

Besturen in de zorg vereist nieuwe “toolkit”

Bestuurders en toezichthouders moeten anders tegen bedrijfsvoering aankijken



21 juni, 2010 in: [Columns](#) › [Strategie & Bestuur](#)

In 2009 ontstonden er meer dan 40 voortijdige vacatures in Raden van Bestuur van grote zorginstellingen. Dat aantal was uitzonderlijk hoog in vergelijking met de jaren ervoor en nodigt uit tot analyse. Komt dit door de fundamentele verandering die de overheid vanaf 2005 systematisch heeft doorgevoerd waardoor er een nieuw klimaat en context is ontstaan in deze sector?

Vanaf het midden van het vorige millennium was de structuur van zorginstellingen ingericht op het beheer en de verdeling van publieke middelen binnen de organisatie via een budget gestuurd organisatie model. De interne financiële administratie, de wijze van omgaan met geldstromen en ook de verantwoording naar toezichthouders en maatschappij werd gekenmerkt door het begrip “kostenverantwoordelijkheid”. Er werd veel minder naar het feitelijke resultaat van de geleverde prestatie van de organisatie gekeken maar meer naar de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg voor burgers zoveel mogelijk vanuit het collectiviteit principe met weinig zeggenschap en inbreng van de burgers zelf.

De kernkwaliteit van het bestuur en de toezichthouders was gericht op het bewust en uiterst zorgvuldig omgaan met deze maatschappelijke verantwoordelijke taak waarbij het karakter van de zorgorganisatie werd gekenmerkt door het sterk intern gericht zijn op zorgvuldig beheer van publieke middelen. Rekenschap naar de maatschappij en verantwoording achteraf alsmede regelingen voor het verkrijgen van middelen voor nieuwbouw en bekostiging van financiering zijn uitingen van het oude stelsel . Hierin waren bestuurders goede rentmeesters en toezichthouders vooral gekenmerkt door hun brede maatschappelijke en bestuurlijke netwerk dat strategisch noodzakelijk werd geacht voor de garantie van de lange termijn continuïteit van de zorginstelling.

Door introductie van de gereguleerde marktwerking waarin de geleverde zorg achteraf wordt afgerekend en men niet meer vooraf beschikt over een budget voor een geheel jaar, de verzekeren zelf mogen kiezen naar wie zij toegaan zowel in de eerste als in de tweede lijn bestaat er een sterke verandering van de stabiliteit van de zorginstelling als onderneming die ineens afhankelijk wordt van de marktvrage en zich moet gaan richten op de externe omgeving. Behalve dat het geld moet worden verdiend uit

gedeclareerde DBC's moeten ook nog de kapitaallasten (bijvoorbeeld van onroerend goed) en de reserveringen voor onderhoud en nieuwbouw worden gerealiseerd. Middelen voor nieuwbouw worden niet meer verworven vanuit een recht bij de overheid maar moeten op de commerciële kapitaalmarkt worden verkregen waarbij de zorginstellingen moeten voldoen aan criteria die normaal gehanteerd worden voor bedrijven in de marktsector.

De verschuiving van de gezondheidszorg vanaf 2005 van het publieke naar het gereguleerde private domein vereist een fundamentele verandering in bedrijfsvoering, bedrijfsinrichting, risico management waarbij bestuur en toezicht een nieuw stelsel van inzichten en zekerheden moeten aanleren. In dit nieuwe stelsel van zekerheden wordt de organisatie uitgedaagd door de markt, is de kwaliteit van de geleverde professionele dienst het belangrijkste, is kosteneffectiviteit onderwerp van gesprek en wordt het voortbestaan van de zorginstelling bepaald door het behaalde resultaat in kwalitatieve en financiële zin. Zijn het bestuur en de toezichthouders wel goed voorbereid geweest op deze kanteling van "kostenverantwoordelijkheid" naar "resultaatgerichtheid" en ligt hier niet een van de oorzaken van de grote hoeveelheid voortijdige vacatures van bestuurders in de gezondheidszorg?

Als "resultaatgerichtheid" het begrip "kostenverantwoordelijkheid" gaat vervangen moet de structuur, het besturingsmodel, de financiële administratie en de inrichting van de zorginstelling geheel worden veranderd. Aan de bestuurstaafel komen begrippen als financieel risicomanagement, compliance , financieel economische bedrijfsresultaat en duurzaamheid van de onderneming in een gereguleerde markt gestuurde omgeving de plaats in van rekenschap en beheer achteraf. De sleutel van het antwoord ligt niet in het aanstellen van bestuurders uit de marktsector die over het algemeen een korte halfwaardetijd doormaken vanwege weinig geringere kennis van het historisch perspectief van [de zorgsector](#).

Commercieel denken, ondernemerschap, financieel risico management en marktwerking zijn begrippen die voortkomen uit de mentale kracht van uitdaging en creatie en deze staan loodrecht op beheer, rekenschap en maatschappelijke verantwoording waarbij veel meer de mentale begrippen van angst en behoud passen. Bestuurders moeten dus gaan beschikken over een nieuwe " toolkit" van zekerheden in deze nieuwe wereld.

Het aanleren van een nieuwe mentale en instrumentele " toolkit" is een moeilijk pad en wellicht de belangrijkste oorzaak van voortijdig aftreden van bestuurders in de ommezwaai van " kostenverantwoordelijkheid" naar " resultaatgerichtheid".

Dr Sjoerd de Blok PhD MMC CMC; Strategy Consultant Squarewise en programmadirecteur PGO Health Care Management Economische Faculteit VU Amsterdam