren hier voldoende aandacht aan te geven. 

Literatuur

- Elchardus, M. (2015). *Voorbij het narratief van de vooruitgang*. Tiel: Lannoo Campus.
- Dijk, T. van (2017). *Basel & Solvency, a final push for healthcare towards normalisation*, Master thesis. Rotterdam: Erasmus University.
- Groot, W. en H. Maassen van den Brink (2017) Leaseconstructie maakt zorg onnodig duur, blog in *Zorgvisie*. www.zorgvisie.nl/Financien/Verdieping/2017/4/Leaseconstructie-maakt-zorg-onnodig-duur.
- Janssen, R.T.J.M. (2017) Het onzekere voor het zekere: tweebenig besturen in de zorg. Oratie, 24 november. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Merton, R.K. (1936). 'The unanticipated consequences of purposive social action.' *American sociological review*, (6), 894-904.
- Niemeyer, J. 2016. 'Basel III – what and why?' *Sveriges Riksbank Economic Review*, 2016(1):61-93.
- SCP (2016). *De toekomst tegemoet*, Sociaal en Cultureel Rapport 2016, Den Haag.
- Power, Michael (2007). *Organized uncertainty. Designing a world of risk management*. Oxford: Oxford University Press.
- Smith, P. et al. 2012. 'Leadership and governance in seven developed health systems.' *Health policy* 2012(106):37-49.
- Westra, D. et al. 2017. 'Understanding competition between health-care providers: introducing an intermediary inter-organizational perspective.' *Health policy* 121(2):149-157.