

Governance in de publieke sector na de kredietcrisis

Toespraak, 14 oktober 2009

'De kredietcrisis vestigt opnieuw de aandacht op de noodzaak van een gezonde, solide financiële basis voor zorginstellingen. En kan ook een kans betekenen in maatschappelijk ondernemen.' Dit zei **minister Klink** op het congres ter gelegenheid van het jaarcongres van de Rabobank.

Dames en heren,

De kredietcrisis en de economische crisis die daarop gevolgd is, is in zekere zin een zegen voor de zorg. Althans op korte termijn. De kapitaalsverschaffing wordt weliswaar bemoeilijkt, maar de arbeidsmarkt laat ontspanning zien. Dat is natuurlijk uitermate vervelend voor de bouwvakker die nu geen werk heeft, maar voor de zorg ook een groot voordeel. Hoe lastig het in tijden van oplopende werkloosheid ook te communiceren is, maar arbeid is de restrictieve factor voor zorg in de toekomst. De vergrijzing zorgt niet alleen voor een forse toename van de vraag naar zorg, vooral van chronisch zieken, maar zorgt ook voor een kleiner wordend arbeidsaanbod. Als we de zorg blijven organiseren zoals we dat nu doen, zou in 2040 de zorgvraag verdubbelen, terwijl de (potentiële) arbeidsmarkt met bijna een miljoen krupper wordt.

Het aandeel van de zorg in de arbeidsmarkt zou dan tussen de 25 en 30% moeten liggen. Dat gaat nooit lukken natuurlijk. En als u denkt 2040 is ver weg, in 2020 is al een half miljoen mensen extra nodig in de zorg, terwijl nog niet de helft beschikbaar komt. Kortom, als we zo doorgaan als we nu doen dan hebben we straks theoretisch een viertal opties:

- a. we nemen nog maar de helft van de patiënten in zorg (ranking aandoeningen met de grootste ziektelast, triage aan de poort, mantelzorg, zelfzorg);
- b. we zorgen ervoor dat de totale ziektelast halveert (gokken op een pil tegen Alzheimer?, zwaar inzetten op preventie);
- c. we zorgen ervoor dat de arbeidsproductiviteit verdubbelt (we gaan helemaal voor innovatie van techniek, businessproces en structuur);
- d. we maken slimme combinaties van dit al: meer kwaliteit, minder kosten!

Dames en heren,

'Macro governance'

"Good governance" is ook goed openbaar bestuur. Noem het de 'macro governance'. En goed openbaar bestuur is niet het 'pleasen' van het hier en het nu, maar het maken van verantwoorde noodzakelijke keuzen om een op solidariteit gebaseerde samenleving in de toekomst te kunnen borgen met toegankelijke, betaalbare zorg van goede kwaliteit. Niets doen is geen optie meer. We kunnen over 20 jaar niet tegen de patiënt op de jarenlange wachtlijst zeggen: 'ik stond erbij en keek ernaar'. Dat is ook de reden dat het Kabinet heeft besloten tot een aantal fundamentele heroverwegingen, onder andere in de zorg.

In dat licht laten we dus niet de helft van de patiënten in de kou staan, maar zullen we wel kritisch kijken naar de organisatie van de zorg en wat mensen zelf kunnen. Wederkerigheid mag van mensen gevraagd worden. Je mag van mensen met aandoeningen van luchtwegen vragen om te stoppen met roken, je mag vragen een therapie helemaal af te maken. Een integrale programmatische aanpak van een bepaalde aandoening blijkt succesvol te zijn: meer gezondheidswinst en minder vervolgschade. Zo'n disease managementaanpak bij chronisch zieken is een belangrijke bijdrage aan het verbeteren van de zorg en de gezondheid van patiënten tegen lagere kosten.

In het licht van de toekomst zullen we ook niet gokken op een pil tegen Alzheimer of een vaccin tegen kanker, maar we zullen wel preventieve maatregelen bevorderen. Een rookverbod in publieke gelegenheden is gelet op de ziektelast die roken veroorzaakt geen individueel keuzevraagstuk maar een maatschappelijke noodzakelijkheid. Preventie opnemen in integrale diseasemanagementprogramma's kan helpen vervolgschade te voorkomen.

In het licht van de toekomst zullen we er ook alles aan moeten doen de (arbeids)productiviteit met nieuwe zorgconcepten te verhogen. Daar is innovatiekracht voor nodig. Daarbij gaat het niet alleen om technologische innovatie (zoals e-health toepassingen) maar ook om de micro- en macrologistieke organisatie en configuratie van de zorg. Heilige institutionele huisjes kunnen daarbij niet overeind blijven. We zullen moeten zoeken naar een optimale configuratie van de zorg uit een oogpunt van schaal en kwaliteit van zorg. En prikkels in die richting moeten niet vrijblijvend zijn. In het licht van de toekomstige ontwikkelingen moeten we stoppen met het blijven bekostigen van inefficiënties in de zorg.

Aandacht voor preventie, een integrale diseasemanagementaanpak, verbeteren van kwaliteit, efficiency en arbeidsproductiviteit, alleen een combinatie van deze maatregelen kan er voor zorg dragen dat we de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg op peil kunnen houden.

Ondernemerschap

Om dat voor elkaar te krijgen is innoverend, creatief ondernemerschap nodig. Maar dat is er niet vanzelf. We zullen een klimaat moeten creëren dat innovatief ondernemerschap in de goede richting wel te verstaan uitlokt en beloont. Als we kwaliteit willen, moeten we kwaliteit ook belonen. Als we efficiency willen, moeten we dat belonen. Maar behalve prikkels die het welbegrepen economische eigenbelang parallel laten lopen met de publieke belangen we hebben ook leiderschap nodig. Er zijn genoeg managers in de zorg, maar het aantal leiders mag wat mij betreft nog toenemen. Leiders in de zorg die iets minder bezig zijn met het eigen ego en de bijbehorende bonus, maar die de maatschappelijke opgave van nu en morgen zien en daar met hart en ziel aan willen werken. Dat geldt voor de zorg, voor het wonen, voor het onderwijs.

Ondernemerschap in een domein met grote publieke belangen zoals in de zorg vraagt niet alleen ondernemersruimte, maar ook voldoende toegang tot investeringskapitaal, good governance en vooral transparantie.

Ondernemingsruimte

Ondernemingsruimte creëren we in de zorg onder meer door van budgetfinanciering over te gaan op prestatiebekostiging. Dat doen we bij de ziekenhuizen en dat doen we bij de eerstelijnszorg. Bij de ziekenhuizen zullen we de budgetsystematiek in 2011 afschaffen. (NB iets wat bij woningcorporaties in de 90er jaren al is gebeurd, de zorg loopt wat dat betreft 15 tot 20 jaar achter) Prestaties langs de lijnen van de nieuwe sterk vereenvoudigde beter herkenbare DBC productstructuur (van 30.000 DBC's naar ca. 2800) zullen dan worden beloond. Van die DBC's zal 50% vrije prijsvorming kennen (NB daarin lopen we weer voor tov het huurregiem voor woningcorporaties). Verzekeraars zullen naarmate we er steeds meer in slagen om aan die DBC's ook kwaliteitsindicatoren te koppelen bij hun inkoop in toenemende mate ook kwaliteitseisen kunnen gaan stellen. Ik heb daar overigens vertrouwen in omdat de ervaringen tot nu toe met het zogenaamde vrije B-segment (de vrije sector) laten zien dat de reële prijsontwikkeling gematigd is, de kwaliteit beter en de patiëntbetrokkenheid groter. Ondernemerschap in de zorg werkt dus wel degelijk.

Kapitaal

Prestatiebekostiging betekent wel dat zorgaanbieders (en verzekeraars) meer en meer risico

gaan lopen. Prestatiebeposting in de zorg betekent dat we uit gaan uit integrale tarieven voor een DBC prestatie, inclusief kapitaalslasten. Dat betekent dat de vaste lasten met voldoende productie moeten worden terugverdiend. Het spel wordt dan ineens anders gespeeld. Accountants stellen andere eisen aan de waardering van het vastgoed, wat in veel gevallen neerkomt op afwaardering. Banken kijken veel kritischer naar de investeringen. Een welkome aanvulling op de checks and balances in het zorgsysteem. Nu leidt dat in een aantal gevallen in combinatie met boekwaardeproblematiek tot een aantal knelpunten in de financiering. Maar ik hoor de Rabobank ook steeds zeggen dat je met een goede businesscase altijd bij ze terecht kan en dat stelt me gerust.

Een goede analyse van de kapitaalsfactor wordt overigens steeds belangrijker in het perspectief dat ik schetste. Er zal gelet op de arbeidsmarktkrapte substitutie van arbeid naar kapitaal moeten plaatsvinden. (In die zin lag aan ORBIS medisch centrum een principieel goed concept ten grondslag. Jammer alleen dat dan in de uitvoering ervan vervolgens de totale businesscase uit het oog is verloren)

Continuïteit

Meer risico betekent ook meer aandacht voor de continuïteit van zorg. We voelen ons ultiem verantwoordelijk voor de continuïteit van cruciale onderdelen van de zorg, niet voor de continuïteit van de onderneming. Er zal ook een early warning system komen.

Zorgaanbieders zullen verplicht worden financiële problemen te melden bij de NZa en er zullen steekproefsgewijze controles door de NZa en de IGZ worden uitgevoerd.

Na alle heisa rondom de IJsselmeerziekenhuizen zijn sommigen misschien gaan denken dat de overheid een ziekenhuis nooit failliet zal laten gaan. Ik zal niet nogmaals ingaan op de overwegingen van toen, maar één ding staat wat ons betreft wel vast: zorginstellingen kunnen wat ons betreft failliet gaan als de continuïteit van cruciale functies daarmee niet in het geding komt. Cruciale functies hebben overigens vooral te maken met de bereikbaarheid van acute zorg. Als dat wel het geval is dan zal er voor faillissement kunnen worden ingegrepen. Ook daarvoor zal een wettelijke basis worden gecreëerd.

Ook de steunverlening door de NZa zowel voor als na een faillissement zal aan deze cruciale functies worden gebonden.

Dames en heren,

Governance

De transformatie van een budgetstelsel met een onvermijdelijk sterke overheidsoriëntatie naar risicodragend ondernemerschap stelt hogere eisen aan het bestuur van de zorgonderneming. Buiten twijfel moet staan dat de Raad van Bestuur van een ziekenhuis ook echt de baas is en verantwoordelijk is voor alle aspecten van het bedrijf, inclusief de kwaliteit van het product, de zorg. Op dit moment is de gemiddelde omloopsnelheid van een voorzitter van de raad van bestuur 2,8 jaar. Bij een conflict met medisch specialisten legt de voorzitter het bijna altijd af. Dat kan soms terecht zijn, maar te vaak is het de consequentie van een onbalans in de verhoudingen tussen Raad van bestuur en medische staf en een niet al te krachtig toezicht.

Dat heeft aanleiding gegeven om de governance van zorginstellingen ook in wettelijke zin goed onder de loep te nemen. Onder de noemer "ruimte en rekenschap" is een aantal wettelijke maatregelen aangekondigd die de governance moeten verbeteren:

- a. versterking van de positie van het bestuur en het toezichthoudend orgaan;
- b. verbetering van de maatschappelijke inbedding van zorginstellingen; en
- c. het vergroten van rekenschap en afrekenbaarheid van bestuurders.

Het voert te ver om en detail in te gaan op de verschillende maatregelen, maar een paar zaken wil ik toch graag expliciteren.

In de eerste plaats moet de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het bestuur ook echt tot uitdrukking worden gebracht. Het zou overbodig moeten zijn, maar in deze fase van de

transitie zal verplicht worden gesteld dat in de Raad van Bestuur iemand zitting heeft die speciaal met de kwaliteit van zorg is belast.

Ter versterking van de positie van de Raad van bestuur en de Raad van Toezicht zal wettelijk worden geregeld dat het bestuur medische professionals kan aanspreken op hun handelen en op de geleverde kwaliteit van zorg. Let wel, de dokter blijft natuurlijk altijd autonoom in het nemen van medische beslissingen in concrete individuele relaties. Het bestuur kan niet zeggen "doe het linkerbeen maar want het rechter is te duur". Maar als uit vergelijkingsinformatie blijkt dat specialist X wel heel veel dottert in vergelijking met de collega's elders in den lande, dan moet zo iemand ter verantwoording kunnen worden geroepen. En nu noem ik nog maar een relatief onschuldig voorbeeld. De situaties zoals die recent aan het licht zijn gekomen (de neuroloog in het Medisch spectrum Twente, de chirurg in het Scheperziekenhuis in Emmen, de plastisch chirurg in de Citykliniek in Den Haag) zijn niet alleen uit een oogpunt van menselijk leed, maar ook uit een oogpunt van good governance een gruwel. Hoe is het in hemelsnaam mogelijk dat een systeem zo faalt denk je dan. Tegelijkertijd doet juist dat je beseffen dat hoeveel governance wetten je ook maakt, als 'eer en geweten' bij mensen ontbreken is alles verloren.

Transparantie

Een van de beste instrumenten om 'eer en geweten' aan te wakkeren voor zover niet van nature aanwezig is transparantie. Onder de noemer Zichtbare Zorg worden samen met het veld voor de 80 belangrijkste ziekten/aandoeningen kwaliteitsindicatoren ontwikkeld die straks jaarlijks in het 'document maatschappelijke verantwoording' opgenomen zullen worden. Ook klantervaringen zullen worden gemeten en gepubliceerd.

We zijn dus goed op weg. De transparantie neemt toe, aan de governance wordt hard gewerkt, ook door de sector zelf in een nieuwe governancecode, er zijn flinke stappen gezet in de prestatiebekostiging. Maar maakt dat de zorg ook rijp voor volledig ondernemerschap met private investeerders die graag een winstgevend bedrijf willen zien en daar ook de financiële vruchten van willen plukken?

Winstuitkering in de zorg

Nee, dat is niet het geval. De verruiming van de inbreng van privaat kapitaal verkleint onmiskenbaar de afhankelijkheid van de bank. In die zin zou het een welkome aanvulling zijn in een financieringsomgeving waar tegenwoordig zeer forse risico-opslagen worden gevraagd.

Het ongeclausuleerd verruimen van ruimte voor privaat kapitaal en winstuitkering in de zorg, is volgens de bewindslieden niet dé oplossing. In de eerder genoemde brief Ruimte en Rekenschap hebben de staatssecretaris en de minister aangegeven geen voorstander te zijn van de commercialisering van de zorg.

Er zal wat hen betreft specifieke aandacht moeten zijn voor de juiste randvoorwaarden, zowel in de structuur van de zorginstelling - goed bestuur en goed toezicht, als in het systeem van zorgverlening: kwaliteit, veiligheid en transparantie.

Er wordt nu naar vormen gekeken die wel een resultaatafhankelijke vergoeding kennen. Maar

de zeggenschap ten aanzien van strategische besluiten moet wel bij de raad van bestuur en de raad van toezicht geconcentreerd blijven.

De zeggenschap van aandeelhouders wordt dan ook zorgbreed begrensd in het geval van strategische besluitvorming. We laten onderzoek doen naar de voorwaarden waaronder investeerders bereid zijn geld in de zorg te steken. Komend jaar zal het kabinet een wetsvoorstel in dienen over winstuitkering in de zorg.

Slot

Dames en heren tot slot,

Het maatschappelijk dilemma waar de zorg de komende decenia voor komt te staan is groot. Creatief en innovatief ondernemerschap waar kwaliteit vanuit cliëntperspectief en doelmatigheid hand in hand gaan is absolute noodzaak. Maar ondernemerschap in een domein met grote publieke belangen stelt hoge eisen aan transparantie en aan de governance van en leiderschap in de onderneming. Maar zonder 'eer en geweten' van allen die bij de zorg betrokken zijn regels loos. De moraliteit moet terug in het bestuur. Dat geldt voor banken, voor woningcorporaties, voor zorginstellingen, voor het openbaar bestuur.

Dank u wel.