

SENECA JOURNAAL
IS EEN UITGAVE VAN
HET SENECA CONGRES

Seneca

Journal



SEPTEMBER 2010
JAARGANG 9 NUMMER 2

**Minder regels,
meer autonomie**



Frank de Grave,
Voorzitter Seneca

UITDAGING

De ‘zorgkar’ staat momenteel vast in de modder. Over dat feit is brede overeenstemming. Maar wie gaat de kar lostrekken? Door de politieke instabiliteit zijn er vanuit Den Haag de laatste tijd nauwelijks impulsen geweest. Het nieuwe kabinet moet richting geven en tegelijkertijd de sector ruimte bieden om aan de kar te trekken. Want de sector heeft daarin zijn eigen verantwoordelijkheid. En dat besef is er gelukkig ook. Net als de overtuiging dat het mogelijk is om het rendement van de zorgeuro te verbeteren. Het is echter geen vrucht die je gemakkelijk van de boom plukt. De *quick wins* zijn immers allemaal al uitgevoerd, het draait nu om fundamentele wijzigingen. Nogmaals, dat is geen gemakkelijke opgave, want de zorg is complex gestructureerd. Daarom is het goed om elkaar tijdens de aankomende Seneca Terugkomdag diep in de ogen te kijken en onszelf een aantal vragen te stellen. Hoe gaan we de bezuinigingen handen en voeten geven? Hoe houden we de solidariteit in de zorg overeind en geven we tegelijk ruimte aan de markt? Wat doen we met de tarieven van specialisten? En hoe krijgen we de gewenste transparantie eindelijk vlot getrokken? Het is een stevige problematiek die we serieus onder ogen moeten zien, alleen dan kan het rendement omhoog. Hoe gaan we de komende jaren van A naar B zonder dat er grote tekorten ontstaan, de kwaliteit van zorg achteruit gaat. Kortom: hoe kunnen we het uitstekende niveau van zorg dat we in Nederland hebben, waarborgen voor de toekomst. Daar gaan we het op 6 en 7 september in Beetsterzwaag over hebben. Niets doen is geen optie!

Frank de Grave
Voorzitter Seneca

Colofon

Seneca Journaal wordt toegezonden aan deelnemers van het Seneca-Congres en andere belangstellenden in de zorgsector. Sponsors van het Seneca Congres zijn PGGM, IZZ, PinkRocade Healthcare, UVIT, Ernst & Young, Springer Media/Bohn Stafleu van Loghum.

Concept & realisatie:

Axioma Custom Media, Baarn

Teksten: Peter Bierhaus,

Diederik Wieman

Art direction: Joost Junte

Vormgeving: Tamar de Klijn

Fotografie: Ruud van Zwet

Lithografie: Frits Repro, Almere-Haven

Druk: Drukkerij Ten Brink, Meppel

- 4 **De plek** - Landgoed Lauswolt in Beetsterzwaag
Programma van de Seneca Terugkomdag 2010
- 5 **De succesformule** - Waarom Seneca onmisbaar is voor de zorgsector
Bart Blanken, CMO PGGM
- 6-7 **De aanjagers** - Een overzicht van de sprekers tijdens de Seneca Terugkomdag
Aanjagers van de discussie
- 8-10 **Mentaliteitsverandering** - De ouderenzorg moet opnieuw vermaatschappelijkt worden
Han Noten, ActiZ
- 11-13 **Governance** - Hoe zit het nu eigenlijk met de kwaliteit van de toezichthouders?
Gert van Dijk, Nyenrode University
- 14-16 **Toekomst** - De nieuwe middellange termijnplanning van het CPB is verschenen. Hoe ziet de toekomst van de zorg eruit?
Casper van Ewijk, CPB
- 17-19 **Kostenexplosie** - De ouderenzorg maakt de AWBZ onbetaalbaar. Overhevelen naar de Zvw is een optie
Martin Bontje, UVIT

www.senecacongres.nl

Epicentrum ---

Een geheime locatie was het. **Landgoed Lauswolt** in Beetsterzwaag. Bos, Balkenende en Rouvoet legden er drieënhalf jaar geleden de basis voor het kabinet **Balkenende IV**. En nu? Krijgt een VVD-CDA **minderheidskabinet** de complexe taak om verder richting aan de zorg te geven? Na drieënhalf jaar is **Beetsterzwaag wederom epicentrum**. Seneca brengt beleidsmakers en het veld samen om van gedachten te wisselen over de toekomst van de zorg. De sprekers zijn **anjagers** voor de **discussie**. In deze editie van het Seneca Journaal warmen ze u vast op!

SENECA 2010

Terugkomdag

Maandag 6 en dinsdag 7 september 2010

Locatie: Bilderberg Landgoed Lauswolt
Van Harinxmaweg 10, 9244 CJ Beetsterzwaag
Telefoon 0512 38 12 45

Maandag 6 september

- 🕒 17.00 – 18.00 Ontvangst/Inschrijving
- 18.00 – 19.00 Borrel/Welkom door Seneca-
voorzitter Frank de Grave
- 19.30 – 22.30 Diner met key note speech
van Hans Alders

Dinsdag 7 september

(Tijdstippen zijn onder voorbehoud)

- 🕒 09.00 uur Opening door de
congresvoorzitter
- 09.10 – 10.00 Ab Klink – demissionair
minister VWS
- 10.00 – 10.50 Casper van Ewijk – CPB
- 10.50 – 11.10 Coffee break
- 11.10 – 12.00 Han Noten – ActiZ
- 12.00 – 12.50 Gert van Dijk – Nyenrode
- 12.50 – 14.00 Lunch
- 14.00 – 14.50 Martin Bontje – UVIT
- 14.50 – 15.40 Gerard Kleisterlee – CEO Philips
- 15.40 – 16.30 Slotdebat onder leiding
van de congresvoorzitter
- 16.30 Afsluiting

De organisatie:
Projectgroep Seneca Congres
PGGM, Linda Vink-Dalmeijer 030 - 277 15 11
linda.dalmeijer@pggm.nl
www.senecacongres.nl



SENECA IN VOGELVLUCHT

“Onze zorg, onze uitdaging,
ons perspectief”

Seneca Congres 2001, Saint-Paul de Vence, Frankrijk

“Het gaat beter; het kan beter.
Maximalisatie van de zorgprestatie
is de ondernemende doelstelling”

Seneca Congres 2003, Saint-Paul de Vence, Frankrijk

“Goed werkgeverschap”

Seneca Congres 2005, Alicante, Spanje

“Arbeidsproductiviteit”

Seneca Congres 2007, Lissabon, Portugal

“Governance in de zorg.
Besturen in de nieuwe tijd”

Seneca Congres 2009, Athene, Griekenland

Succesformule Seneca

Naast zijn functie als chieff marketing officer bij PGGM is Bart Blanken sinds begin dit jaar ook Seneca-projectleider. Ingrijpende veranderingen zijn wat hem betreft echter niet aan de orde want: "Seneca is een succesformule. Ik zie het als mijn taak om die formule te bewaken en op een goede manier te continueren."

BART BLANKEN
CHIEF MARKETING OFFICER
PGGM
☎ 030-2771330
✉ BART.BLANKEN@PGGM.NL
🌐 WWW.PGGM.NL

Seneca is bepaald niet nieuw voor Blanken. Voor zijn komst naar PGGM was hij directeur bij Stichting IZZ, een van de sponsors van het Seneca Congres. Blanken participeerde dan ook in verschillende edities. Wat is volgens hem de kracht van Seneca? "Het succes van de formule schuilt in de unieke setting. Seneca brengt beleidsmakers en uitvoerders rechtstreeks in contact met het veld. Met elkaar gaan zij het gesprek aan over de toekomst van de zorg in Nederland. Belangrijk daarbij is de informele setting: deelnemers hoeven geen politiek verantwoorde stellingen in te nemen. Er kan vrijuit van gedachten worden gewisseld en dat leidt vaak tot nieuwe of verhelderende inzichten."

Een keur aan sprekers heeft de afgelopen jaren de discussie tijdens de congressen aangejaagd. Interessante en belangwekkende onderwerpen passeerden de revue en vormden het vertrekpunt voor inspi-

rende gedachtewisselingen. "Het mooie van Seneca is dat de sprekers prikkelende stellingen durven in te nemen en dat ook vanzelfsprekendheden op de korrel worden genomen. We bespreken de echte problemen en uitdagingen waar we in de zorgsector voor staan. De betaalbaarheid, toegankelijkheid, beschikbaarheid en hoe om te gaan met de enorme bezuinigingen. Gezamenlijk zoeken we naar passende oplossingen."

BEPALEND

De unieke samenstelling – beleidsmakers, een evenwichtige afvaardiging vanuit de cure en care sector, boeiende sprekers – maakt Seneca tot een bepalende factor als het gaat om de toekomst van de zorg. Dat belang onderkennen ook de demissionair minister en de top van het ministerie van VWS. Zowel Ab Klink als enkele van zijn topambtenaren maken hun agenda's vrij om deel te nemen aan Seneca. Ook zij zien dat het congres een belangrijke bijdrage kan leveren aan de verbeteringen van processen en modellen binnen de zorgsector.

BALANS

Gezien het succesvolle verloop van de Seneca Congressen ziet Blanken weinig aanleiding om het concept te veranderen. "De formule is fris en werkt uitstekend. Wel proberen we telkens weer een

juist deelnemersveld samen te stellen. Zo is er nu een betere balans tussen vertegenwoordigers vanuit de care en cure. Nieuwe deelnemers geven bovendien ook weer ruimte aan nieuwe inzichten."

2011

Met de Terugkomdag in Lauswolt in zicht, is de organisatie alweer bezig met Seneca 2011.

"We gaan met veel enthousiasme op dezelfde voet verder", vertelt Blanken. De locatie is bepaald en de datum ook: Seneca 2011 zal van 7 tot en met 10 september plaatsvinden in Berlijn. ■

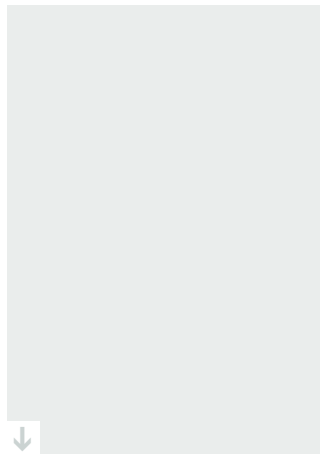
Het Seneca Congres brengt beleidsmakers en zorgbestuurders bij elkaar. In een besloten setting kunnen zij vrijuit met elkaar van gedachten wisselen over ontwikkelingen in de zorg

de sprekers

Wederom is de Seneca-projectgroep erin geslaagd om een interessant programma samen te stellen. De sprekers zullen met hun uitdagende meningen en prikkelende stellingen de discussies aanjagen. We stellen ze hiernaast in het kort aan u voor.



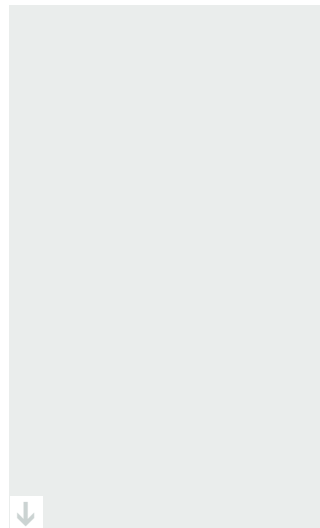
**Hans
Alders**



J.G.M. Alders is voorzitter EnergieNed en voorzitter van het bestuur van het Pensioenfonds Zorg en Welzijn. Ook tijdens deze editie van Seneca Congres zal hij de *keynote speech* verzorgen. Alders was in het verleden onder meer minister van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu (1989-1994) en Commissaris van de Koningin in de provincie Groningen (1996-2007). Naast zijn huidige functies bekleedt Alders een aantal nevenfuncties. Zo is hij voorzitter van de Raad van Toezicht van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).



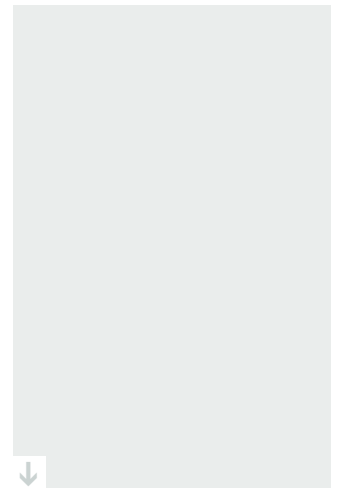
**Ab
Klink**



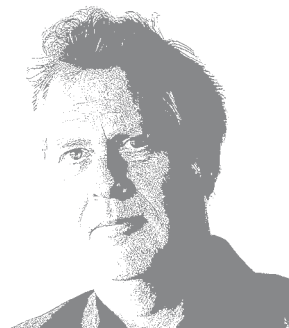
Dr. A. Klink is sinds de verkiezingen zowel lid van de Tweede Kamerfractie van het CDA als demissionair minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hij trad in die functie aan op 22 februari 2007, daarvoor was hij directeur van het wetenschappelijk instituut van het CDA en Eerste Kamerlid. Klink is een vaste gast van de Seneca Congressen en ook dit keer zal hij een toespraak houden waarin wordt teruggeblikt en vooruitgekeken op het zorgbeleid en de ontwikkelingen in de zorg.



**Casper
van Ewijk**



Prof. dr. C. van Ewijk is sinds 1998 onderdirecteur van het Centraal Planbureau (CPB). Naast deze functie is hij als hoogleraar macro-economie verbonden aan de economische faculteit van de Universiteit van Amsterdam. Tevens is hij plaatsvervangend kroonlid van de SER en redacteur bij *The Economist*. Van Ewijk zal in zijn toespraak tijdens de Seneca Terugkomdag dieper ingaan op de onlangs door het CPB gepubliceerde Economische Verkenning 2011-2015, het middellange termijnscenario voor de Nederlandse economie.



Han Noten

Drs. H.C.P. Noten is Eerste Kamerlid namens de PvdA en voorzitter van de Eerste Kamerfractie van die partij. Voor zijn politieke loopbaan was hij onder meer vakbondsbestuurder bij de FNV en directielid bij Centraal Beheer en de Nederlandse Spoorwegen. Noten is sinds 2007 bestuursvoorzitter van ActiZ. Zijn bijdrage aan de Seneca Terugkomdag zal niet over bezuinigingen gaan, maar over een mentaliteitsverandering ten aanzien van de zorg.



Gert van Dijk

Professor dr. ir. G. van Dijk studeerde Animal Husbandry and Genetics aan de Landbouw Universiteit Wageningen en Economie aan de Universiteit van Aberdeen in Schotland. Daar promoveerde hij ook. Van Dijk is professor aan zowel Nyenrode University als aan de Landbouw Universiteit Wageningen. Daarnaast is hij voorzitter van de Ledenraad van PGGM. Tijdens de Seneca Terugkomdag zal hij vooral ingaan op governance in de zorg, waarbij zijn onderzoek naar de kwaliteit van toezichthouders zeer zeker aan de orde zal komen.



Martin Bontje

M.J.W. Bontje is sinds 2007 lid van de raad van bestuur van UVIT, de verzekeraarscombinatie van Univé, VGZ, IZA en Trias. Bontje was voor die tijd algemeen directeur van Zorgverzekeraars Nederland. Hij zal tijdens de Seneca Terugkomdag vooral zijn visie op governance en de AWBZ geven. Ook ketenzorg en de emancipatie van de zorgconsument komen aan bod.



Gerard Kleisterlee

Ir. G.J. Kleisterlee is CEO van Philips, het concern waar hij in 1974 zijn carrière begon. Hij startte bij de divisie Medical Systems, waar hij verschillende functies op het gebied van productmanagement vervulde. Van 1981 tot 1986 was hij general manager van de productgroep Professional Audio Systems. In 1986 volgde de overstap naar Philips Components waar hij general manager van Philips Display Components werd. In 1994 volgde de benoeming tot managing director van Philips Display Components Worldwide. Later was Kleisterlee president van Philips Taiwan en regiomanager van Philips Components in Azië/Oceanië. Van september 1997 tot juni 1998 was hij tevens verantwoordelijk voor de activiteiten van de Philips-groep in China. Zijn bijdrage aan de Seneca Terugkomdag zal vooral gaan over de betekenis van technologie voor de (gezondheids)zorg.



HAN NOTEN
BESTUURSVORZITTER
ACTIZ
☎ (030) 273 93 93
✉ INFO@ACTIZ.NL
🌐 WWW.ACTIZ.NL

HAN NOTEN, BESTUURSVORZITTER ACTIZ:

“Meer geld voor vakantie dan voor ouderenzorg”

Bestuursvoorzitter Han Noten van brancheorganisatie ActiZ wil het nu eens niet hebben over bezuinigingen in de zorg. “Laten we liever praten over hoe we omgaan met de botsende waardesystemen. Er wordt in Nederland meer geld aan vakanties besteed dan aan ouderenzorg.”

De bestuursvoorzitter van ActiZ, belangenbehartiger van 415 instellingen uit de V&V-sector, thuis-, kraam- en jeugdgezondheidszorg, windt zich zichtbaar op. Telkens weer wordt hij geconfronteerd met dezelfde mantra's: de AWBZ is niet houdbaar en de zorg moet bezuinigen. Han Noten gaat zitten en valt meteen met de deur in huis: “We liegen ons suf als het om de ouderenzorg gaat.” Hij beseft dat het een boude uitspraak is. “Maar als ik dit zeg heb ik altijd wel meteen de aandacht van mensen.” Dan genuanceerd. “Je kunt het ook zo verwoorden: er is een fors verschil tussen wat we van de ouderenzorg vinden en wat we eraan doen.”

PARADOXEN

Volgens Noten creëren we met zijn allen afschuwelijke paradoxen. “Kijk, we zeggen dat we de ouderenzorg heel belangrijk vinden, maar wat doen we? De tijdsbesteding gaat naar beneden en er is minder geld beschikbaar. We zeggen dat we professionaliteit in termen van autonomie belangrijk vinden. Maar in de praktijk gaan we alle zorg, maar ook de inkoop en

de financiële structuur, protocolleren. De professionele keuzevrijheid wordt daardoor aanzienlijk verkleind.” De paradoxen spelen op nog meer terreinen. “We vinden het ook heel belangrijk dat de cliënt centraal staat. Maar hoe centraal staat die cliënt als alle zorg is vastgelegd in een geprotocolleerd inkoopbeleid? We vinden het belangrijk ja, zolang de cliënt zijn mond maar houdt.”

Ook over de financiering van de ouderenzorg heeft Noten zo zijn opvattingen. “Het is heel apart, maar we zijn niet in staat om de kosten die we maken te vertalen in opbrengsten. In andere sectoren is dat geen probleem. Neem de kinderopvang. De maatschappelijke en economische waarde daarvan is goed te duiden en algemeen geaccepteerd. We willen iedereen in de gelegenheid stellen om te werken, dus bieden we kinderopvang.”

Wie er gebruik van maakt, betaalt ook mee aan de kosten. Zo zou het ook met de ouderenzorg moeten, vindt Noten. Je kunt niet én voor je ouders zorgen én fulltime werken. Een verzorgingstehuis maakt het mogelijk dat je handen vrij zijn om carrière te maken, waarom zou je daar niet extra voor betalen? “Voor kinderopvang is dat heel normaal, bij ouderenzorg niet.”

SCHAAMTE EN SCHULD

Hoe we zover zijn gekomen is geen vraag voor Noten, die van huis uit psycholoog is. “In mijn optiek heeft de houding ten opzichte van ouderenzorg alles te maken met schaamte en schuld. We gaan liever op vakantie dan dat we een financiële >

> bijdrage leveren aan het verzorgingstehuis waar moeder woont. We zorgen onvoldoende voor onze ouders en schamen ons daarvoor, voelen ons schuldig. En wat doe je dan: je zoekt de schuld ergens anders. Dat is de menselijke natuur. De sector helpt een handje mee, want die laat ons ook schuldig voelen door te laten weten dat het vanwege bezuinigingen en regelgeving zo moeizaam gaat.”

Wat is de les die we hieruit leren? Zo vraagt hij zich hardop af. “We moeten de zorg opnieuw vermaatschappelijken. Het moet een juiste plek krijgen in de samenleving. Ieder mens heeft in een bepaalde levensfase zorg of ondersteuning nodig. Jongeren, mensen in de overgang, ouderen. Ouderenzorg hoort gewoon bij een bepaalde levensfase. Daar is in principe niets medisch aan. Mensen worden eenvoudigweg oud en hebben dan zorg nodig. Weliswaar iets meer dan in andere levensfasen. Een groot verschil met andere fasen is dat de ouderenzorg geen reparatiefabriek is, zoals een ziekenhuis. Er is geen herstel mogelijk.”

AUTONOMIE

Volgens Noten moet de ouderenzorg vooral gericht zijn op kwaliteit van leven. En dat valt of staat voor een belangrijk deel met autonomie. “Als je zeventig of tachtig bent, wil je net als op je dertigste of veertigste zelf keuzes kunnen maken. Daar moet de sector zich op richten: op de vraag van de cliënt. Dat betekent dat er meer ruimte voor differentiatie moet komen en dat kan alleen als je de protocollering van de zorginhoud, de zorginkoop en de financiering loslaat. De vraag is alleen: kunnen wij dat als samenleving verdragen? Dat het vaak goed, maar soms ook niet goed gaat in een verzorgingstehuis? Dat mensen op een warme dag limonade in plaats van soep krijgen of dat bewoners aanvullende producten en diensten kopen? Een keertje extra naar de kapper bijvoorbeeld, een uitje, of een stuk wandelen met een verzorgster. Nu vinden we dat dat niet mag, uit angst voor tweedeling. Maar dat is onzin, want die tweedeling in de samenleving is allang een feit. Je gaat toch niet verbieden dat iemand die zich dat kan veroorloven, een extra dienst inkoop? Dat doe je toch ook niet bij iemand die veertig is?” Volgens Noten heeft tweedeling boven-



"De sector moet zich richten op autonomie van de cliënt"

dien lang niet altijd met rijkdom te maken. “Het is ook een kwestie van keuzes. Wat je echt belangrijk vindt en waar je geld voor overhebt.”

Hij hoort ook veel tegenargumenten. Bijvoorbeeld dat ouderen per definitie veel minder tot autonomie in staat zijn. Zelf niet meer kunnen beslissen. “Voor een deel van de ouderen zal dat kloppen, maar je hebt dan ook altijd nog familie en vrienden om je heen. Maar ik denk ook dat de zorgprofessional vanuit zijn eigen ethiek de keuzevrijheid en autonomie van de cliënt kan waarborgen.”

HAALBAARHEID

Of het haalbaar is om alle protocollen los te laten en de markt echt zijn werk te laten doen? Han Noten haalt zijn schouders op. “De haalbaarheid boeit mij niet. We moeten hier en nu ons best doen. Daarnaast vind ik echter wel dat er af en toe iemand moet opstaan om de sector een spiegel voor te houden. Momenteel zie je in die spiegel dubbelhartigheid. Maar ja, dat heeft ook zijn voordelen, want dan kun je ’s avonds in ieder geval zonder problemen in slaap vallen...” ■

“Toetsen. Dat is cruciaal”

Leden van de Raad van Toezicht moeten verankerd zijn in het zorgveld. En gedisciplineerd getoetst worden. Door mensen van de werkvloer. Pas dan is een zorginstelling goed verankerd in de samenleving. Governance in de zorg. Hoe verder? Professor Gert van Dijk heeft daar uitgesproken ideeën over.

Ontwikkelingen rond Corporate Governance. Dat is waar professor Gert van Dijk, verbonden aan Nyenrode en Wageningen Universiteit, onderzoek naar doet met studenten van Nyenrode. Het onderzoek loopt nog, maar Van Dijk kan al voorzichtig enige bevindingen melden. “Ik kijk vooral naar de affiliatie van toezichthouders in de zorg. Met als belangrijke tweede vraag: uit welke vakgebieden komen de mensen met wie besturen en Raden van Toezicht zich aanvullen? Dat zegt namelijk veel over hoe een Raad van Toezicht (RvT) over zichzelf denkt. Een maand geleden las ik in het Financieele Dagblad (FD) over de benoeming van een ex-directeur van de KLM tot toezichthouder bij een grote zorginstelling. Hij was verantwoordelijk geweest voor veiligheid en stelde dat veiligheidsbeleid ook hoog op de agenda bij ziekenhuizen staat. Mijn eerste gedachte was: ‘Interessant, leuk.’ Maar mijn tweede gedachte was: ‘Ho eens

even. Hij zegt hier ook nog dat hij de directie kan adviseren op het gebied van veiligheid. Maar dat is niet zijn taak! Hij is toezichthouder!’ Hij loopt het gevaar om als bestuurder te gaan denken.”

Van Dijk’s visie is duidelijk: toezichthouders moeten niet alleen toezicht houden, maar ook verankerd zijn in het veld waar zij hun werk moeten verrichten. “Het vermoeden is dat steeds vaker de voorkeur uitgaat naar captains of industry die grote organisaties kunnen leiden. Verder veel accountants en juristen. Ik zet daar vraagtekens bij. Zij hebben specifieke kennis die een bestuur kan inhuren als zij dat nodig achten. Mijn voorkeur is dat nieuwe RvT-leden een breed zicht hebben op wat zich in de zorg afspeelt, het politieke debat hierover kennen, weet hebben van de verstatelijking van de zorg. Zij moeten weten hoe dergelijke ontwikkelingen doorwerken in zorginstellingen. Daarnaast moeten zij goed begrijpen dat er een systeemverandering moet komen. Als RvT doe

je te weinig als je alleen maar kijkt of jouw directie het goed doet. Je moet begrip hebben voor omstandigheden, je bestuurders met raad en daad terzijde staan.”

TOETSEN MÓET

“Een andere vraag uit het onderzoek: er is veel aandacht voor de directie en de RvT. Maar hoe zit het met de toetsing daarvan? Hoe werkt dat? Zijn er controlerende organen die toetsen? Die de cruciale vraag stellen of de organisatie nog doet waarvoor hij is opgericht? Zo nee: waarom niet? Hoe kunnen we dan de druk opvoeren om ervoor te zorgen dat de organisatie dat wel weer gaat doen?

Met de toetsing van de kerncompetenties in zorginstellingen is nogal wat mis. Uit mijn eerste bevindingen van het onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat te veel RvT-leden de basis van het logistieke proces en hun kerncompetentie niet altijd kennen. Het is de taak van een >

“Als blijkt dat de organisatie niet meer doet waarvoor zij is opgericht, kan het vertrouwen in de RvT worden opgezegd”



PROF.DR.IR. GERT VAN DIJK
HOGLERAAR NYENRODE EN
WAGENINGEN UNIVERSITEIT
 ☎ 06 51 86 31 33
 ✉ COOP99@XS4ALL.NL

directie om voor goed, professioneel toezicht van informatie te voorzien, maar zij moet ook zelf een oppositie organiseren die op een goede manier kan toetsen.”

GEDISCIPLINEERD TOETSEN

Goed toetsen is volgens Van Dijk gewaarborgd in een coöperatieve ondernemingsvorm, waar alle stakeholders van de zorginstelling georganiseerd zijn in een ledenraad die toetst (zie ook Seneca Het Journaal 2, augustus 2009, pag. 22). Cliëntenraden staan te ver van de zaken af om deze toetsingfunctie goed te kunnen vervullen. “De discussie tussen de mensen die een toetsende rol vervullen, moet een onderlinge discussie zijn.

Die toetsende raden moeten op werkniveau functioneren, op de hoogte zijn waar het werkelijk om gaat, zoals ledenraden in een coöperatieve onderneming. Daarin leg je het eigendom bij alle afnemers, die maar één ding hoeven doen: toetsen. Essentieel is dat ook de toezichthouders door gewone mensen worden getoetst. Mensen van en bij de werkvloer. Signalen van de werkvloer moeten meer gaan doordringen naar boven om een goed werkende instelling te waarborgen. Toezichthouders hebben daarin een dienende taak en moeten hun werk aan cliënten en medewerkers kunnen uitleggen. Die toetsing moet natuurlijk niet ongeorganiseerd plaatsvinden. Dat moet gedisciplineerd wor-



HÉT GROTE VRAAGSTUK: VRIJWILLIGERSMANAGEMENT

Goed omgaan met de geëmancipeerde zorgconsument wordt essentieel, vindt Gert van Dijk. “Bij de vraag ‘Hoe stel je het rendement vast van investeringen in de zorg?’ moet niet alleen naar de financiën gekeken worden, maar ook naar de verbeteringen voor de zorgconsument. Denk bijvoorbeeld aan eisen stellen aan wachttijden en de mogelijkheid bieden tot *independent living* door domotica. Een andere belangrijke vraag voor de nabije toekomst is: hoe organiseren we in de zorg de vrijwillige bijdragen van mensen? Heel weinig organisaties kunnen met vrijwilligers omgaan, terwijl we hen hard nodig gaan hebben. Ook daar moet het beginsel van wederkerigheid gaan gelden. Vrijwilligersmanagement wordt hét grote vraagstuk voor zorginstellingen.”

den. Het moet gebeuren door een groep mensen, liefst tussen de tien en vijftig personen, waar een discussie wordt georganiseerd. Binnen zo’n groep wordt het oordeel gecorrigeerd tot een goed oordeel. Gedisciplineerde toetsing dus. Wanneer daaruit blijkt dat de organisatie niet meer doet waarvoor zij is opgericht, kan het vertrouwen worden opgezegd en moet de RvT daaruit zijn conclusies trekken.”

BEGINSEL VAN WEDERKERIGHEID

Bij medisch specialisten schort het nogal eens aan goede, gedisciplineerde toetsing, stelt Van Dijk. “In de verhouding tussen ziekenhuisdirecties en medisch specialisten komt het belangrijke begin-

sel van de wederkerigheid om de hoek kijken. Er moet sprake zijn van disciplineren en zelfdisciplineren om tot wederkerigheid te komen, elkaars ruimte te maximaliseren. Dat betekent bijvoorbeeld dat wanneer medisch specialisten te vaak niet op tijd zijn, de ziekenhuisdirectie niets voor hen kan doen. Bij zo’n conflict zou een ziekenhuisdirectie aan medisch specialisten vaker de vraag moeten stellen: ‘Hebben jullie voldoende discipline om je eigen rol hierin te toetsen?’ Het bestuur moet dan niet ‘zorgen voor’, maar ‘zorgen dat’. Zorginstellingen realiseren zich steeds meer het belang van die wederkerigheid in samenwerkingsvormen. Ik zie het als een nieuw stadium van emancipatie van

zorgverleners en zorgconsumenten. Ik weet het: medisch specialisten hebben al het gevoel dat ze onder druk staan. Ze moeten inkomen inleveren, zich voegen naar het ziekenhuis. Toch zullen ze er uiteindelijk uit moeten komen met het bestuur. Medisch specialisten moeten leren om er niet altijd in hun eentje uit te willen komen. De discussie dient zich af te spelen op collectief niveau.” Van Dijk is optimistisch over de invoering van het coöperatieve model. “Het komt er nu op aan. De bezuinigingen dwingen ons om nieuwe samenwerkingsvormen te vinden. Nu wordt het noodzakelijk om de strategie te veranderen van competitief naar coöperatief. De druk is er.” ■

Betere kwaliteit

leidt niet
automatisch
tot lagere
kosten

Afgelopen voorjaar presenteerde het CPB de Economische Verkenning 2011-2015. Tijdens de Terugkomdag in Lauswolt zal CPB onderdirecteur Casper van Ewijk uitgebreid ingaan op dit scenario voor de Nederlandse economie. Vooruitlopend daarop beantwoordt hij in Seneca Journaal een aantal kwesties die de zorgsector bezighouden.

Houden we het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking?

“Dat is een spannende vraag. Alle politieke partijen hebben heldere keuzes gemaakt. De SP wil als enige partij stoppen met gereguleerde marktwerking, de PVV aarzelt. De andere partijen willen min of meer verder op de ingeslagen weg. Als je naar de care sector kijkt, moet er ook echt iets gebeuren. Men zegt dat we nu ‘stuck in the middle’ zitten, het stelsel is in transitie en daar moet je niet in blijven hangen. Maar de politiek moet de deregulering ook tijd geven en dat is niet altijd makkelijk, omdat de politiek – in tegenstelling tot de economische realiteit – vaak om snelheid vraagt. Ook is het belangrijk dat de politiek de fouten erkent die in het nieuwe stelsel zitten. Want er zitten een paar heel grote in. Fouten die je wellicht had kunnen voorkomen door meer tijd uit te trekken voor dit proces.”

Groeien de zorguitgaven explosief?

“De collectieve uitgaven aan zorg stegen de afgelopen tien jaar met reëel gemiddeld ongeveer vier procent per jaar, terwijl de economische groei krap twee procent per jaar bedroeg. Je praat nu over een niveau van zorguitgaven van 61 miljard euro, ongeveer tien procent van het bruto nationaal product. Voor de periode 2011 tot 2015 hebben we een raming gemaakt met een sobere en een realistische variant. In de realistische raming groeien de zorguitgaven tot en met 2015 opnieuw met ongeveer vier procent per jaar, in de sobere variant met drie procent. Dat laatste is ook het groeitempo waar de meeste politieke partijen op uitkomen na verwerking van de ombuigingen die zij voorstellen.

De raming voor de levensverwachting is ook flink bijgesteld, drie jaar voor mensen die vanaf nu 65 worden. Dat betekent dat de kosten voor de AWBZ in de toekomst verder zullen oplopen. Positief is echter dat ook de gezonde levensverwachting stijgt. Wij gaan ervan uit dat van de drie jaar stijging, mensen gemiddeld anderhalf jaar gezond doorbrengen.

Wil je de extra stijging van de zorguitgaven niet op de collectieve lasten laten drukken, dan zal die uit de eigen bijdrage gefinancierd moeten worden. Het eigen risico zou dan van 210 naar 750 euro gaan. Je zult dat moeten accepteren of het stelsel moeten wijzigen.”

Spelen zorgverzekeraars hun rol goed als het gaat om kostenbeheersing?

“Verzekeraars worden pas actief als er voldoende prikkels zijn. Met alle voor- en nacalculaties zoals we die nu kennen, zijn die prikkels er nog onvoldoende. Wanneer een verzekeraar zich toelegt op een scherpere inkoop, profiteert hij daar door de ex-post verrekening niet evenredig van. De ex-post verrekening zou daarom beter >



*"De jaarlijkse
groei van de
werkgelegenheid
in de zorg is te
behappen"*



PROF. DR. CASPER VAN EWIJK

ONDERDIRECTEUR VAN HET CPB

☎ 070 - 338 33 80

✉ C.VAN.EWIJK@CPB.NL

🌐 WWW.CPB.NL

afgeschafte kunnen worden, pas dan gaan verzekeraars echt goed op de kosten letten. Wat verder meehelpt is uitbreiding van het B-segment, zodat verzekeraars ook meer ruimte krijgen om hun rol goed te spelen. Kijk, je kunt vanuit governance-perspectief wel van alles eisen, maar de omgeving waarin je opereert moet wel stimulerend zijn.”

Krijgen we een tweedeling in de zorg?

“Dat is een aspect waar velen zich zorgen over maken, maar waar discussie over nodig is. Om de stijgende zorguitgaven te beteugelen, zou je kunnen gaan differentiëren. Hoe groot moet het basispakket eigenlijk zijn? Je kunt dat versoberen en consumenten zich laten bijverzekeren voor extra zorg. De consument begint daar nu langzamerhand aan te wennen. ‘Als ik dit wil, moet ik dat bijbetalen.’ Het probleem daarbij is dat hoogopgeleide mensen, die voldoende financiële middelen hebben, gezonder en langer leven dan laagopgeleiden. Zij maken dus relatief minder gebruik van zorg. Minder financieel draagkrachtige, laag opgeleiden doen daarentegen vaker een beroep op zorg maar zijn dan misschien niet in staat dit te betalen. In de care sector lijkt er nu brede steun te zijn voor het scheiden van wonen en zorg. Dat zal ruimte bieden voor een grotere differentiatie van woonvormen. Je zou als alternatief kunnen denken aan een soort National Health System. Je kunt het budget dan goed in de hand houden en het risico op tweedeling neemt af. Maar zo’n model biedt weer minder ruimte voor experimenten en innovatie. Bovendien zullen de wachtlijsten weer oplopen. De vraag is ook in hoeverre je rekening wilt houden met de verschillende wensen van de consument.”

Verwachten we te veel van governance in de zorg?

“Er is een tendens om meer verantwoordelijkheid bij het bestuur van instellingen te leggen. Dat is op zich een goede zaak. Met name als het gaat om de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het management en de kwaliteit van dienstverlening. Maar of dit ook daadwerkelijk leidt tot lagere kosten, is niet zo duidelijk. Er wordt wat dat betreft misschien wel te veel verwacht. Het is bijvoorbeeld ook helemaal niet zo eenduidig dat een ziekenhuis beter af is wanneer alle specialisten er in loondienst zijn. Je moet heel zorgvuldig kijken naar waar de prikkels precies liggen. Er zijn misschien wel mengvormen nodig om goed te kunnen sturen. Een joint venture tussen ziekenhuis en specialistengroepen bijvoorbeeld. Dan deel je de kosten en baten. Albert Heijn kiest er in sommige gevallen ook voor om de bakkerij door een franchiser te laten runnen.”

Hoe alarmerend is eigenlijk het toekomstige arbeidstekort in de zorg?

“De zorg is een van de belangrijkste groeisectoren voor de werkgelegenheid. Op dit moment werkt dertien procent van de beroepsbevolking in de sector. In 2060 zal dat echter tussen de 24 en 30 procent moeten zijn. Dat is veel, maar we praten over een situatie die vijftig jaar in de toekomst ligt. Per jaar bedraagt de werkgelegenheidsgroei in de zorg iets minder dan twee procent. Dat is te behappen. In 2000 was er een enorm tekort aan ICT’ers, maar ook dat tekort werd opgelost. Kennelijk regelt de markt dat, zijn mensen bereid om te verschuiven. Wel kan er sprake van zijn dat je beter moet gaan belonen. Als de salarissen echt bovenmatig zouden gaan stijgen, dan hebben we wel een probleem. De zorgsector moet nu en in de toekomst alerter opereren op de arbeidsmarkt, betere voorwaarden scheppen, meer opleidingsmogelijkheden en doorstromingskansen bieden. Ook de zorg heeft, net zoals andere sectoren, last van vergrijzing. De gemiddelde leeftijd van de werknemer zal stijgen. Dat is iets om rekening mee te houden in een sector waar veel onregelmatige en nachtdiensten moeten worden gedraaid. Aan de andere kant kan wellicht ook de arbeidsproductiviteit verbeteren. Op zich is die arbeidsproductiviteit in de zorg moeilijk te meten. Maar betere geneesmiddelen, nieuwe technologie en ICT zullen van invloed zijn. Daarnaast speelt ook de economische situatie een rol. Je ziet dat in een hoogconjunctuur mensen minder snel geneigd zijn om te kiezen voor een overheidsbaan of de zorg. Dit in tegenstelling tot een laagconjunctuur, wanneer mensen op zoek zijn naar zekerheid.” ■

MARTIN BONTJE, RAAD VAN BESTUUR UVIT:



“Ouderenzorg veroorzaakt kostenexplosie AWBZ”

Een coöperatieve ondernemingsvorm kan de governancecrisis in zorginstellingen redden, stelt Martin Bontje. En voor de AWBZ bepleit hij rigoureuze maatregelen. De emanciperende zorgconsument heeft wat hem betreft de toekomst: “Mensen kunnen veel meer zelf dan wij denken.”

TOEZICHTHOUDERS MOETEN ONDERNEMER ZIJN

In een artikel in het ABN AMRO magazine Visie op Zorg staat onder ‘Tips van Martin Bontje’ vermeld dat toezichthouders in zorginstellingen ondernemers moeten zijn. Een opmerkelijke gedachte. “Daarmee bedoel ik dat een toezichthouder van een bedrijf met een omzet van 200, 300 miljoen over aparte vaardigheden dient te beschikken. Hij moet opereren als een ondernemer, als iemand die zelf een bedrijf van zo’n omvang leidt. Hij kan de controle niet meer overlaten aan een externe accountant, dat moet hij zelf kunnen. Hij moet ook kundig een RvB beoordelen. Zeker nu de complexiteit van zorginstellingen groot is, en de risico’s en volumes enorm zijn. Kortom, er moeten zwaardere eisen aan toezichthouders worden gesteld. Ik heb het vaak gezegd: de stichtingsvorm is een rechtsvorm waarin het toezicht het slechtst geregeld is. Daarnaast zijn leden van de RvT vaak niet zwaar genoeg, het is nog te veel een erebaan. De goeden niet te na gesproken. Een coöperatieve ondernemingsvorm, waarin alle stakeholders – ook toeleveranciers en afnemers – een controlerende taak hebben, acht ik beter. Het is de geschiktste rechtsvorm voor bedrijven die met veel stakeholders te maken hebben. Het probleem rond governance gaat toenemen. Demissionair minister Klink heeft onlangs een voorstel gedaan om het honorarium van specialisten te verminderen. Het bestuur wordt budgethouder en is verantwoordelijk om de koek te verdelen. Dat gaat nooit goed. De NVZ en de Orde zijn al tegen. Je kunt dus wel stellen dat er gedoe is rondom governance. Ik ben benieuwd of dit leidt tot een versterking van de positie van bestuurders en toezichthouders, of dat ze sneuvelen. Ik vrees dat er de komende jaren veel energie in die interne strijd gestoken gaat worden. Zonde.” >

MARTIN BONTJE

LID VAN RAAD VAN
BESTUUR UVIT

☎ (088) 13 13 000

✉ MARTIN.BONTJE@VGZIZA.NL

🌐 WWW.UVIT.NL

TWINTIG PROCENT BEZUINIGEN?

“Wat bedoelt de politiek daar precies mee? Twintig procent minder aan zorgkosten uitgeven? Echt, dat kan niet. Wat wel kan, is dat mensen meer zelf moeten betalen. Dan moeten we tegen mensen zeggen dat ze 300 euro per dag moeten betalen voor een ziekenhuisopname. Of dat ze bezoeken aan de huisarts zelf moeten betalen. Nee, het wordt hooguit een solidariteitsdiscussie. Dan komen er aanvullende verzekeringen. Voorwaarde daarvan is wel dat vrijwel iedereen daaraan meedoet. Anders wordt het te duur.”

*“De gehele ouderenzorg
kun je beter overhevelen
naar de Zvw”*



OUDERENZORG UIT DE AWBZ

“De AWBZ bestaat eigenlijk uit zeer verschillende zorgsoorten die weinig met elkaar te maken hebben. De kostenexplosie komt uit de ouderenzorg. En die is ook nog eens heel versnipperd. Verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg worden uit de AWBZ betaald. Andere zorg komt uit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarnaast is het overgrote deel van de chronisch zieken oud. Als je de zorg voor hen betaalbaar wilt houden en kwalitatief goed wilt doen, moet dat in ketenzorg gebeuren. Daar hoort bijvoorbeeld thuiszorg bij. Maar dat komt uit de AWBZ. Dus kunnen wij zorgverzekeraars die zorg niet goed organiseren. We zouden eerst moeten ontschotten. Neem een oudere astmapatiënt. Zijn medicijnen zijn door een specialist ingesteld. Wanneer de patiënt een nieuwe aanval krijgt, wordt hij acuut vervoerd naar het ziekenhuis. Daar krijgt hij nieuwe medicijnen voorgeschreven, waarna hij weer naar huis gaat. Door het in ketenzorg te regelen, zouden de huisarts en medisch specialist een veel geringere taak krijgen. Je kunt de zorg dan kwalitatief beter en goedkoper organiseren door via de thuiszorg een gespecialiseerde

astmaverpleegkundige bij hem thuis te laten komen. Die kan een aanval voorkomen door op te letten, door goede dagelijkse adviezen te geven. Dat gaat van op tijd het kleed wassen tot verbieden dat een bezoeker de buurman in huis rookt. Daarom pleit ik ervoor om de gehele ouderenzorg naar de Zvw over te hevelen. Anders komen er allerlei bezuinigingen in de AWBZ waarvan ik niet kan inschatten waartoe die leiden. Het gaat om grote bedragen, dus zullen veel zaken uit de AWBZ weggesneden worden. Moeten wij zorgverzekeraars dat aanvullend verzekeren? Er is geen grens van het AWBZ-pakket omschreven, dus is het lastig om een complementaire verzekering te maken. Daarnaast lopen wij zorgverzekeraars het risico dat er gezegd wordt: maar dat is toch al verzekerd in de AWBZ? Ik vraag de politiek dus wat de grenzen zijn én wat de nieuwe grenzen worden. Macro-economisch gezien lijkt overheveling naar de Zvw geen bezuiniging. Maar we zijn er met z'n allen wel van overtuigd dat goede ketenzorg kostenverlagend werkt. De vraag is: hoeveel? Daar hebben we een probleem. We kunnen 't nog moeilijk kwantificeren.”

VAN CURE NAAR CARE: ARTSEN ANDERS BELONEN

“Eigenlijk hebben we het dan over ketenzorg. Nog preciezer: tweedelijnszorg die naar de eerste lijn gaat en zelfs naar de nulde lijn: bijvoorbeeld door middel van e-health en goede begeleiding kunnen we het gebruik van tweedelijnszorg terugdringen. Kom ik bij die astmapatiënt terug: als gespecialiseerde verpleegkundigen dagelijks de patiënt in de gaten houden en adviezen geven, heb je minder kostbare behandelingen nodig. Helaas werkt het vergoedingssysteem voor huisartsen en specialisten contrair: artsen krijgen betaald naar het aantal consults en DBC's. We zouden een beloningssysteem moeten ontwikkelen dat artsen beloont voor gezondheidswinst. Stel dat we de

kwaliteit van leven meten van alle COPD-patiënten van één huisarts. Bij een meting drie jaar later, mag de kwaliteit van leven bij die patiënten niet minder zijn. Dan is de arts afhankelijk van zijn inspanningen om zijn patiënten op het gezondheidspeil van die eerste meting te houden. Ik weet het, de uitvoering is lastig. Daar worstelen wijzelf ook mee. Maar het is een feit dat we dokters betalen om zieke mensen beter te maken. We zouden ze moeten betalen voor het gezond houden van gezonde mensen. Dat betekent dat er veel ruimte moet zijn voor preventieve lifestyle-acties, anders is het dweilen met de kraan open.”

EMANCIPERENDE PATIËNT: MENSEN KUNNEN VEEL MEER ZELF

“Dat sluit aan bij het voorgaande. Een patiënt die meedenkt, kan bijdragen aan een betere en goedkopere gezondheidszorg. Een voorbeeld: patiëntenverenigingen van chronisch zieken weten wat goede zorg is, welke dokters goed zijn en doen zelf voorstellen voor protocollen. Uiteindelijk gaat de zieke zijn eigen ziekte managen. Hij wordt mondig, weet wat hij wil, oriënteert zich op de aangeboden zorg.

Dat is een positieve ontwikkeling. Als UVIT stimuleren wij dat en werken wij eraan mee. We vinden dat mensen zich bewuster moeten zijn van hun gezondheid, dan moeten we ze ook serieus nemen en stimuleren zo te denken en te doen. E-health en nuldelijnszorg kunnen niet zonder vertrouwen in die zelfredzaamheid. Ik ben ervan overtuigd dat mensen veel meer zelf kunnen dan wij denken.” ■

SENECA CONGRES BERLIJN

INVITATIONAL ONLY !

7 TOT EN MET 10
SEPTEMBER 2011

De organisatie:
Projectgroep Seneca Congres
PGCM, Linda Vink-Dalmeyer 030 - 277 15 11
linda.dalmeyer@pgcm.nl
www.senecacongres.nl

