



PAUL FRISSEN: HOOGLERAAR
BESTUURSKUNDE EN BESTUURDER



‘De zorg vraagt om pluriformiteit en specialisten moeten daar zélf voor strijden’

Nederland is gebaat bij verschillende opvattingen over wat goede zorg is. Te veel regelgeving is funest voor die pluriformiteit. Dat betoogt Paul Frissen, decaan en bestuursvoorzitter van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB) en hoogleraar bestuurskunde aan Tilburg University. Hij wil dat we de verschillen koesteren, en dat is ook een oproep aan de individuele medisch specialist.

TEKST NAOMI VAN ESSCHOTEN BEELD JIRI BÜLLER

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hebben in 2020 richtlijnen gepubliceerd voor goed bestuur in de zorg, gericht aan bestuurders en toezichthouders. 'Het is helemaal niet aan deze politieke instanties om deze hiërarchische regels op te leggen', opent Paul Frissen op ferme toon het gesprek. 'Zo ben ik voorzitter van de raad van toezicht van Dichterbij, een organisatie die hulp en ondersteuning biedt aan mensen met een verstandelijke beperking. Als onafhankelijk toezichthouder beslissen wij zélf hoe we toezicht uitoefenen. De teksten van de overheid over goed bestuur hebben bovendien een ronduit beledigende, badinerende toon. Vergeet niet, zelf brengt de overheid het er bepaald niet best vanaf. De politiek en ambtenarij kunnen dus beter een beetje bescheidenheid tonen.'

Samen met hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg Pauline Meurs van de Erasmus Universiteit schreef u hierover een kritische blog voor Zorgvisie. Wat is uw belangrijkste kritiekpunt?

'De NZa en de IGJ doen alsof het ministerie van VWS nu de hoogste autoriteit is, de eigenaar van het zorgdomein. Dat is niet het geval. Het departement mag een opvatting hebben over goed bestuur en toezicht, maar trekt met zo'n voorschrijvend kader een te grote broek aan. De taak van de IGJ is er immers om bestuurders en toezichthouders aan te spreken bij schadelijk of strafbaar gedrag, en die van de NZa om toe te zien op de betaalbaarheid van zorg. We weten dat succesvolle zorg – preventie, nieuwe behandelingen, technologische ontwikkelingen – de zorg in het algemeen duurder maakt. De politiek stimuleert enerzijds succesvolle zorg en creëert daarmee duurdere zorg. Maar stuurt anderzijds via bijvoorbeeld de NZa tegelijkertijd hard op de kosten. Per saldo ontstaat zo schaarste. In dat krachtenveld past terughoudendheid als je het wilt hebben over kwaliteit. Bestuurlijke kaders die dat moeten borgen, maken die ambitie ronduit pervers.'

'Als je het verschil wilt maken voor de patiënt of cliënt, moet je wel de ruimte hebben om het anders te doen'

Waarom pervers?

'De coronacrisis bracht aan het licht dat we te weinig ic-bedden hebben. Dat tekort is een bewust gecreëerde schaarste, en hangt samen met eerdere bezuinigingen. We kloppen onszelf graag op de borst voor onze *lean and mean* zorg en lachen om de Duitsers die bij wijze van spreken in elk dorp een ziekenhuis hebben. Daardoor liep het gekoesterde streven naar "de juiste zorg op de juiste plek" tijdens de coronapiekl vooral uit op: "overal net te weinig". We moesten voor de ic-zorg zelfs uitwijken naar Duitsland en in de ouderenzorg stierven veel mensen een stille, eenzame dood. En kijk naar wachttijden en wachtlijsten: dat is weliswaar zeer efficiënt, maar voor de patiënt of cliënt bepaald niet een bewijs van het publieke belang van kwaliteit. Dan moet je daar als overheid ook geen groot verhaal over vertellen. Kostenbeheersing en bescherming van kwaliteit botsen.'

Wie is volgens u de eigenaar van de zorg?

'De zorg is van oudsher georganiseerd door burgers, kerken en in maatschappelijke verbanden. Zorginstellingen zijn er al veel langer dan de overheid. Het is mooi dat de overheid daar blij mee is en heeft besloten om dat particulier initiatief collectief te financieren vanuit zorgverzekeringspremies en belastingen. Maar dat maakt de overheid niet tot eigenaar. Eigenaarschap verbindt economische en juridische rechten en plichten. Zorg is dus van het publieke domein: er zijn meerdere spelers met gezag.'

Hoe kijkt u dan naar het Nationaal Preventieakkoord van de Rijksoverheid en verschillende zorgorganisaties?

'Het is een sterk collectief akkoord maar miskent pluraliteit. En de obsessieve aandacht voor preventie maakt de zorg natuurlijk duurder. Mensen die gezond ouder worden, maken langer gebruik van zorg, van de AOW en allerlei toeslagen en voorzieningen. Daarnaast klinkt het idee sympathiek, maar vind ik het paternalistisch en elitair om op te leggen wat gezondheid is, terwijl je niets doet aan bijvoorbeeld inkomensongelijkheid. Want zulke zaken hangen bewezen met elkaar samen. Bovendien: ongezond gedrag kan ook genot opleveren en mensen zondigen daarvoor nu eenmaal graag. Tot slot vinden mensen gewoon pech en leed op hun pad: dat voorkom je niet met preventie. De maakbaarheid, en dus preventie, is overschat.'

'Ook hier zie je dat het verschil maatgevend is. Ik zou dan ook voor een nieuwe solidariteit willen pleiten, waarbij we erkennen dat mensen verschillen en niet in één mal geperst kunnen worden, want dat leidt tot verschraling van het aanbod. Laat daarbij meer zorgverzekeraars toe,



die zich onderscheiden met verzekeringsarrangementen op basis van "solidariteit met het verschil".

Hoe zou u goed bestuur en goed toezicht in de medische zorg willen omschrijven?

'Kijkend naar de geschiedenis van het zorgdomein is het volstrekt logisch dat er verschillen zijn in kwaliteit en toegankelijkheid. En terecht: elke context – bijvoorbeeld van de instelling, de regio of de doelgroep – vraagt om een andere benadering, oftewel pluraliteit. Juist die contextgebonden meervoudigheid van opvattingen over kwaliteit van zorg, bepaalt de zorgkwaliteit. Vaak lees ik in missies van zorgorganisaties dat zij het verschil willen maken voor de patiënt of cliënt. Maar dan moet je dus wel de ruimte hebben om een specifiek antwoord binnen jouw context te bieden. Goed toezicht richt zich op het behalen van die specifieke missie.'

Staat de overheid hiervoor open?

'De overheid denkt nog precies andersom: in kwaliteitsbewaking, toegankelijkheidsgarantie en kostenbeheersing langs enkelvoudige meetlatten, en in termen van steeds meer "centrale regie"; zie de coronacrisis. De Governance-code Zorg die de zorgsector zelf heeft opgesteld, beperkt overigens ook de pluriformiteit. Daar richt al het toezicht zich nu op. Door één norm centraal te stellen, heeft de sector zijn eigen ketenen gesmeed.'

Hoe kijkt u naar de rol van medisch specialisten?

'Het is natuurlijk een briljante constructie: de medisch

'De politiek lost de schaarste niet op, maar creëert deze juist – en doelbewust'

specialist is in het msb ondernemer met relatieve risico's. Het ziekenhuis is verantwoordelijk, maar heeft daardoor ook het bestuur in handen. Dat is een echte weeffout, want de echte professional bestuurt zichzelf. Dat is nog steeds aanwezig in de universiteit waar hoogleraren besturen. In advocatenkantoren zijn de maten gezamenlijk eigenaar en bestuur. Medisch specialisten bepalen weliswaar de normen van hun professie, maar besturen het ziekenhuis niet, laat staan dat ze eigenaar zijn. Niet iedere specialist hoeft bestuurder te zijn, maar moet wel substantiële aandacht tonen voor de organisatie van het ziekenhuis en de bredere context van het zorgstelsel. Daarin zouden ze meer eigenaarschap kunnen tonen. Sterker nog, het zou prioriteit moeten krijgen. Die keuze moet dan wel eerst gemaakt worden.'

Maar medisch specialisten zijn nu al erg beknot in hun zeggenschap.

'Als je blijft doen wat je deed, blijf je krijgen wat je kreeg: bureaucratie en ondermijning van gezag. De meest intelligente manier om het tij te keren, is door zelf in beweging te komen. Ook op de universiteit zouden hoogleraren veel meer verzet moeten en kunnen tonen, gegeven de eenzijdige opvatting van kwaliteit. Zo kunnen uitsluitend Engelstalige artikelen niet voor elk vakgebied de norm zijn.'

Wat raadt u de individuele medisch specialist nu aan te doen?

'Wil je het anders, laat dan van je horen. Medisch-specialistische verenigingen zijn heel sterk in inhoudelijke normstelling. De overheid heeft vaak geprobeerd om dat in te perken, bijvoorbeeld door rationaliteit te koppelen aan de dbc's en dot's. Dankzij de stevige reputatie van de medisch specialisten is dat niet volledig gelukt. Ook nu is het zaak om je stem te verheffen over financiering, kwaliteitsbewaking en de relatie tussen arts en patiënt. Zorg dan wel dat je een opvatting hebt over wat goede zorg en een goed zorgstelsel is, en pak vervolgens een prominente rol in het publieke debat. Durf daarbij – ook in de media – vooral te pleiten voor méér verschil en dus ongelijkheid. Want daarmee worden de zorg, de zorgverleners en de patiënt pas echt vooruitgeholpen.'