

# Nieuwe zorg vraagt om moedige boardrooms

Recent verscheen *Het zal MIJN zorg zijn. 7 routes naar een gezond zorgstelsel*, geschreven door **Steven de Waal**. In zijn boek bespreekt hij goede en aansprekende innovaties in de zorg die nu al plaatsvinden door ondernemende professionals, patiënten en ook bestuurders. Die innovaties worden concreet genoemd, evenals de personen, de ‘maatschappelijk leiders’, die aan de basis ervan hebben gestaan. Want, stelt De Waal, leiderschap is persoonlijk, vanuit persoonlijke waarden gedreven en altijd moedig. Zonder schuring en weerstand is er geen leiderschap.

Juist door zijn concrete benadering krijgt De Waal veel vragen uit de sector: hoe kunnen zij zelf maatschappelijk leiderschap en zorginnovaties bij hun eigen organisatie stimuleren? Hij neemt ons mee in de drie vragen die hierbij spelen.

In de boardroom worden vaak deze drie vragen gesteld:

1. Wie zijn wij, bestuur en (intern) toezicht van zorginstellingen, dat we met deze noodzakelijke vernieuwing proactief en zelfgestuurd aan de slag kunnen, zelfs moeten?
2. Wat moeten we vooral doen (of nalaten) als we maatschappelijk leiderschap en dit soort zorginnovaties willen stimuleren?
3. Waar blijkt ons eigen maatschappelijk leiderschap uit, ofwel: welke problemen en weerstanden zullen we tegenkomen waar we ons moedig doorheen moeten werken?

## 1. Private boardrooms: naar een eigen publieke en maatschappelijke verantwoordelijkheid

De Nederlandse gezondheidszorg is zowel aan de aanbiederszijde als aan de verzekeraarszijde ingericht volgens een wereldwijd uniek publiek/privaat model<sup>1</sup>. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders zijn ondergebracht in private rechtspersonen. Bij zorgverzekeraars zijn dat meestal Onderlinge Waarborg Maatschappijen en bij zorginstellingen veelal stichtingen, vroeger ook verenigingen, zoals de Kruisverenigingen. Deze constructie heb ik in 2000<sup>2</sup> omschreven als een model met een bijzondere vorm, namelijk maatschappelijke ondernemingen. De kenmerken daarvan zijn: een eigen maatschappelijke missie, non-profit governance en een eigen maatschappelijke verankering, veelal via de raden van toezicht. Deze publiek/private constructie is voortgekomen uit privaat en actief burgerschap van bedrijven, instellingen en verbanden (vaak van religieuze aard) en van goedwillende burgers – meer dan honderd jaar geleden. Het is dus niet ontstaan uit een politieke wens tot



**Steven de Waal** is opiniemaker, auteur en voorzitter Public Space Foundation ([www.publicspace.nl](http://www.publicspace.nl) en [www.publicspace.eu](http://www.publicspace.eu)).

privatisering die in de jaren negentig in die kringen in de mode was. Ik heb dit model toen juist geïntroduceerd als tegenwicht tegenover het beperkte en niet erg Nederlandse perspectief in die privatiseringsdebatten, namelijk alsof het alleen ging om een tweedeling van staat versus markt. Daarbij werden deze private non-profit en burgerorganisaties immers volledig ‘vergeten’. Er zijn op deze politieke wind wel instellingen geprivatiseerd, maar ook toen al naar dit non-profit model, zoals gemeentelijke woonbedrijven, ziekenhuizen en rijksuniversiteiten. Daarna werden ook steeds meer commerciële ondernemingen toegevoegd aan dit private palet. De medische professionals werden altijd al georganiseerd via maatschappen, die ten dele ook een commerciële doelstelling hebben. Dominant in de Nederlandse gezondheidszorg is echter dit model van door de overheid zwaar bekostigde, erkende, gereguleerde en gecontroleerde private maatschappelijke ondernemingen.

Vanwege dit unieke publiek/private model hebben we nu private boardrooms met een private verantwoordelijkheid (en aansprakelijkheid) in de grote meerderheid van de zorginstellingen. Door die private boardrooms zijn de afgelopen vijftien jaar winden gewaaid die enerzijds veel te knellend en bureaucratisch, maar vooral ook een te pretentieuze greep waren van de overheid, en anderzijds een erg beperkt en amateuristisch

zogenaamd marktdenken. Door de ontkenning van de maatschappelijke roots en missie, wat ook tot uitdrukking komt in het non-profit karakter, doet diezelfde overheid alsof zij de enige hoeder van het publiek belang is. Maar aan de private kant was er een te economisch perspectief van alleen marktwerking, concurrentie en winstgerichtheid. Op die winden hebben veel boardrooms geen koers kunnen houden. Er is veel ontkenning van de eigen private verantwoordelijkheid en zeggenschap geweest, men maakte zich te afhankelijk van de overheid. Er waren ook veel misverstanden over die zogenaamde marktbenadering, vaak omdat niet goed werd begrepen wat werkelijk strategisch marktgedrag is<sup>3</sup>.

In het breed geconstateerde en erkende falen van zowel de overheid als de markt komt nu een enorme vrijheid, maar tegelijk ook een grote verantwoordelijkheid naar die privaats georganiseerde zorginstellingen toe. Dat is dus zeer gunstig, niet alleen voor al die mensen die hun maatschappelijke rol invullen door in die private boardrooms hun maatschappelijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid te realiseren, maar juist ook voor de maatschappelijke leiders die nu, tegen beide winden in, hun zorginnovaties optuigen en laten zien.

Er zijn opwekkende signalen voor deze nieuwe, sterke en hoopgevende positie:

- Een demissionair kabinet, dat ruimte biedt om eigenzinnige maatschappelijke stappen vooruit te zetten.
- Een Integraal Zorg Akkoord, als samenvatting van wat de zorgsector zelf al van plan was of zelfs al aan het doen was<sup>4</sup>, zoals ook blijkt uit de meer dan dertig zorginnovaties in het boek.
- Op het complexe systeem van de zorgsector bestaat geen nationale regie, al zijn er

natuurlijk altijd politici die die geruststellende pretentie wel graag willen uiten. Iedereen die de bestuurskundige literatuur bijhoudt, weet dat daarin de zorgsector als een complex systeem gezien wordt, waarin vele actoren, initiatieven en de complexiteit en onderlinge wisselwerking van hun vele interacties uiteindelijk tot bepaalde – vaak redelijk onvoorspelbare – uitkomsten leiden<sup>5</sup>. Centrale, nationale ‘integrale’ rationele plannen, waar vaak diezelfde politiek en soms ook het publiek om roepen, zijn niet mogelijk en door het niet bestaan van ‘centrale regie’ al helemaal niet implementeerbaar. Met andere woorden: het wachten op een groot, alomvattend en onderbouwd integraal plan voor vernieuwing van ‘de zorg’ van de nationale overheid was altijd al een hopeloze mythe. Met de huidige verzwakking en versplintering van de nationale politiek is dat inzicht nu ook overal, ook buiten de moderne bestuurskunde, wel doorgedrongen.

Houd me ten goede: ik beweer niet dat ‘de (nationale) overheid’ of ‘de (nationale) politiek’ niet belangrijk is voor de Nederlandse gezondheidszorg. Er zijn vele gebieden van structurele of systematische aard, waar ‘de politiek’ belangrijk is om maatregelen te nemen, financiering te bieden of juridische belemmeringen weg te nemen. Juist bij complexe systemen vergt dat echter wel

**‘Het wachten op een groot, alomvattend en onderbouwd integraal plan voor vernieuwing van ‘de zorg’ van de nationale overheid was altijd al een hopeloze mythe’**

strategische intelligentie: slimme interventies met een opschalende werking, duidelijke, harde grenzen stellen aan verkeerd gedrag, financiële incentives verstandig inrichten en de professional en patiënt veel meer echte ruimte geven. Mijn punt is wel: daar moeten de echt ondernemende mensen in de zorg zelf, ook die in de private boardrooms, niet op gaan zitten wachten. Er blijkt genoeg te doen, ook binnen de huidige systemen en structuren. Sterker nog: alleen degenen die de werkvloer van de zorg goed kennen, weten wat er aan zorginnovaties nodig is en zijn vervolgens creatief genoeg om die goede zorginnovaties ook te ontwikkelen. Het trackrecord van diezelfde overheid tot echt ingrijpen, structurele problemen aanpakken en knopen doorhakken, waar ze toch vooral nuttig voor zou kunnen zijn, is ook niet zo groot dat dat wachten gerechtvaardigd is<sup>6</sup>.

## 2. Fundamentele verandering van die private boardrooms

Het boek is geschreven vanuit het perspectief dat er al heel veel ‘civil leadership’ in de Nederlandse gezondheidszorg zichtbaar is. Dit gaat van ondernemende dokters (van Igor Tulevski van Hartwacht tot Bas Bloem van ParkinsonNet) tot ondernemende onderzoekers (van Machteld Huber van Positive Health tot Anne-Mei The van Sociale Benadering Dementie, tot Claudine Lamoth van Healthy Living as a Service), tot ondernemende zorgbestuurders (van Jolanda Buwalda en Frido Kraanen van Omring tot Jos de Blok van Buurtzorg en nu ook Buurtdokters) en tot ondernemende burgers die nieuwe zorggemeenschappen (‘commons’ of ‘meents’<sup>7</sup>) oprichten (van de vijftal pioniers van Austerlitz Zorgt tot Peter Prak van De Knarrenhof). Vlak ook de goede initiatieven niet uit, die de

nieuwe macht van de patiënt door nieuwe digitale technieken<sup>8</sup> voluit benutten voor keuzehulp van patiënten van de Patiënten Federatie Nederland.

Er zijn drie belangrijke zaken aan de orde voor de private boardrooms in de zorg om dit verder mogelijk te maken, te stimuleren en in goede banen te leiden.

- De private boardrooms moeten deze strategische analyse over het nieuwe krachtenveld, hun sterke positie in de driehoek van overheid-markt-burgers en vooral het echt vormgeven van hun private verantwoordelijkheid hernemen en bepalen. De tijd van wachten op een verlossend woord of alomvattend plan van de overheid is toch echt voorbij. De grote vraag is hoe met de spanning tussen compliance en continuïteit, die klassiek veel aandacht krijgen van de RvT, en de bijdragen, maar ook risico’s van dit maatschappelijk leiderschap wordt omgegaan.
  - De private boardrooms moeten leren dat modern bestuur en toezicht niet langer alleen technisch of schijn-rationeel of beperkt economisch<sup>9</sup> van aard is, maar vooral normatief en waardengeladen. Het gaat dan om duidelijke antwoorden op vragen als: welke zorgvragen van patiënten en inwoners willen we echt gaan beantwoorden? Welke maatschappelijke bijdrage willen we leveren, op korte en op lange termijn? Hoe maken we onze missie waar? Hoe legitimeren we onze keuzes naar de samenleving?
- Het boek biedt daarvoor richting. De vele voorbeelden van maatschappelijk leiderschap zijn geordend naar zeven routes<sup>10</sup>, om iedere maatschappelijk leider te inspireren en op weg te helpen voor de beste bijdrage aan een nieuwe gezond-

heidszorg. Je zou dit ook stelselverandering van onderop kunnen noemen, die gelukkig al lang gaande is. Dit kunnen ook de routes zijn die de boardroom inspireren en verder op weg gaan helpen in deze keuzes en afwegingen.

- Het belangrijkste element, dat direct voortbouwt op de eerste twee punten: de RvT en het bestuur moeten met leiderschap kunnen omgaan. Dit vergt vaardigheden als een goede inschatting kunnen maken van de persoon en persoonlijke drijfveren van de leider, goed de voor- en nadelen – vooral vanuit patiëntenperspectief – van een bepaalde innovatie kunnen afwegen, goed ruimte bieden en tegelijk het inkaderen van en grenzen stellen aan een dergelijk plan en het ook normatief vanuit missie en strategie kunnen beoordelen. Het betekent vooral niet bang zijn en tegen onverwachte en niet eerder geteste voorstellen kunnen. Leiderschap is immers ‘risky’<sup>11</sup>, niet alleen voor de leider of zorg zelf, maar zeker ook voor de organisatie, de reputatie daarvan en dus ook voor het functioneren en het toezicht vanuit de boardroom. Van de dertig maatschappelijk leiders die ik heb onderzocht in het promotieonderzoek, had circa een derde in de loop der tijd wel enige schuring, wrijving of soms zelfs een conflict met hun RvT<sup>12</sup>. Dit hoort, zoals gezegd, bij leiderschap en het is ook allemaal voor het goede doel, maar naar de aard, risico’s en afwegingen kun je toch wel anders kijken, zo bleek daar.

### 3. Hebben we voldoende maatschappelijk leiderschap in de boardroom?

Een aantal uitdagingen voor de private boardrooms heb ik al geschetst, van de

spanningen rond de beoordeling van nieuwe, ongeteste plannen tot deskundig en verstandig omgaan met leiderschap vanuit de organisatie. Daarin moet zich dus ook het eigen leiderschap bewijzen. Dit gaat om zaken als:

- Durven we onbekende en ongeteste plannen (toch) goed te keuren?
- Durven we een risico te lopen met overheidswetgeving of overheidstoezicht? Wat is dan onze verdedigingslinie of argumentatie?
- Durven we het risico op openlijk falen van deze innovaties en experimenten aan? En vooral: gaan we dan deze keuze en deze leider ook openlijk verdedigen?
- Accorderen we dit plan, ook al is er weerstand in de organisatie of bij collega professionals?

Onderliggend zijn natuurlijk belangrijke klassiek governance vragen aan de orde, zoals:

- Kennen we de mening van patiënten en samenleving over de zorg die we nu leveren, maar ook over de zorg die we willen gaan leveren?
- Kunnen we onze stakeholders overtuigen van de noodzaak en maatschappelijke bijdragen van deze zorginnovaties?
- Kunnen we belangrijke financiers, zoals verzekeraars, maar ook banken, overtuigen van onze stabiliteit, ook als we deze zorginnovatie gaan uitvoeren?
- Zijn wij als boardroom goed samengesteld om deze nieuwe tijd en strategische positie aan te kunnen?

Geen gemakkelijke vragen. Maar ja, niemand heeft ooit beweerd dat deelname aan boardrooms in de zorg gemakkelijk is. Het belang van goede keuzes, een goede samenstelling en karakter daar zijn wel toegenomen nu de problemen in de gezondheidszorg op allerlei vlakken groter worden. De tijd van hopen op of alleen verwijzen naar ‘de politiek’

is toch echt voorbij. De zorg moet zelf aan de bak. Het goede nieuws is dat dat al op vele plaatsen met vele maatschappelijk leiders gebeurt. Tijd om bij die beweging aan te sluiten en eraan te gaan bijdragen.



### Bronnen

*Het zal MIJN zorg zijn. 7 routes naar een gezond zorgstelsel*, door Steven de Waal, Public Space Foundation 2023.  
'The Value(s) of Civil Leaders', Boom Lemma 2014, dissertatie Steven de Waal.

### Noten

1. Zie voor de meest recente internationale uitleg van dit unieke model Note 5 in *Civil Leadership as the Future of Leadership. Harnessing the disruptive Power of Citizens*, dr. Steven P.M. de Waal, Warden Press 2018.
2. Onder dit model heb ik in privatiseringsdebatten een driehoek geïntroduceerd: naast staat en markt is er ook de burger, met burgerorganisaties, zoals coöperaties en verenigingen, met ngo's die vaak ook maatschappelijk protest organiseren en ten slotte met de maatschappelijke ondernemingen, voortgekomen uit actief burgerschap van het verleden: *Nieuwe strategieën voor het publieke domein. Maatschappelijk ondernemen in de praktijk*, Samsom 2000.
3. De variant daarop, die het eigen maatschappelijk ondernemerschap wel centraal stelt, is goed te lezen bij; prof. dr. Lucas Meijs en drs. Monique de Ritter (red.) *Sociaal Ondernemerschap. De beweging naar nieuwe hybride modellen voor een andere toekomst*, Stichting Maatschappij en Onderneming, Den Haag 2015.
4. Zie voor een uitgebreide kritiek op het Integraal Zorg Akkoord: <https://publicspace.nl/een-nieuw-ouderwets-polder-akkoord-integraal-zorg-akkoord/>
5. Zie noot 5 in het boek (2023). Mooi recent voorbeeld is Capra en Luisi, *The Systems View of Life. A unifying vision*, Cambridge University Press 2014.
6. Ik vat in het blog over het boek de agendapunten samen die nu op het bordje van politiek en polder liggen, als je goed luistert naar deze maatschappelijk leiders: <https://publicspace.nl/het-zal-mijn-zorg-zijn-7-routes-naar-een-gezond-zorgstelsel/>. Veel van die agendapunten zijn ook allang bekend op het nationale politieke niveau, zonder dat daar veel aan gedaan is.
7. Zie onder andere *Wat we gemeen hebben*, Thijs Lijster, De Bezige Bij, Amsterdam 2022 en het werk van prof. dr. M (Tine) de Moor van Erasmus Universiteit Rotterdam.
8. Zie voor een analyse van het belang en de impact van deze 'disruptive power of citizens', De Waal 2018, zie III.
9. Dit was in de achterliggende jaren vaak wel een erg beperkte visie op economisch denken en wetenschap. Zie onder meer de laatste bundel van de Nobelprijswinnaar voor Economie Jean Tirole met de sprekende titel *Economics for the common good*, Princeton University Press, Princeton 2017.
10. Dit zijn respectievelijk ROUTE 1 Stimuleren van civil leadership, ROUTE 2 Bevorderen van gezondheid, ROUTE 3 Financieren van toegevoegde gezondheidswaarde, ROUTE 4 Organiseren vanuit praktische wijsheid van professionals, ROUTE 5 Ontwikkelen van zorgplatforms en platform organisaties, ROUTE 6 Realiseren van zorg in de woonomgeving met eigen regie van de patiënt en ROUTE 7 Stimuleren van moedig leiderschap.
11. In het boek worden de volgende kenmerken van dit leiderschap gebruikt (ontleend aan het Kansas Leadership Center, die in hun leiderschapsvisie ook de bijdrage aan samenleving en commons voorop stellen): 'Leadership is an activity, not a position. Anyone can lead, anytime, anywhere. Leadership starts with you and must engage others. Your purpose must be clear. It's risky.'
12. Zie ook Marilieke Engbers *Onder commissarissen*, Business Contact 2021, het onderdeel 'Conflicten en Defensiviteit'. Voor de oproep tot maatschappelijk leiderschap in boardrooms, zie John Carver, *Boards that make a difference. A new design for leadership in nonprofit and public organizations*, Jossey-Bass Publishers San Francisco 1997