

Governance & Gezondheidszorg

Governance & Gezondheidszorg

Private, publieke en professionele
invloeden op zorgaanbieders in Nederland

Governance & Health Care
Private, Public and Professionals' Influences on Health Care Providers in the
Netherlands

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit
Rotterdam

op gezag van de rector magnificus
Prof.dr. S.W.J. Lamberts

en volgens besluit van het College voor Promoties.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op donderdag 22 februari 2007
om 11.00 uur

door

Hans Hoek

geboren te Rotterdam

Promotiecommissie

Promotoren:

Prof.dr. P.L. Meurs

Prof.dr. R.M. Lapré

Overige leden:

Prof.dr. T.E.D. van der Grinten

Prof.dr. J.A. van Manen

Prof.dr. J.A.M. Maarse

Inhoud

Voorwoord XI

Samenvatting XIII

Deel I Introductie 1

Inleiding 3

1 Introductie in de Nederlandse gezondheidszorg 6

1.1 Inleiding 6

1.2 De financiering van de gezondheidszorg 6

1.3 Het zorgaanbod 7

1.4 Toegankelijkheid, beschikbaarheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg 9

1.5 Kwaliteit van de gezondheidszorg 11

1.6 Bestuurlijke organisatie zorgaanbieders 12

1.7 Stakeholders en hun rol 13

1.7.1 *Cliënten* 14

1.7.2 *Burgers* 14

1.7.3 *Medewerkers* 15

1.7.4 *Professionals* 15

1.7.5 *Andere zorgaanbieders* 16

1.7.6 *De zorgverzekeraar* 17

1.7.7 *Lokale en regionale overheden* 17

1.7.8 *De rijksoverheid* 18

1.7.9 *Politiek en publieke opinie* 19

1.7.10 *Europese gemeenschap* 20

1.8 Privaat, publiek, professioneel 20

2	Introductie in governance	23
2.1	Inleiding	23
2.2	Wat is governance?	23
2.3	Theorieën over governance	27
2.4	Doelen	28
2.5	Macht	30
2.6	Governance principes	31
3	Governance in de Nederlandse gezondheidszorg	35
4	Probleemstelling en onderzoeksopzet	38
4.1	Probleemstelling	38
4.2	Onderzoeksopzet	39
4.3	Methodologische verantwoording	40
4.4	Relevantie van het onderzoek	43
Deel II Theorie 45		
5	Algemene principes	47
5.1	Inleiding op het theoretisch deel	47
5.2	Maatschappelijke opvattingen	48
5.2.1	<i>Opvattingen over organisaties</i>	48
5.2.2	<i>Opvattingen over invloed op organisaties</i>	50
5.2.3	<i>Opvattingen over de overheid</i>	52
5.2.4	<i>Opvattingen over de rol van professionals</i>	53
5.2.5	<i>Opvattingen over vertrouwen en integriteit</i>	54
5.2.6	<i>Privaat, publiek en professional</i>	55
5.3	Moraliteiten	56
5.3.1	<i>Verschillende moraliteiten</i>	56
5.3.2	<i>De moraliteit van de private governance wereld</i>	58
5.3.3	<i>De moraliteit van de publieke governance wereld</i>	60
5.3.4	<i>De moraliteit van de professionals governance wereld</i>	61
5.3.5	<i>Combinatie van verschillende moraliteiten</i>	64
6	Private governance	68
6.1	Inleiding	68
6.2	Behoeftte aan private governance	69
6.3	De wettelijke grondslag voor private governance	70
6.3.1	<i>Rechtspersonen</i>	70
6.3.2	<i>Bestuur en toezicht</i>	72
6.3.3	<i>Medezeggenschap</i>	73
6.3.4	<i>Ingrijpen rechtbank</i>	74
6.3.5	<i>Specifieke governance aspecten van stichtingen</i>	74

- 6.4 Private governance in de praktijk 75
 - 6.4.1 *Governance van vennootschappen* 75
 - 6.4.2 *Governance van verenigingen* 77
 - 6.4.3 *Governance van stichtingen* 78
- 6.5 Theorie over private governance 80
- 6.6 Doelen 87
- 6.7 Macht 88
- 6.8 Governance principes 90
- 6.9 Samenvatting 91

- 7 Publieke governance 93**
 - 7.1 Inleiding 93
 - 7.2 Behoeftte aan publieke governance 94
 - 7.3 De wettelijke grondslag voor publieke governance 95
 - 7.4 Publieke governance in de praktijk 98
 - 7.4.1 *De rol van de overheid* 98
 - 7.4.2 *Sturing door de overheid* 101
 - 7.5 Theorie over publieke governance 103
 - 7.6 Publieke governance gericht op private organisaties met een publieke taak 109
 - 7.7 Doelen 115
 - 7.8 Macht 116
 - 7.9 Governance principes 118
 - 7.10 Samenvatting 119

- 8 Professionals governance 122**
 - 8.1 Inleiding 122
 - 8.2 Behoeftte aan professionals governance 123
 - 8.3 De wettelijke grondslag voor professionals governance 125
 - 8.4 Professionals governance in de praktijk 127
 - 8.4.1 *Beroepsverenigingen* 127
 - 8.4.2 *De opleiding tot professional* 129
 - 8.4.3 *Capaciteitsplanning* 131
 - 8.4.4 *Stand van de wetenschap* 133
 - 8.4.5 *Invloed en afstemming professionals op verschillende niveaus* 134
 - 8.4.6 *Medische staf* 136
 - 8.5 Theorie over professionals governance 137
 - 8.6 Doelen 142
 - 8.7 Macht 142
 - 8.8 Governance principes 144
 - 8.9 Samenvatting 145

- 9 Samenvatting en conclusies theoretisch deel 147**
 - 9.1 Verschillen en overeenkomsten tussen de governance werelden 147
 - 9.2 De combinatie van drie governance werelden 150
 - 9.3 Zorgaanbieders in drie governance werelden 152
 - 9.4 Slot 155

Deel III Empirie 157**10 Introductie op het onderzoek naar de praktijk 159****11 De Bloedvoorziening 160**

- 11.1 Inleiding 160
- 11.2 Beschrijving van de casus 160
- 11.3 Wat was het probleem? 163
- 11.4 Hoe is het probleem opgelost? 163
- 11.5 Analyse van de casus 164
 - 11.5.1 *Analyse van de uitgangssituatie* 164
 - 11.5.2 *Analyse van de probleemoplossing* 166
 - 11.5.3 *Analyse van de huidige situatie* 169
- 11.6 Conclusies uit deze casus 171

12 De Landelijke Huisartsen Vereniging 173

- 12.1 Inleiding 173
- 12.2 Beschrijving van de casus 173
 - 12.2.1 *Huisartsgeneeskunde in Nederland* 173
 - 12.2.2 *De ontwikkeling van 1950 tot 1970* 175
 - 12.2.3 *De ontwikkeling van 1970 tot 1992* 176
 - 12.2.4 *De ontwikkeling van 1992 tot 2004* 178
 - 12.2.5 *De structuur van de LHV tot eind 2004* 183
 - 12.2.6 *Vernieuwing LHV* 184
- 12.3 Wat was het probleem? 186
- 12.4 Hoe is het probleem opgelost? 187
- 12.5 Analyse van de casus 187
 - 12.5.1 *Ontwikkeling professie* 187
 - 12.5.2 *Beschikbaarheid professionals* 188
 - 12.5.3 *Financiële positie huisartsen* 189
 - 12.5.4 *Kwaliteit van de professie* 190
 - 12.5.5 *Gescheiden beroepsverenigingen* 191
 - 12.5.6 *Publieke bemoeienis met huisartsenzorg* 191
 - 12.5.7 *Indicatiestelling curatieve zorg* 192
 - 12.5.8 *Infrastructuur gezondheidszorg* 193
 - 12.5.9 *Private governance* 194
- 12.6 Conclusies uit deze casus 196

13 IJsselmeerziekenhuizen 199

- 13.1 Inleiding 199
- 13.2 Beschrijving van de casus 199
 - 13.2.1 *Geschiedenis* 199
 - 13.2.2 *De periode 1998 tot 2002* 201
 - 13.2.3 *Het jaar 2002* 203
 - 13.2.4 *Het jaar 2003* 208
 - 13.2.5 *De periode 2004 tot 2006* 209

- 13.3 Wat was het probleem? 211
- 13.4 Hoe is het probleem opgelost? 212
- 13.5 Analyse van de casus 213
 - 13.5.1 *Strategische keuzen van de raad van bestuur* 213
 - 13.5.2 *Verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg* 214
 - 13.5.3 *De betekenis van professionele kwaliteitsnormen* 215
 - 13.5.4 *Professionals governance invloeden* 217
 - 13.5.5 *Publieke governance invloeden* 217
 - 13.5.6 *Raadplegen van de stakeholders* 219
 - 13.5.7 *Invloed stakeholders* 220
 - 13.5.8 *Samenstelling raad van toezicht* 221
- 13.6 Conclusies uit deze casus 223
- 14 Samenvatting en conclusies empirisch deel 226**

Deel IV Beschouwing 231

15 Conclusies 233

- 15.1 Inleiding 233
- 15.2 Zorgaanbieders in private, publieke en professionals governance werelden 233
- 15.3 Overeenkomsten en verschillen tussen de governance werelden 237
- 15.4 Zijn de principes van toepassing op de gezondheidszorg? 241
- 15.5 De combinatie van drie governance werelden in de gezondheidszorg 243
- 15.6 Slot 247

16 Discussie 249

- 16.1 Inleiding 249
- 16.2 Veranderingen in private governance 249
- 16.3 Veranderingen in publieke governance 252
- 16.4 Veranderingen in professionals governance 254
- 16.5 Veranderingen in de combinatie 256
- 16.6 Slot 257

Deel V 259

Afkortingen 261

Referenties 264

Noten 276

Summary 301

Curriculum vitae H. Hoek 305

Voorwoord

De wens om te promoveren ontstond uit nieuwsgierigheid. In mijn geval nieuwsgierigheid naar de werking van governance. Vraagstukken rond bestuur, toezicht en verantwoording maken reeds lang deel uit van mijn consultancy praktijk, afwisselend als adviseur en als interim-bestuurder. De invoering van het raad van toezicht model vroeg om herverdeling van bestuurlijke bevoegdheden in iedere organisatie. Gaandeweg ontstond de behoefte aan algemene spelregels voor de omgang tussen raad van bestuur en raad van toezicht. Die behoefte viel samen met de ontwikkeling van governance in het bedrijfsleven. Dat leidde tot de vraag of governance ook in de gezondheidszorg nodig was. Met de commissie Health Care Governance hebben we de eerste governance aanbevelingen voor de gezondheidszorg gedaan en de basis gelegd voor de huidige codificering.

Al tijdens het vormgeven van deze praktische aanbevelingen werd ik nieuwsgierig naar de theoretische achtergronden van het raad van toezicht model. De zorg heeft het model overgenomen van de structuurvennootschap, maar was het daar wel zo goed doordacht en kon het theoretisch onderbouwd worden? Kun je governance uit een situatie met aandeelhouders wel vertalen naar zorgorganisaties die geen aandeelhouders hebben? Doordenkend op die vragen ontstond de dieper liggende vraag hoe governance in de zorg nu eigenlijk in elkaar zit en hoe het werkt. Dat leidde uiteindelijk tot de gedachte dat de zorg te maken heeft met private, publieke en professionals governance. De vraag hoe dat werkt, is de probleemstelling van mijn promotieonderzoek geworden. De weerslag daarvan is te vinden in dit boek.

Promoveren naast een consultancy praktijk en de leiding van een adviesbureau heeft nadelen. Het wordt een lange weg, waarin je voortdurend keuzen moet maken die je eigenlijk niet wilt maken. Die lange weg heeft ook voordelen. Net als goede wijn wordt het inzicht in het onderwerp rijper. Als je het een tijdje laat liggen gaat de hardheid er af en wordt het inzicht complexer maar ook harmonieuzer. Net als goede wijn moet het inzicht niet te lang rijpen. Dan is het over de top, verzuurt het en heeft niemand er meer belangstelling voor. Het kan geen toeval zijn dat de rijpingstijd van deze dissertatie vergelijkbaar is geworden met die van de grote Italiaanse wijnen waar ik liefhebber van ben.

Wijnmakers zijn over het algemeen eigengereide types, bij wie alles moet wijken om die goede wijn te maken. Voor mijn promotieonderzoek geldt een beetje hetzelfde. Voor die ambitie moest het nodige wijken. Dat heeft gedurende het rijpingsproces veel begrip en geduld van mijn directe omgeving gevraagd. Ik ben Irene en mijn collegae van C3 dankbaar, dat ze dat geduld hebben opgebracht en me ‘with carrot and stick’ zijn blijven stimuleren het onderzoek af te maken. Pauline Meurs en Ruud Lapré, mijn beide promotoren, zullen wel eens getwijfeld hebben of het er ooit van zou komen. Maar als ik dan soms na lange tijd weer met het volgende deel van het onderzoek kwam, pakten ze direct de draad weer op. Ik dank hen voor de inhoudelijke reacties, de stimulansen en de samenwerking. Dank ben ik ook verschuldigd aan degenen die kritisch delen van de dissertatie beoordeeld hebben en aan de leden van de kleine commissie, die het geheel getoetst hebben. Tenslotte dank ik mijn vele relaties en klanten, die soms voorzichtig en andere keren heel direct, bleven zeggen dat ik toch echt het promotieonderzoek af moest maken.

Hans Hoek
Ermelo
Oktober 2006

Samenvatting

Governance in de Nederlandse gezondheidszorg is ingewikkeld. Zorgaanbieders moeten werken in de combinatie van private, publieke en professionals governance. Onderzocht is hoe die combinatie in elkaar zit en hoe governance in de zorg functioneert.

Governance bestaat doorgaans uit spelregels en omgangsvormen voor bestuur, toezicht en verantwoording. Deze spelregels en omgangsvormen moeten ervoor zorgen dat organisaties of personen de belangen, die aan hen zijn toevertrouwd, zo goed mogelijk behartigen.

Iedere sector in de maatschappij heeft tegenwoordig met governance te maken. Ook de gezondheidszorg. In Nederland wordt zorg en behandeling geleverd door private organisaties en personen. Organisaties zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties. Personen zoals huisartsen, medisch specialisten en fysiotherapeuten. Zorg wordt verleend op basis van private contracten tussen zorgaanbieder, zorgvrager en zorgverzekeraar.

Zorgaanbieders hebben hun eigen private belangen, zoals de continuïteit van de eigen organisatie. Maar ze moeten ook bijdragen aan de publieke belangen die de overheid voor de gezondheidszorg wil behartigen. En ze dienen rekening te houden met de professionele opvattingen over zorgverlening en de belangen van de zorgprofessionals.

Private, publieke en professionele belangen vragen ieder hun eigen governance. Er worden immers verschillende doelen gesteld. Er heersen verschillende morele opvattingen en omgangsvormen, in deze studie aangeduid als moraliteiten. Er gelden verschillende governance principes en er worden verschillende instrumenten gebruikt.

Moraliteiten, doelen, principes en instrumenten van private, publieke en professionals governance zijn onderling zo verschillend, dat gesproken kan worden over verschillende governance werelden.

Zorgaanbieders moeten functioneren in de combinatie van die drie governance werelden. Ze zijn genoodzaakt steeds afwegingen te maken tussen – en binnen – private, publieke en professionele belangen. Ze hebben te voldoen aan de eisen van de drie governance werelden. Zowel de doelen als de inrichting van de governance kunnen onderling strijdig zijn.

In deze studie is onderzocht hoe de combinatie van de private, publieke en professionals governance wereld functioneert voor Nederlandse zorgaanbieders.

De Introductie in deel 1 bestaat uit een verkenning van het onderzoeksveld en de probleemstelling. De inleiding beschrijft de opbouw van het boek. In hoofdstuk 1 staat hoe de gezondheidszorg wordt gefinancierd en hoe het zorgaanbod is georganiseerd. Ook gaan we in op de publieke verantwoordelijkheid voor toegankelijkheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg.

Dan komt de bestuurlijke organisatie van zorgaanbieders aan de orde. Zorgaanbieders zijn zelfstandige professionals, organisaties of een combinatie van beide. Zorgorganisaties zijn private rechtspersonen, die private contracten afsluiten met hun klanten en de zorgverzekeraars en/of zorgkantoren. Meestal gaat het om stichtingen met een raad van bestuur onder toezicht van een raad van toezicht. Ze hebben te maken met veel stakeholders. Het vervolg van hoofdstuk 1 beschrijft de rol van deze stakeholders.

Het begrip governance is in hoofdstuk 2 beschreven. Het hoofdstuk beantwoordt de vraag wat governance eigenlijk is. Het gaat in op de theoretische achtergrond, de doelen, de omgang met macht en de principes van governance. Governance kan instrumenteel gedefinieerd worden, maar ook gezien worden vanuit belangenbehartiging of afweging van belangen. Het kan gebruikt worden als middel om de macht van het bestuur te beperken en dat bestuur te corrigeren. Of beschouwd worden als middel om maatschappelijk vertrouwen te scheppen, maatschappelijke problemen te voorkomen of op te lossen.

Na de introducties op gezondheidszorg en op governance afzonderlijk gaat hoofdstuk 3 in op de combinatie van governance en de Nederlandse gezondheidszorg. Dat levert het beeld op van drie overlappende governance werelden, zoals weergegeven in figuur 3.1. De probleemstelling van het onderzoek, de onderzoeksopzet, de methodologische verantwoording en de relevantie van het onderzoek staan beschreven in hoofdstuk 4.

Hoofdstuk 5 is het eerste hoofdstuk van Deel II Theorie. Het beschrijft hoe de verdeling tussen private, publieke en professionals governance voor de gezondheidszorg bepaald wordt door maatschappelijke opvattingen. Daarna wordt aan de hand van het gedachtegoed van Jacobs (1992) en Freidson (2001) beredeneerd dat de drie governance werelden gestoeld zijn op verschillende moraliteiten.

Zo is private governance gebaseerd op ruil tussen gelijkwaardige partners. Resultaten komen door onderhandelingen tot stand. Hier geldt het 'commercial moral syndrome'. In de publieke governance wereld overheerst juist de gedachte dat resultaten afgedwongen worden door hiërarchie en gebruik van macht. Jacobs noemt dit het 'guardian moral syndrome'. Voor professionals governance hebben we in deze studie een derde moraliteit afgeleid, die we het 'professional moral syndrome' hebben genoemd. Deze moraliteit is gestoeld op het gebruik van kennis en groepsbinding.

We gaan in op de vraag wat het betekent als de drie moraliteiten tegelijkertijd geldig zijn, zoals in het overlappende gebied van de drie governance werelden in de gezondheidszorg.

De hoofdstukken 6, 7 en 8 bevatten een theoretische beschrijving en een analyse van de private, publieke en professionals governance afzonderlijk. Voor elke governance wereld kijken we naar de behoefte aan governance, de wettelijke grondslag, de praktijk en de beschikbare theorie. Hoofdstuk 7 geeft bovendien afzonderlijk aandacht aan de positie van private organisaties met een publieke taak, ook wel hybride organisaties genoemd.

De resultaten van de afzonderlijke analyses komen samen in hoofdstuk 9. We benoemen de overeenkomsten en verschillen tussen de drie governance werelden. We bekijken hoe zorgaanbieders functioneren in de combinatie van private, publieke en professionals governance.

De conclusie is dat we de werking van de drie governance werelden voor de zorg alleen kunnen verklaren en begrijpen, als we de complexe werkelijkheid van veel stakeholders met verschillende belangen accepteren. Het is niet zinvol de werkelijkheid te vereenvoudigen tot één principaal-agent relatie, waarbij de organisatie slechts één belang heeft te dienen. Dat draagt niet bij aan het oplossen van maatschappelijke problemen. Zorgorganisaties moeten de verschillende belangen wegen en met diverse stakeholders onderhandelen en compromissen sluiten. Alleen op die manier kunnen zij beleidskeuzen maken en resultaten bereiken. Iedereen stakeholder is speler in dit onderhandelingsspel. Ook de overheid kan dat spel niet eenzijdig sturen en het publieke belang opleggen aan zorgaanbieders.

Met het referentiekader en de kijkrichtingen uit het theoretisch deel, onderzoeken we in Deel III het functioneren van zorgaanbieders in de combinatie van private, publieke en professionals governance in de praktijk. Dat gebeurt aan de hand van drie casussen.

De eerste casus gaat over de vorming van Sanquin Bloedvoorziening per 1 januari 1998. Voldoende kwaliteit en kwantiteit van veilige bloedproducten wordt gezien als een publiek belang. De overheid wil dat Nederland zelfvoorzienend is in alle bloedproducten voor de eigen bevolking.

Vóór 1998 kon dat publieke belang, door een groot aantal private bloedbanken en het CLB, niet voldoende gediend worden. Dat was aanleiding tot een herstructurering. Daarbij is de invloed van publieke governance vergroot ten koste van private governance. De uitvoering van de bloedvoorziening is sinds 1998 in handen van een private organisatie binnen publieke kaders. Uit evaluatie is inmiddels gebleken dat die herstructurering het beoogde effect heeft gehad. De publieke belangen worden goed geborgd en de professionaliteit van de bloedvoorziening is toegenomen.

De tweede casus onderzoekt de invloed van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op de huisartsenzorg in Nederland. Gedurende lange tijd waren LHV en NHG (Nederlands Huisartsengenootschap) verantwoordelijk voor kwantiteit en kwaliteit van de Nederlandse huisartsen. Ook zorgden ze ervoor dat het vak huisartsgeneeskunde zich wetenschappelijk en in de praktijk ontwikkelde. De overheid vertrouwde het monopolie op de huisartsgeneeskunde toe aan de beroepsgroep. Ze ondersteunde deze situatie met maatregelen.

Begin jaren negentig bleek dat deze situatie niet kon blijven bestaan. Dat kwam onder andere door het dreigend huisartsentekort. Er ontstond strijd tussen de overheid en de LHV over het inkomen van huisartsen en over de macht over de huisartsenzorg in Nederland. De overheersende invloed van de professionals governance wereld en de macht van de LHV is sindsdien sterk verminderd. Er is nu een mix van professionele, publieke en private invloeden. Of deze mix een kwalitatief en kwantitatief goede huisartsenzorg in Nederland waarborgt, is nog niet zeker.

De derde casus gaat over het ziekenhuis in Emmeloord. Daar ontstonden problemen toen het niet meer lukte om een volledig algemeen ziekenhuis in functie te houden. Het

ziekenhuis in Emmeloord is onderdeel van de stichting IJsselmeerziekenhuizen. Deze casus laat zien hoe de IJsselmeerziekenhuizen gezocht hebben naar oplossingen voor de curatieve zorg in Emmeloord. Ze moesten daarbij opereren in het spanningsveld tussen verschillende belangen en met bemoeienis van vele stakeholders. De gecombineerde invloed van private, publieke en professionals governance stond het bereiken van een oplossing lange tijd in de weg. De kwaliteit van zorg zakte inmiddels onder een aanvaardbaar niveau, zonder dat ingegrepen werd.

Hoofdstuk 14 sluit het praktijkdeel af met conclusies over de overeenkomsten tussen de casussen.

Deel VI brengt de resultaten van theorie en empirie samen. Hoofdstuk 15 beschrijft de conclusies uit het onderzoek. De combinatie van private, publieke en professionals governance is complex en functioneert niet zo goed. We hebben geconstateerd dat private, publieke en professionele governance weinig gemeenschappelijk hebben en deels zelfs strijdig zijn. Doelen en moraliteiten zijn verschillend. Er wordt verschillend met macht omgegaan en de governance principes zijn verschillend. De theoretische onderbouwing van de drie governance werelden laat te wensen over. De combinatie is alleen theoretisch te begrijpen als uitgegaan wordt van gelijkwaardige partijen die met elkaar onderhandelen. De agency theorie, waarbij één partij (principaal) bepalend is voor wat de raad van bestuur (agent) moet doen is voor de gezondheidszorg onbruikbaar, terwijl deze toch in private en publieke governance de gangbare theorie is om governance te verklaren.

De afstemming tussen de drie werelden laat te wensen over. De combinatie biedt geen garanties voor good governance. Zij draagt niet bij aan het voorkomen en oplossen van problemen. De complexiteit wordt door veel betrokkenen niet doorzien. Het is soms onduidelijk wie verantwoordelijk en bevoegd is. Daardoor worden verkeerde interventies gedaan. Die interventies vergroten het probleem.

In deze studie hebben we beredeneerd dat governance mede tot doel heeft maatschappelijke problemen te voorkomen of op te lossen. De combinatie van private, publieke en professionals governance in de zorg biedt daar niet zonder meer garanties voor. Hoewel goede kwaliteit van zorg in alle drie governance werelden van belang is, borgt de combinatie niet dat ingegrepen wordt als die zorg onder de maat is.

Toch is het mogelijk om binnen deze combinatie veranderingen tot stand te brengen en problemen op te lossen. Een bestuurder die de complexiteit doorziet en daar handig gebruik van maakt, kan veel bereiken. Zo'n bestuurder speelt het spel in iedere governance wereld volgens de daar geldende mores en spelregels. Hij stemt zijn handelen in de drie werelden op elkaar af. Hij gebruikt zo mogelijk resultaten uit de ene wereld bij volgende stappen in een andere governance wereld. Hij is flexibel en zorgt voor speelruimte om te kunnen onderhandelen over de marges, zonder het hoofddoel uit het oog te verliezen. Hij maakt gebruik van governance instrumenten uit de drie werelden op zo'n manier dat ze elkaar versterken. Hij houdt zich in iedere governance wereld aan de daar geldende moraliteit. Hij handelt als partner in de onderhandelingen met gelijkwaardige partijen. Die bestuurder kan de minister van VWS zijn, zoals in de onderzochte Sanquin casus. Vaker zal het de raad van bestuur van een zorgorganisatie zijn, die succesvol zijn weg vindt in het governance-complexe van de gezondheidszorg.

De combinatie van private, publieke en professionals governance in de gezondheidszorg moet geaccepteerd worden. Het is niet mogelijk één van de governance invloeden te elimineren. Evenmin is het mogelijk of wenselijk één van de drie governance werelden het primaat over beide anderen te geven. Zorgaanbieders moeten dus tegelijk in drie governance werelden functioneren. Als die werkelijkheid geaccepteerd wordt, zijn er verscheidene verbeteringen mogelijk. Deze verbeteringen staan in hoofdstuk 16. Zij vergroten de inzichtelijkheid van de combinatie van private, publieke en professionals governance.

Meer dan nu moet begrepen en geaccepteerd worden dat zorgverlening zich in de private governance wereld plaatsvindt en geen publieke zaak is. Dat stelt eisen aan de organisatie van deze vorm van zakelijke dienstverlening en aan de inrichting van de governance van zorgondernemingen. Als zorgaanbieders private ondernemingen zijn, heeft dat betekenis voor de kaders die de overheid aan die ondernemingen kan opleggen en dus voor de inrichting van publieke governance. Er kan niet meer op alles ingegrepen worden en er moet worden gestuurd op hoofdlijnen. Verantwoording van zorgaanbieders moet gericht zijn op de publieke doelen en het maatschappelijk verkeer en niet op alle interne bedrijfsinformatie.

Die verantwoording is een belangrijk verbeterpunt voor professionals governance. Er is een inhaalslag nodig om in professionals governance de gebruikelijke principes zoals het raadplegen van stakeholders, het afleggen van verantwoording tot stand te brengen. Ook voor professionals mag gelden dat je de regels toepast of uitlegt waarom je afwijkt (comply or explain).

Het samenspel tussen private, publieke en professionals governance is voortdurend in beweging. Daarbij moet wel steeds helder zijn wie voor wat verantwoordelijk en bevoegd is. Als een verantwoordelijkheid op meer plaatsen is belegd of de bevoegdheid ontbreekt, dan ontstaat een onwerkbaar situatie. Bij alle veranderingen moet goed in het oog gehouden worden dat die verantwoordelijkheid en bevoegdheid samen op één plaats zijn ondergebracht.

Uit de studie is gebleken dat de overheid soms bij gelijke vraagstukken verschillende keuzen maakt voor professionals en voor zorgorganisaties, zonder dat de ratio voor dat verschil duidelijk is. Dat is een ongewenste situatie, die voorkomen moet worden. Waar het de indicatiestelling betreft moeten deze verschillende keuzen heroverwogen worden. Er zal een nieuw evenwicht tussen private, publieke en professionals governance gevonden moeten worden. De invloed van publieke governance op professionals governance zal op sommige punten vergroot moeten worden om maatschappelijk ongewenste situaties te voorkomen. Beslissingen van een professionele groep, die maatschappelijke consequenties hebben zouden publiek getoetst en goedgekeurd moeten worden, waardoor ook de maatschappelijke consequenties aanvaard worden.

Summary

Governance & Health Care

Private, Public and Professionals' Influences on Health Care Providers in the Netherlands

Dutch health care governance is complex and threefold, dealing with private, public and professionals influences on health care providers.

Organisations should serve the interests others have entrusted into their hands. Governance is a way of achieving this principle, generally based on rules and manners for management, on control and on accountability. All sectors of society nowadays have to deal with governance.

In the Dutch health care sector private organisations (e.g. hospitals, nursing homes and home care services) and individuals (e.g. general practitioners, medical consultants and physiotherapists) deliver health care services to patients. Health care delivery is based on contracts between private parties. The government expects health care providers to serve the public interest. Professionals' visions on health care services and professionals' interests strongly influences choices on societal and organisational level. Private, public and professionals interests are supported by their own governance.

Health care providers must thus deal with private, public and professionals' governance in organising their services, as well as in the actual service for individual patients. Each governance system has its own morality and pursues its specific aims and goals. The systems are using different principles and sets of instruments. Morality, goals, principles and instruments differ so widely that one may refer to three different governance worlds.

Health care providers must function in the combination of three governance worlds. They must weigh private, public and professional interests against each other. The demands and rules of each governance world need to be obeyed while the interests, demands and rules of the three governance worlds may conflict.

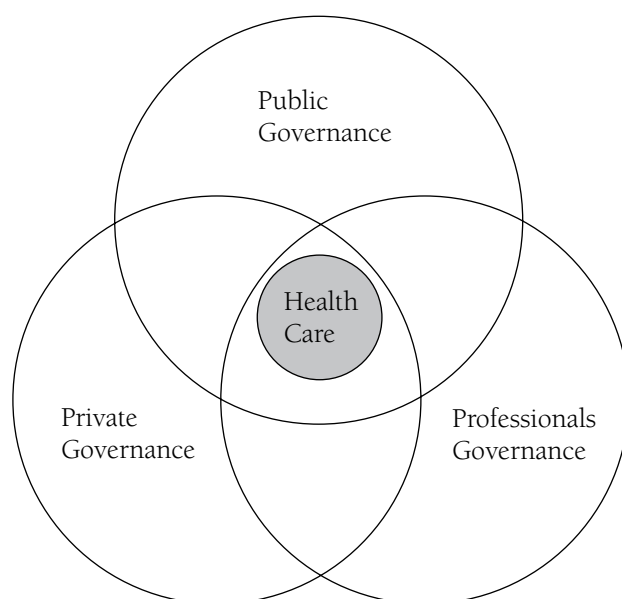
Research has been done on the practice of this combination of private, public and professional governance for Dutch health care providers.

In Part I of the study, the research field is explored and the research question is formulated. Chapter 1 is a description of the Dutch health care system. It starts with an explanation of the system's financial construction. The governmental responsibility for the access, costs and quality of the health care system is then considered. After surveying these public aims the managerial organisation of health care providers is described. Health care services are delivered by standalone professionals and by institutions. The latter are private entities based on private law. Health care service to an individual patient

is based on a private contract between provider and patient. The provider is paid for the service by a private contract with a health insurance company. Normally these health care organisations have separate managing and supervision boards, and must cope with a number of stakeholders. Private, public and professionals' elements of the Dutch health care system are covered at the end of chapter 1.

The meaning of the word 'governance' is considered in chapter 2. An introduction is provided into the relevant theory, the aims, the use of power and the principles of governance. Governance can be seen as a set of instruments. It can also be defined as the pursuit of a specific interest or as weighing different interests. Third, governance can be considered as an instrument for reducing management power and correcting the management. Last but not least, governance can serve to achieve trust in society because it helps to prevent or solve societal problems.

In chapter 3 the surveys of health care and of governance are combined in Dutch health care governance. This combination demonstrates the overlap of private, public and professionals' governance as seen in the figure below. The research question, the research plan, the methodology and the relevance of this study are described in chapter 4.



The theoretical part of this study starts with chapter 5, surveying the influence of societal visions on the organisation of health care governance. This chapter also argues that the three governance worlds have different moralities. The views of Jacobs (1992) and Freidson (2001) are used to design a third 'professional moral syndrome' separate from the 'commercial moral syndrome' and the 'guardian moral syndrome', as Jacobs determines. The driving spirit of the commercial moral syndrome is negotiation by equal partners. The guardian moral syndrome is based on the use of power and hierarchy. The

professional moral syndrome is driven by knowledge and binding between peers. These three syndromes cannot be separated in health care. Health care organisations must deal with them concurrently.

The theoretical and practical backgrounds of private, public and professionals' governance are investigated separately in chapters 6, 7 and 8. They consider the need for governance, the law, the practice of governance and the theories in use. The results of these separate investigations are combined in chapter 9. The differences and the similarities of the governance worlds are considered, as well as the consequences for health care providers. The combination of private, public and professionals' governance in Dutch health care can only be explained and understood if we accept the complex reality of a number of stakeholders, few of them having matching interests and visions. These interests must be weighed. Negotiations with the stakeholders are the only way to acquire a shared vision and to achieve results. When reality is reduced to one principal-agent relationship and governance is sculptured from that perspective, a solution for societal and organisational problems is impossible. Each stakeholder is a player in a game of negotiation and compromise.

With the perspective obtained from the theoretical part of this study, the practice of the combination of private, public and professionals' governance is examined in three cases. Part III of the study starts with the case of blood supplies in the Netherlands. In 1998 one national organisation was formed to obtain blood from donors, to manufacture blood and blood products and to deliver this to hospitals for patient use. This change was necessary because the previous system was unable to ensure that sufficient safe blood products of a high quality were available. Public governance was enlarged by forming one private organisation under the control of the Minister of Health. An evaluation some years later showed this construction to be functioning well, with the professionalism of the blood supply organisation having developed in the new setting.

The second case describes how the system of general practitioners is organised and the influence the association of general practitioners (LHV) has on this system. The general practitioner is the gatekeeper to hospitals and an important factor in the Dutch health care system. For considerable time the LHV and its sister organisation the NHG (for the professional development of general practitioners) ensured there were sufficient general practitioners of a high quality. The profession developed scientifically and in practice. The government thus felt justified to allow the monopoly and to support the general practitioners and their organisation. This system came under pressure in the 1990s when a shortage of general practitioners threatened. The LHV and the Ministry of Health entered into a battle on the financial position of the general practitioner. They also argued about controls on the general practitioner health care system in the Netherlands. The LHV's powers have since been reduced. A combination of public, professionals' and private governance influences now governs the general practitioner structure. It is unsure whether this new mix can guarantee good and sufficient general practitioner health care for the entire country.

The third case considers the problems of a small hospital in Emmeloord. This hospital hit difficulties in supplying all the population's curative functions. The hospital is part of the IJsselmeerziekenhuizen foundation, and this case analyses how the foundation is

searching for a solution to the Emmeloord problem, having to deal with a large number of stakeholders with differing views and interests. This case shows how the combination of private, public and professionals' governance prevented a solution to the problem, while the quality of hospital care in Emmeloord was below professional standards. This lack of quality continued for some time because none of the responsible parties intervened. Chapter 14 brings together the results of the three cases and describes their parallels.

The results of the research on theory and on practical cases are brought together in part VI, with conclusions in chapter 15. The combination of private, public and professionals' governance for Dutch health care providers is complex and has insufficient coordination between the governance worlds. The combination does not guarantee good health care governance. Neither does it help to solve or to prevent problems. Many stakeholders do not understand the complexity of the combination. It is unclear who is responsible and accountable for a problem and who can solve the problem. An incorrect intervention by the wrong person can make the problem worse. But it is possible to achieve results and to realise changes in this imperfect and complex combination if an individual understands the complexity and uses it to his advantage. This individual is playing the game in each governance world according to the rules and morality of that specific world. He coordinates his actions in the three worlds and uses the results of one world for further actions in another. He is flexible and ensures he retains the ability to negotiate while not losing sight of the target, using the instruments from the three governance worlds to empower each other towards the same end. He is a partner in negotiations on an equal level with other parties.

The complexity of the combination of private, public and professionals' governance is a fact of life. None of the governance worlds can be eliminated and neither can one be placed hierarchically above the others. Health care providers must cope with three worlds of governance. Changes and improvements within the combination are possible, if that reality is accepted. Chapter 16 describes in detail the suggestions for improvements, which can contribute to transparency. More transparency helps managers and government to see the possibilities and to use them for achieving the desired results.