



Auteurs:

Sophie Bijloos
Henk-Jan van den Bosch
Marius Buiting
Hanneke Ester
Martijn Groenewold
Florien Kruse
Henk den Uijl

Januari 2024

Ridders & Schurken

Toeziqhouden en ethisch ondernemen
in zorg en welzijn

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
2. Ondernemen in het publiek belang.....	5
2.1 Knights, Knaves en Deugdethiek.....	5
2.1.1 Historische context zorgstelsel.....	5
2.1.2 Knights, knaves en deugdethiek.....	6
2.1.3 Publieke belangen versus private belangen	6
3. Sociaal ondernemerschap in de zorg	8
4. Afglijders van sociaal ondernemerschap	9
4.1 Sociale rechtvaardigheid	9
4.2 Ecosysteem: concurrentie op arbeid	10
4.3 Kwaliteit van zorg	12
4.4 Duurzaamheid van People, Planet & Prosperity: de rol van Private Equity.....	14
4.5 Effectiviteit van methodiek.....	16
5. Het Publiek Belang en haar afglijders.....	20
5.1 Schematische weergave	20
5.2 De verschillende elementen	21
6. Handvatten voor toezicht op ethisch ondernemerschap	22
6.1 De rol van de toezichthouder: voorkomen is beter dan genezen	22
6.2 De escalatieladder.....	24
6.3 Maar wat is ethisch ondernemerschap?	25
Appendix I: Invited conference Ethisch Ondernemen in de zorg.....	27

1. Inleiding

Een organisatie opereert integer wanneer deze prudent, transparant en consistent opereert met respect voor rechten en belangen van haar stakeholders.¹

Het leveren van goede zorg is een maatschappelijke opdracht voor zorginstellingen waaruit een verantwoordelijkheid voortvloeit die niet vrijblijvend is. Tegelijkertijd heeft (een deel van) het zorgstelsel in Nederland kenmerken van een markt, met de bijbehorende dynamiek, spelregels en mogelijkheden. Het is dus zaak voor zorginstellingen enerzijds haar maatschappelijke opdracht uit te voeren en anderzijds zich staande te houden in een marktdynamiek. En alhoewel de markt en een maatschappelijke opdracht niet per definitie op gespannen voet met elkaar staan, kan het navigeren in een markt met tegelijkertijd een maatschappelijke opdracht erg ingewikkeld zijn, voor mensen en instituties. Er zijn genoeg voorbeelden in de semipublieke sector te vinden die laten zien hoe dat mis kan gaan: het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen en het Slotervaart is een bekend voorbeeld², maar bijvoorbeeld ook de soms enorme winsten in de thuiszorg³. Bij incidenten waarvan achteraf geconstateerd wordt dat er “niet ethisch” is gehandeld, wordt ook naar de raad van toezicht c.q. raad van commissarissen gewezen. Meestal met de vraag: waar was het intern toezicht in dit proces? Waarom is er niet (op tijd) ingegrepen?

Wanneer mensen in een zorginstelling handelen tegen maatschappelijke normen in, of tegen de verwachtingen die de maatschappij van een zorginstelling heeft, zorgt dat inherent voor wrijving, druk en in escalerende gevallen conflict. Zeker wanneer de manier waarop het zorgstelsel is ingericht de mogelijkheid aan instellingen wél biedt om, alhoewel binnen de grenzen van de wet, tegen maatschappelijke norm in te handelen. Hierin schuilt het risico dat het publiek belang, het fundament waarop ons zorgstelsel gebouwd is, ondermijnd wordt. Wat de maatschappelijke normen zijn is niet eenduidig, en kan ook omstreden zijn. Toch kan door uitwassen de precaire balans waarop dit publiek belang rust uit evenwicht raken.

Alhoewel de vraag regelmatig gesteld wordt over afwezigheid of gebrek aan daadkracht van het intern toezicht, is het voor toezichthouders vaak niet eenvoudig om te herkennen of en wanneer een organisatie afglijdt van het publiek belang. De Werkgroep Ethisch Ondernemen in de Zorg van de NVTZ heeft zich daarom over dit vraagstuk gebogen, met als doel toezichthouders (meer) handvatten en een kader te geven waarmee zij beter geëquipeerd kunnen zijn om toezicht te houden op de maatschappelijke koers van een zorginstelling en het sociaal ondernemerschap dat de maatschappij van de organisatie verwacht. In dit paper gaat het regelmatig over sociaal ondernemerschap. Daarmee wordt ook maatschappelijk verantwoord ondernemen mee bedoeld, maar gemakshalve hanteren we één term.

Ondernemen voor het publiek belang, vindt plaats op een glijdende schaal van extremen, waarbij veel zorginstellingen zich in een groot grijs gebied bevinden tussen enerzijds zich staande houden in de markt door middel van het behalen van een bepaald rendement en anderzijds, maar ook door middel van dat rendement, het voldoen aan hun maatschappelijke opdracht. Het zichtbaar maken, het identificeren van waar de organisatie zit op deze schaal,

¹ Jeurissen, R. et al. (2012) *Implementation and Certification Scheme for Integrity Management Systems*, p. 1, FPOI Foundation.

² Van Manen, J.A. et al. (2020) *De aangekondigde ondergang: Onderzoek naar de faillissementen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen*, rapport, Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, Den Haag, NL.

³ Van Ark, E. (2019) *Anahids extreme zorgwinsten: 'Wij werken hard, dat is alles'* in: Online Zorgdossier, <https://www.ftm.nl/artikelen/anahids-extreme-zorgwinsten>, Follow The Money (FTM), Amsterdam, NL.

is geen simpele rekensom. Het vraagt van de toezichthouder namelijk om aan zichzelf, aan de raad als geheel en aan de bestuurder fundamentele vragen te stellen over de organisatie. Die vragen gaan over de motivatie én gevolgen van het handelen en te begrijpen waarom de instelling een bepaalde koers vaart en of dit al dan niet het publiek belang dient. Draagvlak voor het dienen van het publiek belang hangt af van een aantal belangrijke elementen die op zichzelf en met elkaar in balans moeten staan, een balans die verstoord kan worden als de focus van een organisatie van dat publieke belang afglijdt.

Het white-paper begint met een theoretische verkenning van de prikkels en krachten die kunnen leiden tot ondernemerschap dat afglijdt van het publiek belang. Waarom worden 'ridders' op den duur 'schurken'? En waarom niet? Daaropvolgend gaan we in op de praktijk. We kijken naar sociaal ondernemerschap – ondernemerschap van de 'ridders', en daarna nemen we een vijftal casussen om te beschrijven op welke mogelijke manieren ondernemerschap kan afglijden van dat publiek belang. En ridderlijk of 'knightish' gedrag kan veranderen in schurken- of 'knavish'-gedrag.

In het vervolg van dit white-paper gaan we dan verder in op de verschillende elementen die volgens ons samen het publiek belang 'dragen', en zien we hoe het afglijden van de focus op het publiek belang en elementen daarvan kan leiden tot problemen. Vanuit dat perspectief reiken we vervolgens een aantal handvatten aan om te zorgen dat de balans in het draagvlak onder het publiek belang bewaakt kan worden door raden van toezicht, om af te sluiten met een oproep tot discussie en kritische reflectie.

Het belangrijkste doel van dit white-paper is daarmee dan ook om toezichthouders meer zicht en perspectief te geven op de gewenste koers van het sociaal ondernemerschap van de instelling. Maar het beoogt ook een breder doel: debat over wat voor type sociaal ondernemerschap gewenst is, bewustwording dat gezondheidszorg een maatschappelijk doel dient, maar dat sociaal ondernemerschap dat ook doet en dat gevolgen van sociaal ondernemerschap dat 'uit de bocht vliegt' soms verstrekkend kunnen zijn.

2. Ondernemen in het publieke belang

2.1 Knights, Knaves en Deugdethiek

Hoe herken je als raad van toezicht dat een organisatie afglijdt van het publiek belang? Wat is dat publiek belang eigenlijk? Welke rol spelen het karakter en de drijfveren van de leider bij deze vraag? We beginnen dit hoofdstuk met een korte terugblik op het verleden, kijken daarna naar motivaties van waaruit mensen handelen en kijken vervolgens ook naar de prikkels die daarvoor verantwoordelijk zijn. Twee theoretische perspectieven spelen daarbij een belangrijke rol: de schaal 'from knight-to-knave' ('van ridder tot schurk') die voortkomt uit het gedachtegoed van David Hume en de deugdethiek van Alisdair MacIntyre, die teruggrijpt op onder andere de filosofie van Aristoteles.

2.1.1 Historische context zorgstelsel

In veel Westerse democratieën is sinds de jaren '80, aangedreven door Angelsaksische landen, steeds meer publieke dienstverlening verschoven naar private markten. Evenzo in Nederland, hoewel er van privatisering in de zorg in Nederland niet echt sprake is geweest – de zorg zat immers voor een belangrijk deel altijd al in de maatschappelijke, particuliere hoek. In Nederland⁴ is de verschuiving daarom niet zozeer van staat naar markt geweest, maar van maatschappelijk middenveld naar de markt. Het beleidsparadigma dat in de jaren '80 in het Verenigd Koninkrijk tot privatiseringen in de publieke sector leidde, werd in Nederland vanaf 1987 langzamerhand dominant met het rapport van de commissie Dekker⁵. Dit beleidsparadigma van de periode na '87 laat zich door de WRR omschrijven als 'meer markt, meer staat' en 'gereguleerde concurrentie'. In het publieke debat wordt vanaf die periode regelmatig gesproken over marktwerking in de zorg.

Nederland kent van oudsher geen door de staat gedomineerd en opgelegd stelsel. Tot eind jaren '60 waren het veldpartijen die relatief vrij waren in het bepalen van prijs en aanbod. Dat aanbod was bovendien vaak decentraal en lokaal georganiseerd. Pas met de voltooiing van de verzorgingsstaat trok de landelijke overheid de zorg naar zich toe – mede in het licht van kostenbeheersing en volledige, landelijke dekking van gezondheidszorgvoorzieningen. En in 1987 is steeds meer gekeken naar de manier waarop de markt taken van de overheid (weer) zou kunnen overnemen, opnieuw met name gericht op kostenbeheersing, klanttevredenheid en 'efficiëntie'. Echter, ondanks de introductie van gereguleerde marktwerking is de staat niet minder aanwezig gebleken. De WRR zegt daarover: 'Het idee dat de introductie van de gereguleerde concurrentie – het meest recente en nog steeds vigerende beleidsparadigma in de curatieve zorg – gepaard is gegaan met een 'terugtrekkende overheid' is misleidend. De rol van de staat is weliswaar anders, maar niet wezenlijk kleiner geworden.'⁶ De staatsbemoeyenis met de zorg is in de afgelopen 80 jaar eerder toe- dan afgenomen, ook gedurende de periode van het beleidsparadigma waarin 'marktwerking in de zorg' tot stand is gekomen. En dat is een belangrijke nuance om iets te kunnen zeggen over de prikkels die maken dat ondernemers in de zorg mogelijk meer 'knightish' of 'knave' gedrag vertonen.

⁴ Bertens, R. & Palamar, J. (2021), *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief*, Working Paper, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), Den Haag, NL.

⁵ Dekker, W. et al. (1987), *Bereidheid tot verandering*, Commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg, Distributiecentrum overheidspublicaties, Den Haag, NL.

⁶ Bertens, R. & Palamar, J. (2021), *Het Nederlandse zorgbeleid in historisch perspectief*, Working Paper (p. 13), Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), Den Haag, NL.

2.1.2 Knights, knaves en deugdethiek

De terminologie van knights en knaves komt van de Schotse verlichtingsfilosoof David Hume, die stelt dat private organisaties geregeld door knaves worden gerund, met maar één doel: hun eigen materiële welvaart⁷. Knaves zijn per definitie niet geïnteresseerd in het publieke belang maar uitsluitend in winstmaximalisatie. Knights daarentegen zijn mensen die vanuit een intrinsieke motivatie zich inzetten voor een publiek of hoger doel, waarbij het eigen belang nadrukkelijk niet voorop staat. De ridder en de schurk zijn archetypen, die helpen om te onderscheiden. Natuurlijk is niemand alleen maar ridder of alleen maar schurk. Daar zit een hele wereld tussenin.

Hoe bestuurders handelen wordt niet alleen maar bepaald door hun intenties, of deze nu ridderlijk, schurkachtig of, meer waarschijnlijk, ambivalent zijn. De institutionele omgeving speelt hierbij ook een belangrijke rol. MacIntyre maakt hiervoor het onderscheid tussen 'praktijken' en 'instituties'. Een praktijk, zoals zorg, heeft bepaalde waarden die *intern* zijn aan die praktijk, dat wil zeggen, uit zichzelf een zekere waarde uitdrukken. Anders gezegd: het doel van de praktijk is de praktijk zelf. Bij zorg gaat dat bijvoorbeeld over zorgzaamheid, herstel of gezondheid. Deze praktijken hebben bepaalde *standards of excellence*, professionele normen waarop beoefenaars van de praktijk zich kunnen richten. Deze praktijken worden gedragen door instituties, zoals zorgorganisaties en het zorgstelsel. Die praktijken kunnen niet bestaan zonder die instituties, maar tegelijkertijd hebben instituties de neiging om praktijken te perverteren. Dat komt omdat instituties geen interne waarden hebben: hun doel is het schragen van de bedoeling van de praktijken die ze dragen. Maar instituties produceren wel 'externe waarden' zoals geld, macht of aanzien. In de volksmond worden dit 'perverse prikkels genoemd'. Het kan gemakkelijk gebeuren dat instituties zich meer gaan richten op externe dan op interne waarden van de praktijk. Volgens MacIntyre kan de deugdethiek - de oefening van het karakter en het herkennen van intrinsieke waarde en bedoeling – helpen om deze twee zaken, praktijken en instituties, bij elkaar te houden.⁸ Zogezegd is de ridder in de bestuurder in staat om zich te richten op interne waarden en externe waarden te weerstaan. De schurk in de bestuurder richt zich op externe waarden, en probeert dit goed te praten of te verhullen met interne waarden.⁹

2.1.3 Publieke belangen versus private belangen

De reden dat de zorgsector niet als een 'gewone markt' wordt gezien, heeft te maken met het karakter van de dienstverlening. Dat heeft drie elementen.

1. Zorg produceert externe effecten die nopen tot publieke sturing. Zo hebben bijvoorbeeld vaccinatiecampagnes niet alleen een effect voor degene die zich laat vaccineren, maar ook een breder extern effect doordat ook mensen die in contact komen met deze persoon er baat bij hebben. Het dient naast een individueel doel dus ook een collectief doel.
2. Het tweede punt gaat over de toegang tot informatie. Op het gebied van gezondheidszorg kunnen individuele 'consumenten' zelden bepalen wat goede zorg is, wie dat het beste levert tegen de laagste prijs etc. Daarom is gezondheidszorg in veel landen (in ieder geval deels) publiek gefinancierd, schrijft Le Grand, omdat de overheid wél de middelen zou moeten hebben om te beoordelen of zorg kwalitatief, doelmatig en toegankelijk geleverd wordt.

⁷ Le Grand, J. (1998), *Ownership and Social Policy* in: *The Political Quarterly* (p. 415-421), Blackwell Publishers, Oxford, UK.

⁸ MacIntyre, A. (2007) *After virtue. A study in moral theory*. University of Notre Dame Press, Notre Dame, Indiana, United States of America.

⁹ Zie ook Den Uijl, H. (2022) *Practical wisdom in governance*.

3. Het derde punt gaat over toegankelijkheid. Verschillende wetgeving (Zvw, Wlz, Wmo, Wpg)¹⁰ bepaalt dat zorg weliswaar als een markt georganiseerd is, maar ook een publieke voorziening. Binnen deze wetgeving is welbeschouwd geen sprake van een 'gewone markt', aangezien vraag en aanbod in mindere mate afhangen van prijs en de mogelijkheid of bereidheid deze te betalen.¹¹

Om bovenstaande redenen wordt vaak de quasi-markt (publieke financiering, privaat eigendom) genoemd omdat zij het streven naar eigen belang in lijn brengt met het publieke belang. De balans tussen die twee is alleen wel precair. Zeker wanneer de private onderneming teveel ruimte krijgt om het eigen belang na te streven, ontstaat er een risico op erosie van het publieke belang. Instellingen worden op deze manier namelijk (teveel) ruimte geboden om af te glijden van de focus op eerdergenoemde interne waarden naar de focus op macht, geld en status. Of in andere woorden: '[...] the introduction of 'extrinsic' motivation can drive out 'intrinsic' motivation.' En zodoende verworden 'knights into knaves'.

Ondernemers en zorgprofessionals die zich initieel ridderlijk gedragen, al dan niet handelend vanuit een bepaalde intrinsieke motivatie, kunnen dus langzamerhand vervallen in meer of minder schurkachtig gedrag, waarbij de bedoeling van het handelen anders wordt: een verschuiving (of erosie) van het publieke belang naar het eigen belang. Datzelfde kan managers en instituties overkomen, wanneer zij de focus op de interne waarden van de praktijk verliezen. De vraag is hoe dat dan kan gebeuren, hoe dit gesignaleerd kan worden en dus ook voorkomen kan worden.

Verschillende prikkels kunnen mensen in een organisatie, van origine vanuit een intrinsieke motivatie handelend, geleidelijk doen veranderen in mensen waarbij de intrinsieke motivatie is verdwenen en die niet meer handelen conform de maatschappelijke norm. Overigens is dit geen vaststaand causaal verband (het hoeft niet te gebeuren) en kunnen privéfactoren ook bijdragen aan een verschuiving in iemands motivatie.¹² Zo kunnen externe prikkels bijdragen aan schurkachtig handelen wanneer bijvoorbeeld het zorgstelsel dusdanig ingericht is dat de beloning voor handelen in het eigen belang per definitie hoger is dan voor handelen in het publiek belang. Denk bijvoorbeeld aan een volledig vrije-marktmechanisme (marktlogica in de termen van Evelien Tonkens) in de zorg waarbij winst niet alleen de hoogste beloning is, maar de jacht op winst zelfs noodzakelijk is om überhaupt te (blijven) bestaan als organisatie. In een dergelijke strijd voor het eigen bestaansrecht zijn andere zaken vooral bijzaak.¹³

¹⁰ Zvw is de Zorgverzekeringswet, Wlz is de Wet langdurige zorg, Wmo is Wet maatschappelijke ondersteuning en Wpg is de Wet publieke gezondheid.

¹¹ De nuance die hier gemaakt wordt heeft betrekking op bijvoorbeeld tandheelkunde, niet-medisch noodzakelijke cosmetische chirurgie en andere vormen van zorg die niet als publieke voorziening gelden.

¹² <https://open.decorrespondent.nl/13782/nee-je-bent-niet-goed-zoals-je-bent/1552598833764-d1914dfe/app-open>

¹³ Tonkens, E. (2013) *Professionaliteit tussen mondigheid, markt en bureaucratie*, in: *Komt een filosoof bij de dokter* (p. 305-319), red: Boenink, M., Meynen, G. & Schermer, M. (2013), Boom Uitgevers, Amsterdam, NL.

3. Sociaal ondernemerschap in de zorg

Moderne gezondheidszorg gaat over ondernemerschap en is daar niet los van te zien. Vanuit de zorgsectoren zelf, maar ook vanuit de buitenwereld, liggen commerciële praktijken – en met name het stelsel van marktwerking als geheel – onder een vergrootglas en is er bovendien veel kritiek op,¹⁴ onder andere door voormalig nationaal ombudsman Alex Brenninkmeijer. Een belangrijke nuance hierbij is dat het ondernemerschap *an sich* vaak minder ter discussie staat. De waarde van ondernemerschap wordt ook in de gezondheidszorg namelijk breed onderkend.

In de dagelijkse praktijk van de gezondheidszorg zijn veel verschillende vormen van sociaal ondernemerschap te onderscheiden, die op veel manieren bijdragen aan een gezonde(re) maatschappij. We zien veel ondernemers die bijvoorbeeld via het gedachtegoed van Positieve Gezondheid de cliënt, zijn leefomgeving en zijn leefstijl centraal stellen en daarmee vernieuwend zijn in de ontwikkeling en transitie van zorg naar gezondheid. De gezondheidszorg wordt, mede door innovatief ondernemerschap op dit gebied, langzamerhand getransformeerd van reactieve zorg voor zieken naar actieve gezondheid op basis van preventie.

We zien ondernemers die kwaliteit, duurzaamheid van menselijk kapitaal en innovatie op een effectieve manier weten te verenigen met een op winst gericht bedrijfsmodel. Dergelijke organisaties, maatschappelijk gedreven, commercieel georganiseerd, werken disruptief juist omdat zij een marktvoordeel proberen te halen door efficiency-slagen te maken op plekken waar dat kan zonder in te boeten op kwaliteit van zorg en medewerkerstevredenheid. De kracht van dit type ondernemerschap ligt in de bredere ontwikkeling van de organisatie van de gezondheidszorg. Dat maakt dat op deze manier (privaat georganiseerd) ondernemerschap niet alleen maatschappelijk verantwoord is, maar het draagt bij aan maatschappelijke ontwikkeling.

Terwijl dit white-paper met name ingaat op de mogelijke oorzaken en gevolgen van ondernemerschap waarbij het publieke belang erodeert, is daarmee geenszins gezegd dat maatschappelijk, sociaal en/of innovatief ondernemerschap niet zou moeten kunnen. Echter, de intern toezichthouder dient vanuit haar maatschappelijke taak altijd te bezien of de koers van het ondernemerschap in publiek opzicht de juiste is. En wanneer sociaal ondernemerschap, zoals in veel gevallen in de praktijk, goed functioneert, dan is dat uiteraard prima.

¹⁴ Bolhuis, R. (2012) *Zinloze marktwerking in de zorg*, Binnenlands Bestuur, <https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/zinloze-marktwerking-de-zorg> & Joop.nl (2013) 'Marktwerking in de zorg is een ramp'. <https://www.bnnvara.nl/joop/artikelen/marktwerking-in-de-zorg-is-een-ramp>

4. Afglijders van sociaal ondernemerschap

Om een aantal elementen van het publiek belang van de gezondheidszorg concreter te maken, hebben we per element een casus uit de realiteit bestudeerd en uiteengezet. Verdere bestudering van deze casussen liet ons overigens zien dat ze vaak toepasbaar zijn op meerdere pijlers – die we verderop in paragraaf 5.1 zullen specificeren – onder dat publiek belang. Hierdoor kan het zomaar zijn dat het effect van wat er in deze zaken gebeurd is, verder strekt dan één pijler. Het zou heel goed zelfs alle pijlers kunnen beïnvloeden. Het laat als het goed is ook zien tegen wat voor dilemma's een organisatie en raad van toezicht aan kunnen lopen.

4.1 Sociale rechtvaardigheid

Verskillende incidenten hebben invloed gehad op hoe we kijken naar sociale rechtvaardigheid en de zorg. Voor een groot deel drijft de gezondheidszorg op solidariteit en het concept van sociale rechtvaardigheid. Er gaat behoorlijk wat publiek geld om in de zorg en dat is alleen te verantwoorden wanneer dit op een eerlijke en evenredige manier besteed wordt. Gebeurt dat niet, dan zou dat de solidariteit voor de financiering en de ondersteuning van de gezondheidszorg kunnen aantasten. Om dit te illustreren kijken we naar een casus uit het recente verleden, die zich richt op de besteding van Corona-gelden.

De Mondkapjesdeal

Begin 2020 duikt een nieuw Coronavirus op in China dat snel uitgroeit tot een globale, acute crisis, een pandemie, zoals we die in onze moderne tijd niet hebben gekend. De paniek slaat toe bij regeringen wereldwijd. Er is schaarste. Met name op het gebied van persoonlijke beschermingsmiddelen. De wereldmarkt en de productiecapaciteit zijn niet berekend op een explosie van de vraag naar persoonlijke beschermingsmiddelen ten tijde van een pandemie. Hiermee ontvouwt zich een felle strijd van elke natie voor zich om maar zoveel mogelijk beschermingsmiddelen te bemachtigen.¹⁵

Door de schaarste vliegt de prijs voor persoonlijke beschermingsmiddelen, waaronder mondkapjes, omhoog. Voor woekerprijzen worden mondkapjes aangeboden door mensen en bedrijven die geen ervaring hebben met het produceren van deze producten. In een aantal gevallen is er zelfs sprake van (poging tot) oplichting. De wanhoop van regeringen, ministeries en zorginstellingen maakt dat er makkelijk gebruik én misbruik te maken is van de geldmiddelen waarover zij beschikken. Het ministerie van VWS ondervindt dit aan den lijve en heeft de grootste moeite om aan beschermingsmiddelen te komen. Ze richt hiervoor dan ook het Landelijk Centrum Hulpmiddelen in (LCH) dat centraal beschermingsmiddelen moet gaan inkopen. Het LCH is bedoeld om allerlei maatschappelijke organisaties en het bedrijfsleven gezamenlijk te verbinden om in het landsbelang zo snel mogelijk aan voldoende hulpmiddelen te komen.

Los van het LCH, dat enige opstartproblemen kent maar uiteindelijk vrij vlot (al doen Kamerdebatten in die tijd anders vermoeden) flink op stoom komt, is er ook een consortium van Coolblue, Buurtzorg en de Stichting Hulptroepen Alliantie van ondernemers Van Lienden, Van Gestel en Damme bezig een andere inkooproute op te zetten. Deze komen voort uit de behoefte om ook beschermingsmiddelen voor de langdurige zorg te krijgen.

In eerste instantie wordt de alliantie bij het LCH weggestuurd omdat men er geen vertrouwen in heeft dat de intenties zuiver non-profit zijn. Het lukt Van Lienden echter om beleidsmakers

¹⁵ Strop, J.-H. & Vermeulen, S. (2022) *Sywerts Miljoenen, de Jacht op het Mondkapjesgoud*, p.10-23, Follow the Money, Amsterdam, NL.

te overtuigen hem toch bij het LCH te betrekken. Wat niemand dan nog weet is dat Van Lienden, Damme en Van Gestel later miljoenen verdienen aan deze deal, die bekend is geworden als 'De Mondkapjesdeal'. Sywert van Lienden wordt ondertussen geprezen voor zijn ondernemersgeest die de ogenschijnlijke problemen van het LCH kan oplossen, nota bene pro bono. Inmiddels is duidelijk dat het LCH destijds het proces al op orde had, de inkoop in China al goed geregeld was, en Van Lienden niet pro bono werkte. Het is met name dat laatste waar veel over te doen is en dat ook ons vraagstuk rondom ethisch ondernemen en specifiek de rol van sociale rechtvaardigheid raakt.

Het effect

Het voorbeeld van de alliantie van Van Lienden die miljoenen verdient aan inkoop van beschermingsmiddelen ten tijde van een wereldwijde pandemie, betaald van belastinggeld, is illustratief. Want de gevolgen van dergelijk 'knavish' gedrag – eigen belang boven publiek belang stellen – kunnen verstrekkend zijn voor de manier waarop men bij een eventuele volgende keer omgaat met publieke middelen.

Veel berichtgeving rondom 'De Mondkapjesdeal' beperkt zich tot de categorie 'profiteur maakt winst in crisistijd', maar houdt zich minder bezig met de middellange termijn gevolgen van zulk gedrag. We stellen ons de vraag hoe een minister van VWS bij een volgende pandemie of crisis te werk gaat rondom schaarste. Hoeveel maatschappelijk draagvlak is er om opnieuw het bedrijfsleven te betrekken bij het oplossen van een groot schaarste probleem? En hoe werkt een deal met dergelijke ondernemers door in het institutioneel vertrouwen, bijvoorbeeld als het gaat om de bredere publieke gezondheid? Het is namelijk moeilijk voor te stellen dat de maatschappij geneigd is meer van haar individuele middelen op te offeren voor de publieke zaak, wanneer deze collectieve middelen vaker in de zakken van enkele individuen verdwijnen:

“Waarom zou ik belasting blijven betalen als Sywert daar rijk van wordt, en mijn operatie al maanden wordt uitgesteld?” of: “waarom zou ik nog vertrouwen hebben in de overheid als Booking.com of KLM miljarden coronasteun krijgt, maar een kleine startende ondernemer niets omdat hij in het verleden geen omzet heeft gedraaid?”

Daarin zit het gevaar van afnemende sociale rechtvaardigheid: de publieke zaak verliest erdoor aan draagvlak, met als uiteindelijk gevolg een verzwakking van instituties omdat het verkrijgen van de benodigde middelen voor de instandhouding ervan bemoeilijkt wordt. Dat is een proces van lange termijn en niet te wijten aan één incident op zichzelf, maar aan een accumulatie van ondermijnende gebeurtenissen, incidenten en patronen.

Een onevenredig grote ontvangst van publieke middelen door een ondernemer kan een negatief effect hebben op het maatschappelijke idee van sociale rechtvaardigheid en daarmee solidariteit. Voor de gezondheidszorg zit daar een extra risico in, omdat solidariteit nu juist een belangrijke pijler is onder het zorgstelsel. De erosie van die solidariteit kan het draagvlak voor de (al torenhoge) zorguitgaven verder onder druk zetten en daarmee ook de eigen organisatie beschadigen. Het is dus in het belang van de gehele gezondheidszorg dat deze solidariteit niet erodeert. Als raad van toezicht is het daarom verstandig goed op te letten dat ontvangen publieke middelen op verantwoorde wijze worden besteed en het maatschappelijke rendement van die bestedingen mee te wegen. Bijvoorbeeld: kunnen we onze leveranciers en dienstverleners ook vragen maatschappelijke tarieven te hanteren, zodat daar zo min mogelijk publieke middelen aan besteed worden?

4.2 Ecosysteem: concurrentie op arbeid

De tweede pijler waar we op in gaan is het ecosysteem waarbinnen zorginstellingen functioneren. Zo'n ecosysteem is een complex netwerk dat kwetsbaar is op het moment dat delen van dat ecosysteem beschadigd raken. Een goed voorbeeld van wat er kan gebeuren

met het functioneren van zo'n ecosysteem en uiteindelijk met het publieke belang, is het fenomeen van concurrentie op arbeid.

De wedloop om mensen

Eén van de meest fundamentele, hedendaagse uitdagingen van de Nederlandse gezondheidszorg is de verkrappende arbeidsmarkt, en dan vooral het structurele karakter van deze verkrapping. In 2020 werkte 1 op de 7 mensen in Nederland in de zorg. Onderzoek van onder andere AZW heeft uitgewezen dat, om alle gezondheidszorg die noodzakelijk is te kunnen leveren, in 2040 1 op de 4 mensen, misschien wel zelfs 1 op de 3, in de zorg moeten werken. En dat is niet realistisch.¹⁶

Meer specifiek gelet op de ontwikkeling van de arbeidsvraag ten opzichte van het personeelsaanbod is er een divergerende trend zichtbaar. In de prognose voor de komende tien jaar stijgt het aantal benodigde personeelsleden in de brede Zorg & Welzijnssector met 19,9% terwijl de prognose is dat het personeelsaanbod in diezelfde periode met 14,2% stijgt. Dit houdt in dat er in de brede Zorg en Welzijnssector over tien jaar een tekort van ongeveer 110.000 mensen is. Het gevolg is forse schaarste. Een economisch zeer belangrijk begrip dat we in de vorige paragraaf ook al langs zagen komen.

Schaarste geldt als een drijvende kracht in de economie en schaarste van arbeid zal als vanzelfsprekend een prijsopdrijvend effect van menselijk kapitaal hebben. Omdat tegelijkertijd de zorgvraag in deze periode ook toeneemt, zal de schaarste op de arbeidsmarkt zich versterkt laten voelen bij zorginstellingen: er zal meer zorg geleverd moeten worden met duurdere werknemers. Doordat de zorgvraag ook nog eens sneller stijgt dan het personeelsaanbod zijn het niet alleen duurdere werknemers maar ook (relatief gezien) minder werknemers: een toename van de werkdruk is dus ook niet onrealistisch. Deze vraagstukken leiden tot grote bestuurlijke uitdagingen voor organisaties in zorg & welzijn en de manier waarop een organisatie omgaat met de aanwerving van nieuw personeel heeft een sterk ethische component. Dat is waar wij de focus op willen leggen, omdat hier de organische werking van het (regionale) ecosysteem mede door wordt beïnvloed. Het ecosysteem van de regio is namelijk een organisch geheel van burgers, bedrijfsleven, overheid en maatschappelijke organisaties.

In een regio is het van belang dat er voldoende aanbod van zorg- en welzijnsinstellingen beschikbaar is om de zorgvraag van de regio aan te kunnen. Een zogenaamde 'war on talent' in een regio kan – in potentie – het ecosysteem verstoren als dit er bijvoorbeeld voor zorgt dat hetzelfde personeelsaanbod, met dezelfde potentiële zorgcapaciteit, duurder betaald wordt.

Het regionale (gezondheids-)ecosysteem bestaat uit een interactie van een veelheid aan instellingen en voorzieningen: scholen, kinderopvang, gezondheidscentra, VV&T instellingen, GGZ, ziekenhuizen, woningcorporaties, welzijnsinstellingen, etc. Al deze instellingen dragen allen op hun eigen manier een steentje bij aan de gezondheid van mensen in de buurt, wijk, of stadsdeel, aan het dorp of de gemeenschap, waar deze mensen wonen en werken. De verschillende organisaties met verschillende specifieke maatschappelijke opdrachten zijn dan ook in principe geen concurrenten van elkaar maar complementaire voorzieningen in de ontwikkeling van de gezondheid van de mens in de regio. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat hiermee bedoeld wordt dat een gezondheidscentrum en een GGZ instelling, of een kinderopvangorganisatie en een ziekenhuis, geen concurrenten van elkaar zijn, maar gelijksoortige instellingen overigens vaak wel. Echter, door de grote vraag naar personeel en het beperkte aanbod, is er onvoldoende personeel beschikbaar in een regio om alle complementaire voorzieningen in zorg & welzijn te bedienen. Een logische reflex van instellingen is om dan rond te kijken in de buurt: 'kan ik iemand niet overtuigen in mijn

¹⁶ Het is daarom niet voor niets dat het jaarthema van de NVTZ voor 2022 'Zorg voor goed werk' was.

instelling te gaan werken door wat meer salaris te bieden?' Ofwel: kan ik personeel naar mijn (gezondheids-)instelling trekken, dat nu in een andere (gezondheids-)instelling werkt?

Het effect van deze concurrentie op arbeid is dat samenwerkingspartners in gezondheid, die samen een regionaal ecosysteem vormen, elkaars concurrenten worden. Dat heeft een onmiskenbaar effect op onderling vertrouwen en noodzakelijke solidariteit om in het functionerende ecosysteem afdoende te kunnen samenwerken. Want stelt uzelf maar eens de vraag hoe u het zou vinden als uw buurman/-vrouw van een andere branche ineens uw verpleegkundigen binnenhaalt met een hoger salaris of een auto van de zaak.

Een tweede neveneffect is dat concurrentie op arbeid de uitgaven aan arbeid stuwt. Los van de open deur dat zorgverleners goed betaald dienen te worden, heeft een te snelle loonstijging tot gevolg dat instellingen minder overhouden om te innoveren. Concurrentie op arbeid is voor de individuele werknemer prettig omdat het salaris omhoog gaat, totdat door personeelsgebrek de werkdruk sneller stijgt dan het salaris of de instelling failliet gaat omdat het personeel te duur en te schaars geworden is. Niet alleen vanuit het instellingsbelang, maar ook vanuit werknemersperspectief is concurrentie op arbeid op lange termijn dus ook een race-to-the-bottom. De schade die concurrentie op arbeid kan aanrichten binnen het regionale ecosysteem is dan ook evident. Maar hoe werkt dat door in het publieke belang?

Het publieke belang wordt geschaad wanneer regionale ecosystemen niet meer (voldoende) functioneren. De samenhang in een regio verdwijnt, instellingen werken niet meer samen en de cliënt/patiënt valt vaker tussen wal en schip. En hoeveel zijn de hoge zorguitgaven, betaald uit belastingen, waard voor iemand die in de zorgketen vast komt te zitten en daardoor vastloopt met zijn/haar gezondheid? Hoeveel vertrouwen heeft een dergelijk persoon in de oplossingsgerichtheid en de capaciteiten van het zorgsysteem? Het eroderen van vertrouwen in het (zorg)systeem, en daarmee het publiek belang, is geen direct effect van concurrentie op arbeid, maar volgt wel uit een haperende functionering van het ecosysteem van gezondheid in de regio. Met concurrentie op arbeid wordt op deze manier dus een domino-effect in gang gezet in de regio, met alle gevolgen van dien. Het is aan de raad van toezicht om de bestuurder te bevragen op de manier van werving en om, net als bij de vorige paragraaf, vanuit de maatschappelijke verantwoordelijkheid de organisatie te bevragen of het effect op de lange termijn niet schadelijker is dan het eventuele positieve effect op korte termijn. Dat antwoord hoeft overigens lang niet altijd hetzelfde te zijn, zeker wat betreft de arbeidsmarkt doet de regionale context er sterk toe namelijk.

4.3 Kwaliteit van zorg

Als het gaat om draagvlak voor het publiek belang is de relatie met kwaliteit van zorg misschien wel de meest directe: is de zorg niet goed, waarom betaal ik er dan voor? Het is dan ook een onmisbare pijler onder het publiek belang. Want kwalitatief goede zorg is wat mensen verwachten, is waarom professionals het vak in gaan en is waarom organisaties uiteindelijk opgericht zijn. Maar het gaat ook weleens mis. En welke effecten kan dat hebben? We kijken naar een grote zorgaanbieder in Europa (en Nederland) waar op den duur de kwaliteit van zorg niet meer de hoogste prioriteit leek te hebben: het van origine Franse Orpea.

Duur voedselrantsoen

Ongeveer € 6.500,- per maand, 20 vierkante meter en toch op voedselrantsoen en in de urinelucht zitten. Het is geen karikatuur of overdrijving, maar de realiteit in vele rusthuizen van het Franse Orpea. Misschien wel één van de bekendste schandalen uit de ouderenzorg (tevens één van de meest recente). In januari 2022 verscheen hierover het boek 'Les Fossoyeurs' (de grafdelvers) van Victor Castanet. De journalist deed een boekje open over de misstanden in de huizen van Orpea in Frankrijk en vooral de ernst daarvan. Het bestuur van het bedrijf is beschuldigd van wanbestuur en dan ook ontslagen. Inmiddels staat er een

nieuwe CEO aan het roer. Maar is daarmee de kous af en gaan we verder met onze dagelijkse werkzaamheden? Nee, want veel belangrijker dan de bestuurder vervangen is verkennen wat de drijvende kracht achter het wanbestuur is. En dan de vraag stellen welke effecten dit heeft op het fundament waarop het publieke belang rust. Want wat doet dit met het maatschappelijk draagvlak voor publiek gefinancierde ouderenzorg (of meer algemeen, gezondheidszorg)?

De twee belangrijkste termen die terugkomen in de casus Orpea zoals beschreven door Castanet zijn 'greed' en 'gross abuses'. Ofwel, een combinatie van financiële prikkels om op een bepaalde manier te handelen in relatie tot het al dan niet halen van bepaalde kwaliteitsstandaarden. Castanet omschrijft dat verschijnsel als volgt: "*What shocked me the most was hearing a former CEO explain to me that they treat people not as people, but as consumer products.*" Goede kwaliteit van zorg is één van de belangrijkste redenen waarom wij als maatschappij bereid zijn offers te brengen voor gezondheidszorg. Zodat we weten dat, als wij bijvoorbeeld later zelf naar een instelling moeten, de kwaliteit gewaarborgd is en wij tegen een redelijke vergoeding gevrijwaard zijn van een naar urine stinkende gang, goede maaltijden voorgeschoteld krijgen en voornamelijk als mens behandeld worden.¹⁷

Orpea is een for-profit, beursgenoteerde organisatie, nota bene de grootste in zijn soort, gespecialiseerd in ouderenzorg. De organisatie biedt ouderenzorg aan in private rusthuizen waarbij bewoners een aanzienlijk bedrag per maand betalen voor verblijf en zorg. De organisatie is voor de tweede keer in korte tijd in opspraak geraakt, nadat eerder uit een onderzoek van Investigate Europe (IE), een platform voor onderzoeksjournalisten bestaande uit een netwerk van journalisten uit elf Europese landen, misstanden rondom de contracten van personeel aan het licht kwamen.¹⁸ Het onderzoek van IE ging behalve over het type aangeboden contracten ook over de behandeling van personeel bij Orpea in bredere zin – iets wat overigens terugslaat op de vorige casus. Daarmee raakt deze casus eigenlijk meerdere pijlers onder het publieke belang.

Het onderzoek van IE naar misstanden in de personele organisatie bij Orpea maakt overigens ook nog iets anders duidelijk: dat onethisch gedrag soms voortkomt uit de beste bedoelingen. Zo is één van de locatiedirecteuren, gevraagd naar de reden van het illegaal aanbieden van tijdelijke contracten (in Frankrijk mag dit alleen als iemand met een permanent contract tijdelijk vervangen moet worden) aan personeel, vrij helder over het waarom: 'het is mijn dagelijkse zorg om gevulde teams voor elkaar te krijgen'. Los van de vraag of een personeelstekort aldaar te wijten is aan het beleid bij Orpea zelf of dat het een breder maatschappelijk probleem is, betekent dit dat mensen in ondernemingen vaak onethisch handelen om ethische redenen. We hebben het dan over 'knights' die uit noodzaak verworden tot 'knaves'. Ook dit heeft sterk betrekking op de vorige casus en onderstreept daarmee het belang van raden van toezicht om met een bredere bril dan alleen het instellingsbelang te kijken. Deze locatiedirecteur heeft namelijk prima redenen, vanuit het instellingsbelang, om te doen wat zij doet. Maar het heeft een sterk bijeffect op het maatschappelijk draagvlak, de kwaliteit én het functioneren van het regionaal ecosysteem.

Het leveren van een minimale zorgkwaliteit is een fundamentele voorwaarde voor het functioneren van de gezondheidszorg als publieke waarde. De aanname is namelijk dat vertrouwen in het systeem van gezondheidszorg samenhangt met de manier waarop het publieke geld dat daarin besteed wordt, en dus of dat leidt tot kwalitatief voldoende

¹⁷ Bérastégui, P. (2022) *Nursing home group Orpea at the centre of another scandal*, European Trade Union Institute: <https://www.etui.org/news/nursing-home-group-orpea-centre-another-scandal>

¹⁸ Miñano, L. & Drevet, B. (2022) *At Orpea group's care homes in France, permanent contracts are nowhere to be found*, Investigate Europe: <https://www.investigate-europe.eu/en/2022/orpea-irregular-contracts/>

gezondheidszorg. Wanneer de directie over consumentenproducten in plaats van mensen spreekt, is er evident sprake van een andere blik op het besteden van middelen.

Het verlies van kwaliteit in de gezondheidszorg, zelfs als dat uitsluitend in de perceptie van mensen plaatsvindt (en dus nog niet eens met harde cijfers bewezen is), heeft om voorgaande reden dan ook een direct effect op de solidariteit. Wanneer namelijk miljoenen aan publiek zorggeld worden uitgegeven en blijkt dat de zorgorganisaties in kwestie niet op een acceptabel kwaliteitsniveau zitten, stellen mensen zich op den duur de vraag waarom er zoveel geld naar zorginstellingen moet. Om CEO's en aandeelhouders te voorzien van goed salaris en een jaarlijks dividend? Net als in de casus rondom coronasteun aan bedrijven, geldt ook hier dat één zwaluw nog geen zomer maakt, maar als te vaak de kwaliteit ondergeschikt lijkt aan de financiële belangen, is het risico dat mensen een Orpea casus niet meer als incident beschouwen. Met het gevolg dat men het publieke belang van de gezondheidszorg (of een deel daarvan, bijvoorbeeld ouderenzorg) niet meer collectief wenst te dragen.¹⁹

Kwaliteit van zorg is vaak in de raad van toezicht belegd bij de commissie kwaliteit en veiligheid, en in het toezicht in de regel goed geborgd. Toch onderstreept een dergelijke casus dat de raad van toezicht goed scherp dient te hebben hoe de prioriteiten in de organisatie gesteld worden. Hier is vooral ook van belang dat raden van toezicht de eigen organisatie voldoende kennen en signalen oppikken uit de hele organisatie.

4.4 Duurzaamheid van People, Planet & Prosperity: de rol van Private Equity

Duurzaamheid is een breed begrip en wordt tegenwoordig op velerlei wijze gebruikt. Een veel voorkomende eerste associatie met duurzaamheid is gericht op de grote uitdaging die ligt rondom de opwarming van de aarde als gevolg van klimaatverandering. Maar duurzaamheid is breder dan deze “ecologische” duurzaamheid alleen. Duurzaamheid kent, in navolging van het essay van Dick de Waard en een aantal studenten – dat weer gebaseerd is op de Sustainable Development Goals van de Verenigde Naties – drie dimensies (de drie P's): people, planet & prosperity.²⁰ De rol die wij in dit white-paper willen uitlichten is met name de rol van profit, of zoals dat dus ook wel genoemd is *prosperity*. Want er is op zichzelf niks mis met een goede boterham verdienen in de zorg, maar verschillende vormen van duurzaamheid hangen met elkaar samen en zijn van belang om het publieke belang te blijven dienen. We kijken in de casus van Stichting PAMM en Eurofins naar hoe duurzaamheid en het publiek belang precies samenhangen.

Private Equity

Investerders die buiten de aandelenbeurs om in bedrijven participeren worden private equity (PE) genoemd. Private-equityfondsen, ook wel participatiemaatschappijen genoemd, verzamelen geld bij verschillende investeerders als banken, private beleggers, pensioenfondsen etc. om een investering in een niet-beursgenoteerd bedrijf te kunnen doen. Wanneer na een aantal jaar het bedrijf met winst doorverkocht wordt, krijgen de investeerders hun geld terug plus de winst. Daarnaast bestaat er de mogelijkheid van (periodieke) dividenduitkering aan de aandeelhouders.

In de regel nemen PE-fondsen ook zitting in het bestuur van de organisatie die zij overnemen om behalve als investeerder ook actief als bestuurder op te treden. Bezien vanuit de logica van het verdienmodel van een PE-fonds is dat logisch: een bedrijf doorverkopen

¹⁹ Zie hiervoor ook de Van Slingelandt-lezing (2021) van oud-SCP directeur prof. dr. Kim Putters over het Sociaal Contract: <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2021/11/04/uitvoerbaar-beleid>

²⁰ De Waard, D. et al. (2022) *Toezicht in Transitie: de Sustainable Development Goals in de Toezichtspraktijk*, Governance Noord, Rijksuniversiteit Groningen, Nederland.

levert alleen wat op als het meer waard wordt dan op het moment dat het overgenomen is. De investering van een PE-fonds gaat vaak (niet altijd) met een fors aandeel 'vreemd vermogen', ofwel geleend geld. Deze schulden worden vervolgens vaak (niet altijd) in de overgenomen organisatie gestopt. Het hele idee van vreemd vermogen is dat het een zogenoemde hefboomwerking heeft, waardoor er veel meer rendement te halen is door de schaalvoordelen die je bereikt met hogere investeringen. Bovendien zijn renteposten vaak fiscaal nog aftrekbaar ook. Voorwaarde is wel dat het bedrijf winst gaat maken – en voldoende winst. Gebeurt dat niet, dan gaat het vreemde vermogen met behoorlijke rente als een molensteen om de nek van de overgenomen organisatie hangen. Het is daarmee naast een aantrekkelijke, ook een risicovolle strategie.

Om te voorkomen dat zich een negatief scenario ontvouwt, waarbij door het duurbetaalde vreemd vermogen de schuldenlast van een bedrijf relatief snel onbetaalbaar kan worden, is het voor PE-fondsen dus van elementair belang dat er waarde gecreëerd wordt. Dat kan op twee manieren: verlagen van uitgaven en verhogen van inkomsten. Omdat de investeringstermijn van PE-fondsen een termijn van gemiddeld 5-8 jaar beslaat, is duurzaam investeren in de organisatie en haar mensen om op de langere termijn tot een hogere inkomstenstroom te komen niet altijd de eenvoudigste optie. Het snellere voordeel zit dan vooral in het verlagen van kosten, het vergroten van efficiency en het verkopen van niet renderende takken van de organisatie. Zo kan de organisatie op tijd verkocht worden en de investering tijdig geld opleveren.

Eurofins

Het PAMM-laboratorium in Veldhoven, nabij Eindhoven, heeft 250 medewerkers, en is van mening dat zij een “sterke partner” nodig heeft om de nodige financiële armslag te creëren. Zodoende kan het laboratorium de nieuwste laboratoriumapparatuur blijven kopen en overleven in een wereld waarin de prijsdruk op de markt erg hoog is. Om dit te bewerkstelligen tekende PAMM een overnameovereenkomst met de in Luxemburg gevestigde laboratoriummultinational Eurofins. Daarmee wordt het PAMM-lab een commercieel laboratorium. De ACM en de NZa hebben inmiddels akkoord gegeven op de overname. Ook RvB en RvT hebben ingestemd met de overname.²¹

“World leader in Testing for Life” staat er groots op de homepage van de website van Eurofins. Het grootse laboratorium ter wereld. Althans, de grootste organisatie van laboratoria. De organisatie is van origine Frans en opgericht eind jaren '80 als kleine start-up. Inmiddels werken er wereldwijd 58.000 mensen in de verschillende takken van de organisatie. De wereldwijde marktleider is een grote speler, en lezende het verhaal van de PAMM-bestuurder precies wat het bedrijf nodig heeft.

Deze overname van Eurofins heeft ook tot veel onrust geleid. En niet alleen onder het personeel zelf. Een groot aantal medisch microbiologen is inmiddels vertrokken omdat zij het niet zien zitten om voor een grote commerciële partij te werken en bang zijn om hun onafhankelijke rol in de zorg te verliezen. Dat stelt PAMM voor een acuut probleem: ze hebben geen medisch microbiologen meer. Maar het heeft ook directe gevolgen voor de regio en het ecosysteem in de regio, waardoor ook deze casus een effect heeft op meerdere pijlers onder het publieke belang.

De regio zuidoost-Brabant, waaronder de Brainportregio Eindhoven, is een regio waar veel samenwerking met en tussen maatschappij en bedrijfsleven te vinden is. Met het vertrek van de medisch microbiologen heeft niet alleen PAMM een acuut probleem, maar ook de regio zuidoost-Brabant. De ziekenhuiszorg in Eindhoven en Helmond komt er namelijk ook acuut door in de knel. De medisch microbiologen van het PAMM-lab doen de diagnostiek van alle

²¹ Huisman, C. (2022) *Medisch specialisten stappen op vanwege overname van hun lab in Zuidoost-Brabant, lokale ziekenhuiszorg in de knel* in: de Volkskrant, 22 februari 2022, DPG Media, Nederland.

infectieziekten voor het Catharina ziekenhuis, het Máxima Medisch Centrum en het St. Anna ziekenhuis (Eindhoven), en het Elkerliek Ziekenhuis (Helmond). Zij nemen er deel aan besprekingen van complexe behandelingen, ook van de ic-patiënten. Als doekje voor het bloeden zijn medisch microbiologen van het Maastricht UMC+ en Radboud UMC ingevlogen om tijdelijk te helpen. Maar een duurzame oplossing is het niet en dus is een mindere kwaliteit van zorg in de regio een vrijwel onvermijdelijk gevolg.

Los van de vraag of de bezwaren van de medisch microbiologen al dan niet terecht zijn, brengt deze onrust een andere vraag aan het licht. En dat is wat er gebeurt wanneer er geschoven wordt met waarden en motivaties. Want dat de Stichting PAMM een ander doel uitstraalt dan de multinational Eurofins is geen vreemde gedachte (ook al hoeft dat niet waar te zijn – Eurofins zou in theorie best een multinationale maatschappelijke onderneming kunnen zijn). Maar de *beleving* van de medisch microbiologen is dat de primaire doelen van de organisatie verschuiven. En met die beleving van verschuiving van doelen, verschuift er ook iets in de motivatie van de microbiologen. Of Eurofins een “goede” of “slechte” multinational is, is voor dat proces niet eens belangrijk. Uiteraard wel of de doelstelling en de waarde van het bedrijf anders is. Het idee dat het onafhankelijke, non-profit karakter van de Stichting door de overname zou kunnen verdwijnen, is voldoende om de intrinsieke motivatie van de medisch microbiologen te doen eroderen – in sneltreinvaart. Dat is niet alleen schadelijk voor het bedrijf zelf, maar zoals we eerder zagen heeft dat ook flinke gevolgen voor het gehele regionale ecosysteem rondom de ziekenhuiszorg.

Het is van belang te benadrukken dat dit niets zegt over de zuiverheid of integriteit van de intenties van zowel PAMM als Eurofins. Vanuit het duurzaamheidsperspectief rondom prosperity is er veel te zeggen voor opschaling, investeringen en dus ook voor het binnenhalen van een partij die zich met extra middelen wil verbinden aan het laboratorium. Maar een financieel duurzaam plan hoeft niet per definitie te betekenen dat dit ook een maatschappelijk duurzaam plan is. Het uiteindelijke resultaat van deze overname is dat er verstoring van het ecosysteem heeft plaatsgevonden als gevolg van een snelle erosie van intrinsieke motivatie bij de essentiële staf van de organisatie. En daarmee is het niet alleen een maatschappelijk probleem van de regio, maar ook een bedrijfsrisico. Duurzaam ondernemen draait om zowel *people, planet* als *prosperity*, en niet om *people, planet óf prosperity*. Het is als raad van toezicht of raad van commissarissen dan ook van belang om, wanneer er een overnametraject wordt gestart om al dan niet hele legitieme redenen, de vragen aan de bestuurder ook in een dergelijk kader te stellen.

We gaan later nog in op het specifieke moment rondom overnames/fusies, maar het is in het kader van vooral menselijk kapitaal en duurzaamheidsvraagstukken een essentieel moment voor de raad van toezicht om heel scherp te zijn. Want al staan alle signalen vanuit bedrijfseconomisch oogpunt op groen, dan nog laat deze casus zien dat de menselijke kant een diametraal andere kant op kan schieten. De vraag is of een fusie/overname dit offer waard is. En het is aan de raad van toezicht om dit dilemma te herkennen, erkennen en de bestuurder daarop te bevragen.

4.5 Effectiviteit van methodiek

Bepaalde prikkels voortkomend uit de organisatie van een zorginstelling kunnen ervoor zorgen dat bepaalde methoden binnen de zorg, die op zichzelf niet onethisch zijn indien ze noodzakelijk zijn, te vaak worden toegepast. Op die manier neemt de kans op bijvoorbeeld overbehandeling toe, of wordt gestimuleerd om onnodige interventies te plegen. Als zo'n behandeling dan ook nog eens belangrijk wordt voor de omzet van de zorginstelling, kan dat leiden tot aanvullende, mogelijk perverse prikkels. We zoomen in deze casus in op het faillissement van het MC Slotervaart in Amsterdam, haar organisatie en vooral de afhankelijkheid van de bariatric (behandeling van overgewicht).

Het failliete huiskamerziekenhuis

Het faillissement van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen op één dag in 2018 deed behoorlijk wat stof opwaaien – en heeft daarna ook nog verstrekkende gevolgen gehad in bijvoorbeeld de beeldvorming rondom financieel minder presterende ziekenhuizen. Het MC Slotervaart kwam in 2013 in handen van ondernemer Loek de Winter en had de besloten vennootschap als rechtsvorm. Dat is in de ziekenhuiswereld niet uniek, maar het komt weinig voor – mede omdat er een verbod op winstuitkering is bij ziekenhuizen.

Het ziekenhuis was relatief klein met een gemiddelde van 100 tot 120 miljoen euro omzet, afgezet tegen een landelijk gemiddelde van ongeveer 270 miljoen. Schaalvoordeel was dus lastig te behalen – ook in een eventuele samenwerking/fusie met MC IJsselmeerziekenhuizen dat tevens in handen was van Loek de Winter. Er moest dus, om een gezonde bedrijfsvoering neer te zetten, gesneden worden in uitgaven en er moesten extra inkomsten gegenereerd worden. Zoals het latere rapport over het faillissement beschrijft:

“Ze voeren een reorganisatie door waardoor het personeelsbestand afneemt en besparen op de bedrijfsvoering tot de ondergrens is bereikt. De exploitatie van het vastgoed verbetert door een efficiënter gebruik en door verhuur aan andere zorgpartijen, en ondersteunende functies zoals het laboratorium en de apotheek worden in samenwerking met andere partners verzelfstandigd om deze efficiënter in te kunnen kopen. Aan de inkomstenkant weet het MC Slotervaart de productie op te schroeven op de speerpunten: zorg waarop het ziekenhuis zich speciaal richt en patiënten uit het hele land aantrekt. Winstgevend onderdelen zoals de bariatric zijn voor het hele ziekenhuis, waar ook verlieslijdende onderdelen zijn, belangrijk om per saldo een positief totaalresultaat te behalen.”²²

Het MC Slotervaart bleek in staat in de jaren na de overname zwarte cijfers te schrijven door de verhuur van delen van het pand aan andere zorgpartijen, door inzet op bariatric en door te snijden in het personeelsbestand. Deze casus zoomt iets verder in op het ‘speerpunt’ van het Slotervaartziekenhuis, namelijk de bariatric chirurgie en vakgroep rondom dit speerpunt.

Bariatric chirurgie is op zichzelf een bewezen effectieve ingreep. Het Maastricht UMC+ zegt daarover dat dit de enige bewezen effectieve [medische red.] behandeling is op de lange termijn van obesitas.²³ Met name voor jongeren is het overigens niet aan te bevelen als standaardbehandeling staat in datzelfde stuk. Behalve dat het een bewezen effectieve ingreep is, kunnen er ook ernstige complicaties bij optreden. De vraag die wij ons daarom stellen is of bariatric chirurgie niet meer een symptoom dan een probleem bestrijdt. En de vervolgvraag is of je als ziekenhuis de symptoombestrijding rondom obesitas tot speerpunt zou moeten maken. Maar vooral: moet een ziekenhuis willen dat zij daarvan afhankelijk is voor zwarte cijfers?

Bariatric in het MC Slotervaart

De bariatric chirurgie was in het MC Slotervaart goed voor een kleine 10% van de totale productie (€10 mln. per jaar) en droeg dus voor een bijzonder groot deel bij aan de omzet die

²² Van Manen, J.A. et al. (2020) *De aangekondigde ondergang: Onderzoek naar de faillissementen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen*, rapport, p. 75-76, Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, Den Haag, NL.

²³ <https://www.mumc.nl/actueel/nieuws/de-grenzen-van-bariatric-chirurgie#:~:text=Bariatric%20chirurgie%20is%20de%20enige,hel%20plaatsen%20van%20een%20maagbandje>.

gegenereerd werd door het ziekenhuis. Dat zorgde voor een aantal vraagstukken voor de RvB en RvC van destijds. Zo was gezien de financiële situatie van het ziekenhuis vermindering van de productie geen optie. Daarnaast hadden de bariatrisch chirurgen, als gevolg van hun belang voor het ziekenhuis, de mogelijkheid gezien een jaarlijkse riante bonusregeling uit te onderhandelen met het bestuur van voor de overname. De chirurgen hadden, ook tegen het faillissement van het MC Slotervaart aan, niet de behoefte om deze bonusregeling te beëindigen. De RvC vond overigens wel dat het bestuur 'zich niet moest laten chanteren' door de chirurgen, maar tegelijkertijd liep de RvB tegen de grenzen van haar bestuurlijke slagkracht aan.

Het rapport over die relatie tussen RvB en bariaters:

“Een illustratie van de onenigheid tussen de raad van bestuur en staf in het MC Slotervaart is een slepende kwestie met de bariaters over een vertrouwelijke bonusafspraken. De vertrouwelijke bonusafspraken was volgens de Raad van Bestuur naar de toekomst toe onhoudbaar richting de andere vakgroepen. Het meningsverschil leidt in 2018 tot een aanzienlijke productiedaling van de vakgroep, terwijl het MC Slotervaart in grote mate afhankelijk is van deze vakgroep met een productie van 10 miljoen euro per jaar. De relatie tussen de Raad van Bestuur en de vakgroep bariatric is uiteindelijk dusdanig slecht, dat de vakgroep met andere ziekenhuizen in gesprek gaat over een collectieve overstap.”²⁴

De grote afhankelijkheid van bariatric in het ziekenhuis in combinatie met een financiële bonusregeling zorgde ervoor dat de bestuurlijke slagkracht om (financiële) ingrepen te doen beperkt was, terwijl de situatie daar wel om vroeg. Hierdoor kwam het publieke belang in het geding. Daarover is, teruggrijpend op eerdergenoemde theoretische verhandeling over knights & knaves, wel iets te zeggen over de motivatie van de vakgroep bariatric in het ziekenhuis. De chirurgen hadden, lezende de constatering van de commissie Van Manen, het plan opgevat om te vertrekken uit het MC Slotervaart door de moeizame verhouding met het bestuur. Een verstoorde verhouding die draaide om de eerdergenoemde vertrouwelijke bonusregeling. Het publiek belang van het werk in het MC Slotervaart komt niet terug in de motiveringen van de leden van de vakgroep, zo blijkt uit de rapportage van de commissie Van Manen. Het publiek belang was geen onderdeel van de verstoorde verhouding, zo is de indruk die het rapport geeft. Het is een indicatie dat met name de jaarlijkse bonusregeling de motiverende factor was voor de vakgroep. De omschrijving van David Hume herhalend: Knaves zijn per definitie niet geïnteresseerd in het publieke belang maar uitsluitend in winstmaximalisatie. Knights daarentegen zijn mensen die vanuit een intrinsieke motivatie zich inzetten voor een publiek/hoger doel, waarbij het eigen belang nadrukkelijk niet voorop staat. Op de schaal tussen knight & knave neigt de dominantie van de jaarlijkse bonusregelingen als motiverende factor de balans dus tamelijk duidelijk richting 'knaven' uit te duwen.

Is een bonusregeling dan immer kwalijk? Nee. Maar het kan wel een negatieve impact hebben op het publieke belang wanneer deze bonus een prikkel vormt die de intrinsieke motivatie van het personeel ondermijnt. Bovendien is in de casus van het MC Slotervaart de bonus gekoppeld aan een 'speerpunt' in de bedrijfsvoering waar op zichzelf ook vragen bij te stellen zijn. Want welk probleem lost bariatric chirurgie precies op? Een flink deel van de omzet werd dus gegenereerd door een weliswaar bewezen effectieve, maar te makkelijk geïndiceerde ingreep, uitgevoerd door chirurgen wiens intrinsieke motivatie in de loop der jaren is geërodeerd als gevolg van financiële bonusregelingen. Op het moment dat het ziekenhuis moest ingrijpen, was het dus 1) niet zo vreemd dat daar interne weerstand op

²⁴ Van Manen, J.A. et al. (2020) *De aangekondigde ondergang: Onderzoek naar de faillissementen van het MC Slotervaart en de MC IJsselmeerziekenhuizen*, rapport, p. 83, Commissie onderzoek faillissementen ziekenhuizen, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, Den Haag, NL.

kwam, want de belangrijkste motivatie (bonusregeling) werd ter discussie gesteld en 2) bleek hoe schadelijk het voor het functioneren van een maatschappelijke zorginstelling kan zijn als professionals niet intrinsiek gemotiveerd zijn. Vervolgens is uiteindelijk het publieke belang buiten beeld geraakt.

Een belangrijke disclaimer bij deze casus is dat we niet kunnen weten wat de invloed was geweest wanneer de betreffende vakgroep(en) zich anders hadden opgesteld, maar de commissie Van Manen benoemt de beperkte bereidwilligheid intern wel als een belangrijke bijdrage aan gebrekkige bestuurlijke slagkracht. Het voert echter te ver door om te constateren dat het faillissement afgewend had kunnen worden, daarvoor kwamen er waarschijnlijk simpelweg teveel factoren samen – waarvan de moeizame interne relatie er één was.

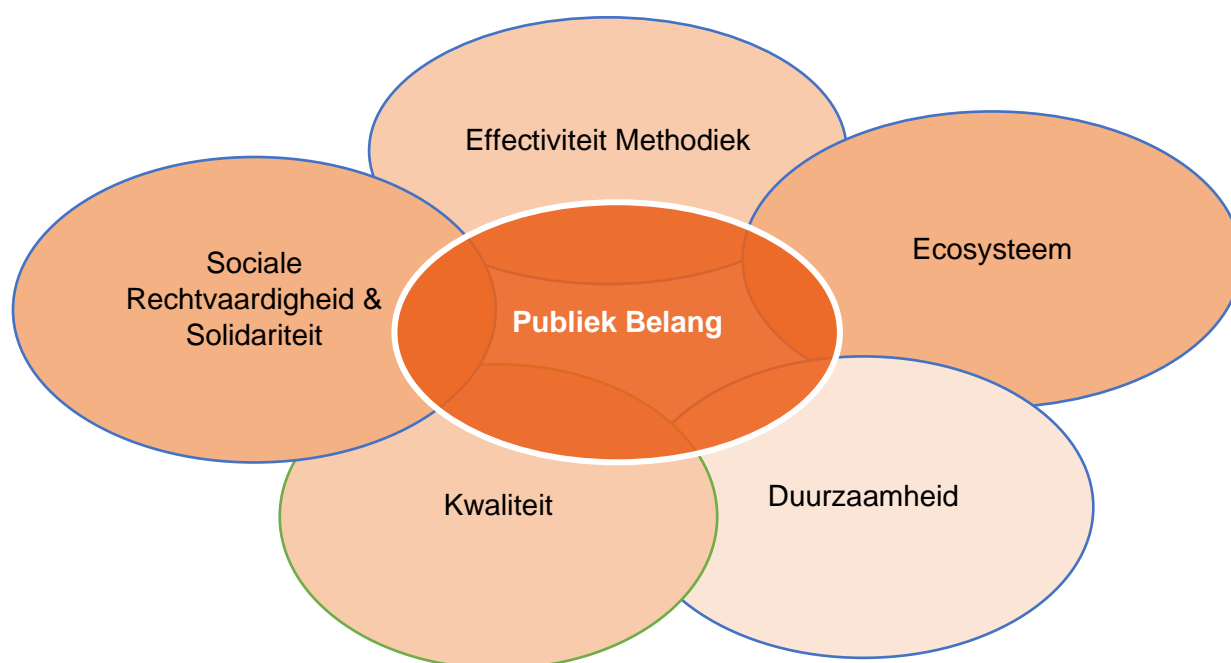
De vraag die een toezichthouder zich kan stellen is of de organisatie waar hij RvT-lid is ook elementen in zich draagt zoals die in de casus van het Slotervaartziekenhuis naar voren komen. Want wat is eigenlijk het 'verdienmodel' van de zorgorganisatie? Stimuleert dat interventies die noodzakelijk zijn of interventies die voor de organisatie aantrekkelijk zijn? Doen we wat nodig is voor de patiënt of wat nodig is voor de instelling? En wat kan er gebeuren wanneer een zorginstelling vooral kijkt naar financieel aantrekkelijke interventies. En ook hier is een relatie met andere pijlers terug te vinden. Bijvoorbeeld hoe je omgaat met je menselijk kapitaal. Hoe zorg je ervoor dat je enerzijds niet in een positie van concurrentie op arbeid terecht komt en tegelijkertijd de intrinsieke motivatie van je personeel stimuleert. Zijn unieke bonusregelingen dan de beste manier? Hiermee komt de raad van toezicht terecht op wat de zustervereniging van de NVTZ, de VTOI-NVTK, de 'brede' werkgeversrol noemt. Waarin je als raad niet alleen kijkt als werkgever naar de bestuurder, maar ook kijkt naar hoe de personele vlag er in de organisatie bij hangt.

5. Het Publiek Belang en haar afglijders

5.1 Schematische weergave

Ondernemen met een maatschappelijke opdracht is een permanente oefening in balanceren. Een koorddans-act met verschillende elementen die met elkaar in balans moeten komen en blijven, en bovendien elkaar ook kunnen beïnvloeden. Wanneer een organisatie teveel afglijdt van het publieke belang door van één of meerdere van deze elementen af te glijden, bestaat de kans dat het publiek belang zelf uit balans raakt en daarmee ondermijnd wordt. Sociaal ondernemerschap is in de gezondheidszorg niet alleen gewenst maar ook noodzakelijk. We bekijken daarom hoe sociaal ondernemerschap in de zorg goed kan functioneren en hoe zij van haar sociale pad af kan glijden, om toezichthouders een handvat te bieden tijdig in te grijpen wanneer dat nodig is. We werken dit nader uit en streven ernaar de lezer daarbij ook een aantal handvatten te geven om de organisatiebalans te bewaken en om te bepalen wanneer concrete actie vereist is.

Het publiek belang van sociaal ondernemerschap vormt het middelpunt van onze schematische weergave. Gezondheidszorg is een publiek belang en vertegenwoordigt de publieke waarde die wij als maatschappij daaraan hechten. Het publiek belang is als kernwaarde kwetsbaar en balanceert op een precair evenwicht tussen verschillende elementen die hier invloed op uitoefenen. De vijf elementen in onderstaand schema benoemen we als ondersteunend voor het publiek belang.²⁵ Het geleidelijk afglijden van één of meerdere van deze ondersteunende schalen, kan ervoor zorgen dat op den duur het publiek belang uit het zicht raakt bij sociale ondernemingen. Of andersom geredeneerd: met deze vijf schalen voor ogen, blijft sociaal ondernemerschap bij bestuurders ‘top of mind’.



²⁵ Het is een heuristisch model, er zijn mogelijk meerdere of andere elementen te benoemen.

5.2 De verschillende elementen

Het publiek belang is het fundament van een gezondheidszorg die functioneert op basis van onder meer duurzaamheid, een ecosysteem, geborgde kwaliteit, sociale rechtvaardigheid & solidariteit en maatschappelijk aanvaardbare behandelmethodieken. Wanneer één of meerdere van deze elementen onvoldoende evenwichtig wordt ingekleurd, dreigt het publiek belang te eroderen. Een op zijn minst beknopt begrip van deze elementen van het publiek belang is noodzakelijk om tot een weloverwogen afwegingskader te kunnen komen over hoe men ethisch ondernemen in de gezondheidszorg ziet. En uiteraard om te bepalen of de eigen organisatie zich op gebalanceerde wijze verhoudt tot het publiek belang. Het draait om vijf ondersteunende elementen. Ze zijn vooral bedoeld als een vertrekpunt voor de verdere discussie en bewustwording rondom sociaal ondernemerschap in de zorg.

Het gaat om de volgende elementen:

- *Sociale rechtvaardigheid & solidariteit*: afglijden van dit element holt het publieke belang uit wanneer een deel van de belanghebbenden (disproportioneel) bevoordeeld wordt, waardoor een ander deel van de populatie in de kou komt te staan. De kunst is om te bepalen waar voor de instelling de norm van sociaal ondernemerschap ligt. Wat is maatschappelijk te rechtvaardigen? En waar zit een bepaalde instelling op deze schaal?
- *Ecosysteem*: Een ecosysteem is een ecologische eenheid die bestaat uit een complex systeem van interacties tussen levende groepen en de omgeving waarin ze leven.²⁶ Bijvoorbeeld een patiënt die medicijnen krijgt voorgeschreven. Dat gebeurt door een arts, in een zorginstelling. Deze zorginstelling wordt gefinancierd door bijvoorbeeld een zorgverzekeraar. De apotheek levert medicijnen, die geproduceerd worden door een farmaceut. Zij zijn allemaal radertjes in een complexe machine. En dat geheel van interacties en relaties vormt een symbiose in een ecosysteem. Door een bepaald soort handelen kan de symbiose verdwijnen waardoor een ecosysteem wordt verstoord of verdwijnt. Dit zijn vaak complexe netwerken die door verstoring in één van de organisaties vast kunnen lopen, met meer consequenties dan initieel zichtbaar is.
- *Kwaliteit*: De maatschappij verwacht van elke zorg- en welzijnsinstelling een zekere kwaliteit van zorg. Het publieke belang wordt geschaad wanneer de kwaliteit dusdanig wordt uitgehold ten behoeve van bijvoorbeeld financieel gewin, dat de geboden kwaliteit voor de patiënt/cliënt tot ondermaatse zorg leidt.
- *Duurzaamheid*: Sociaal ondernemerschap is duurzaam ondernemerschap. Wanneer er een weg wordt ingeslagen in het ondernemerschap die op langere termijn tot een onhoudbaar resultaat leidt, kan dit gevolgen hebben voor de instelling zelf, maar ook voor het breder maatschappelijk belang. Het kan bij duurzaamheid gaan om menselijk kapitaal en hoe er met personeel omgegaan wordt. Het kan gaan over financieel kapitaal en hoe er met middelen wordt omgegaan. En het kan gaan over ecologisch kapitaal en hoe er met de omgeving wordt omgegaan. Het gaat dan om *People, Planet & Prosperity*.
- *Effectiviteit methodiek*: Een zorgspecifiek element zijn de behandelmethodieken. Zorg moet namelijk doelmatig en passend zijn. Het publiek belang erodeert wanneer het verleidelijk is behandelingen aan te bieden in dusdanige mate, dat men vragen zou kunnen stellen over geschiktheid en effectiviteit van deze behandelingen in relatie tot hetgeen het (maatschappelijk of individueel-medisch voor de patiënt/cliënt) oplevert.

²⁶ GreenFacts, <https://tinyurl.com/ykbsdury>

6. Handvatten voor toezicht op ethisch ondernemerschap

Inmiddels is duidelijk dat verschillende pijlers onder het publiek belang dragers van onze publieke waarden rondom gezondheid zijn. Wanneer instellingen afglijden van dat publieke belang, ontstaat een onbalans die het systeem van gezondheidszorg als zodanig schade toebrengt. Tot zover de theorie en haar uitwerking in sprekende casuïstiek. Maar de belangrijkste vraag is: wat moet een lid van een raad van toezicht ermee in een zorginstelling?

6.1 De rol van de toezichthouder: voorkomen is beter dan genezen

Intern toezichthouders worden aangesteld namens zowel de instelling waar zij toezicht op houden als de maatschappij. En met name vanuit die tweede verantwoordelijkheid is het voor de toezichthouder van belang om over de eigen schaduw van het instellingsbelang te kunnen kijken. Het is tegelijkertijd de meest ingewikkelde rol voor een toezichthouder, met name wanneer het instellingsbelang en het maatschappelijk belang niet in dezelfde richting wijzen en keuzes die de instelling moet nemen spannend worden.

Als toezichthouder is de blik traditioneel gericht op de achteruitkijkspiegel: wat hebben we afgelopen jaar gepresteerd? Hoe waren de financiën? Hoe was de kwaliteit? De afgelopen tien jaar echter, is het toezichthouden drastisch veranderd. De RvT is steeds meer een strategisch partner geworden van de bestuurder en kijkt dus, op gepaste afstand, ook steeds vaker en steeds verder vooruit. Daarbij past ook toezicht op de maatschappelijke koers van de onderneming waarop de RvT toezicht houdt. Maar de RvT moet daar voldoende geëquipeerd voor zijn. Daar kan deze handreiking aan bijdragen. Het is een normenkader, een manier om stil te staan bij de koers van de instelling en bewust te zijn van de momenten waarop belangrijke besluitvorming plaatsvindt met consequenties voor de koers van de instelling en de elementen van het publiek belang.

Een aantal momenten waarop toezichthouders alert moeten zijn en de bestuurder kunnen bevragen over de koers van de instelling zijn uitgewerkt en kunnen een handvat bieden om te weten wanneer u als toezichthouder vragen kunt stellen. Van belang is om met open vizier te vragen naar de koers en vervolgens te signaleren of deze maatschappelijk verantwoord is. De toezichthouder heeft als taak om die maatschappelijke verantwoordelijkheid te bewaken, daarvoor is deze namelijk namens de maatschappij aangesteld.

De sleutelmomenten waarop de raad van toezicht een belangrijke rol kan spelen in de ethische koers:

- *Startende toezichthouder*

Inzicht in de organisatie en de belangen die daarbij een rol spelen moeten voor een (nieuw) lid van de raad van toezicht vanaf het begin af aan duidelijk zijn. Dat begint dus met het stellen van de juiste vragen bij het inwerkprogramma of soms zelfs vóór de benoeming. Zodoende heb je als toezichthouder een eerste indicatie van de leidende principes in een organisatie en in hoeverre die gaan over maatschappelijk verantwoord ondernemen. Inzicht in onderlinge relaties en contractuele afspraken met gelieerde partijen moeten duidelijk en transparant zijn.

- *Besteding middelen in goede tijden*

Het klinkt contra-intuïtief, maar juist wanneer het (financieel) goed gaat met de instelling, is het als toezichthouder van belang goed in de gaten te houden wat er met het geld gebeurt. In slechte tijden is men geneigd van nature goed op financiën te letten, onnodige uitgaven te schrappen en dus ook beter te letten op dubieuze geldstromen of

onredelijke dividenduitkeringen. In goede tijden, echter, is de noodzaak minder en de waakzaamheid daarmee dus ook. Maatschappelijk niet te verantwoorden winstuitkeringen, hoge bonussen en creatieve fiscale ontwijkingsconstructies komen het meeste voor bij instellingen waar het financieel goed gaat. Het is aan de toezichthouder op zulke momenten om de balans te bewaren tussen wat maatschappelijk verantwoord is en wat gezien de financiële staat van de instelling mogelijk is. Voor de RvT geldt in dit geval dat de maatschappelijke verantwoording leidend moet zijn.

- *Aanhoudende signalen over onrechtvaardigheid/onrust*

Een natuurlijk moment om vragen te stellen over de koers van de instelling is het moment dat er signalen binnenkomen bij de RvT over onrechtvaardigheid of onrust in de organisatie óf in de maatschappij. Een toezichthouder dient zich dan ook altijd te bedienen van informatie uit meerdere bronnen, niet alleen van de bestuurder en/of aandeelhouders, ondernemingsraad en cliëntenraad. Het gaat dan vaak om 'soft signals' die op zichzelf moeilijk te herkennen zijn als patroon. Het is daarom verstandig waakzaam te zijn op het moment dat er meerdere signalen over onethische kwesties in de organisatie vanuit meerdere hoeken de raad bereiken. Deze signalen kunnen aanleiding zijn om als toezichthouder de bestuurder nog eens te bevragen over de maatschappelijke koers van de instelling.

- *Kwaliteitsverslechtering/-verschraling*

Het niveau van de zorgkwaliteit in de instelling kan een indicatie zijn van de ethische normen die de instelling hanteert. Dat geldt vooral wanneer de financiën niet wezenlijk veranderen, maar de kwaliteit wel achteruit gaat. Dat is een duidelijk signaal dat er mogelijk met evenveel middelen minder in de zorg wordt geïnvesteerd. Het is ten eerste aan te raden op dat moment de bestuurder te bevragen over deze divergentie van kwaliteit versus financiën. We hebben namelijk in de casus Orpea kunnen zien wat kwaliteitsverschraling maatschappelijk betekent en hoe dat ook op de instelling zelf een negatief effect kan hebben. Kwaliteit van zorg is vaak in de raad van toezicht belegd bij de commissie kwaliteit en veiligheid, en in het toezicht in de regel goed geborgd. Toch onderstreept een casus als die bij Orpea dat de raad van toezicht goed scherp dient te hebben hoe de prioriteiten in de organisatie gesteld worden. Hier is vooral ook van belang dat raden van toezicht de eigen organisatie voldoende kennen en signalen oppikken uit de hele organisatie.

- *Slechte informatievoorziening en niet-pluis-gevoel*

In de kinderopvang geldt dat, bij een niet-pluisgevoel van een medewerker, meteen het afwegingskader voor de Meldcode Kindermishandeling erbij gepakt wordt om in te grijpen. Niet-pluis betekent meteen actie in de kinderopvang, zonder dat ouders of medewerkers meteen verdacht gemaakt worden overigens. Het gevoel dat er iets niet klopt is een 'soft signal' en wordt vaak genegeerd omdat de vinger erachter krijgen lastig is en het meestal niet bepaald een rationeel onderbouwd signaal is. Toch is het van belang op een dergelijk moment als Raad om de eigen informatievoorziening te verhogen en vooral ook te diversificeren. Een gebrekkige informatievoorziening vanuit bijvoorbeeld bestuurder en/of aandeelhouders is ook een reden om meer informatie zelf in te winnen en deze bovendien vanuit meerdere bronnen aan te boren. [Als er stelselmatig bepaalde informatie wordt achtergehouden]

- *Overname of fusie*

Bij een overname of fusie geldt dat de raad van toezicht moet instemmen. Dit is een natuurlijk moment voor de Raad om te toetsen of de toekomstige koers ook voldoet aan de maatschappelijke norm die onherroepelijk gesteld gaat worden aan de nieuwe organisatie. Het is tevens een goed moment voor 'ethische due diligence' bij de overname-/fusiepartner. Is de partner een organisatie die ook op maatschappelijk vlak bij onze instelling past, en nog belangrijker, is de partner zich net zo bewust van haar

maatschappelijke rol als de eigen instelling? Hoe is de behandeling van personeel en cliënten/patiënten geweest in de afgelopen periode bij de betreffende partner? Maar ook: waar komt het geld van de investeringspartner vandaan en welk deel daarvan is vreemd vermogen? Hoe hoger het aandeel vreemd vermogen, hoe hoger de winstdoelstelling zal moeten zijn om te verdienen aan de investering. Andere relevante vragen zien op duurzaamheid: welke effecten heeft een fusie niet alleen op het bedrijfseconomisch resultaat, maar ook op de mensen? Het is aan de raad van toezicht om dit dilemma te herkennen, erkennen en de bestuurder daarop te bevragen.

- *Media aandacht*

Wanneer er vragen komen van media over de handelswijze van de organisatie zijn er enkele dingen die van belang zijn. De eerste is uiteraard dat het niet aan de RvT is om de media te woord te staan maar de RvB. De tweede is dat vragen vanuit de pers een indicatie kunnen zijn dat er in de handelswijze van de organisatie dingen zitten die maatschappelijk als onwenselijk zouden kunnen worden beoordeeld. Het is van belang om samen met de bestuurder te kijken naar welke elementen van het handelen van de organisatie tot vragen van de pers leiden en te toetsen in hoeverre deze elementen zich verhouden tot het publiek belang. Een zaak van reflectie en verificatie dus.

6.2 De escalatieladder

Als toezichthouder is het belangrijk om niet alleen sleutelmomenten te herkennen waarop (extra) alertheid wordt gevraagd, maar het is ook van belang te weten welke actie wanneer passend is. Het gaat dan vooral om opschalen en afschalen.

Het begint bij waardengericht toezicht. Vanuit welke waarden functioneert de organisatie? Welke missie en visie ligt ten grondslag aan het strategisch beleid van de organisatie? En hoe sluit de toezichtvisie van de RvT daarbij aan? Dit zijn essentiële vragen die een toezichthouder dient te beantwoorden voordat er überhaupt een oordeel gegeven kan worden over of er al dan niet sprake is van ethisch ondernemerschap. En zodra uit deze reflectie blijkt dat er sprake is van maatschappelijk en institutioneel verenigbare waarden, is het aan de toezichthouder om toezicht te houden op het handelen van de organisatie in de geest van deze waarden. Het waardengericht toezicht is dus het startpunt.

Het kan gebeuren dat een organisatie of de bestuurder op een bepaald moment niet meer handelt in lijn met de waarden waarop de visie van de organisatie stoelt, of dat de RvT of enkele van haar individuele leden het gevoel hebben dat de waarden niet meer leidend zijn in de organisatie. Dat is het moment voor de toezichthouder om in gesprek te gaan met de bestuurder en te reflecteren op de waarden die de organisatie zegt te willen uitdragen. Handelen we nog zoals wij zouden willen? Komen onze visie en ons handelen nog overeen? Deze reflectieve bijsturing is vooral bedoeld om in samenspraak met de bestuurder terug te keren naar de bedoeling.

Blijkt dat het niet lukt om terug te keren naar de bedoeling als gevolg van reflectie en bijsturing, zal de toezichthouder moeten opschalen naar een minder vrijblijvende aanpak. De RvT wordt dan geacht de bestuurder aan te spreken op het handelen en deze een mogelijkheid tot herstel te bieden. Het verschil met de vorige stap is dat het hier om een opdracht van de RvT aan de bestuurder gaat, en niet zozeer om een dialoog met de bestuurder.

Indien ook het aanspreken en een herstelbeleid niet afdoende blijkt om de bestuurder terug te krijgen op koers, is het tenslotte van belang de bestuurder te confronteren met de consequenties van het niet handelen naar de waarden van de organisatie. In het uiterste geval kan dit betekenen dat er van de bestuurder verwacht wordt dat hij vertrekt.

Beknopt samengevat, is de escalatieladder van ethisch ondernemen als volgt schematisch weer te geven:

1. Waardegericht toezicht
2. Gevoel dat er niet volgens de waarde gehandeld wordt
 - Reflectie en bijsturing
3. Wanneer dat niet helpt
 - Aanspreken en herstelbeleid
4. Wanneer dat niet helpt
 - Confronteren met consequenties
5. Consequenties uitvoeren

6.3 Maar wat is ethisch ondernemerschap?

De werkgroep Ethisch Ondernemen in de Zorg van de NVTZ heeft met dit white-paper tot doel om discussie, gesprek, dialoog op gang te brengen. Primair bij de eigen achterban, vandaar de focus op het toezichthoudende perspectief bij vragen rondom ethisch ondernemerschap. Maar het is een discussie die breder gevoerd kan en mag worden. De werkgroep heeft daarom gekeken naar enkele stellingen om het debat te intensiveren. Stellingen die we als werkgroep graag breder voorleggen aan belanghouders in de maatschappij. De stellingen zijn als volgt:

- Het handelen van de organisatie dient getoetst te worden aan de morele kaders van onze kinderen en kleinkinderen (normen verschuiven, je normeert naar de normen van morgen);
- Niet ondernemen in zorg en welzijn is immoreel;
- Toezichthouders dienen breder te toetsen dan de heersende morele kaders en oog te hebben voor onderstromen;
- Moreel ondernemen kan alleen met een geëxpliciteerd waardenkader;
- Moreel ondernemen is risico nemen;
- Moreel ondernemen kan nooit als doel hebben louter geld te verdienen;
- Zorg- en welzijnsinstellingen dienen uitsluitend diensten af te nemen tegen maatschappelijk verantwoorde tarieven.

Deze stellingen zijn niet waar of onwaar, ze dienen om te prikkelen en debat uit te lokken. Dit white-paper is bedoeld als aanzet tot bredere discussie over ondernemerschap in de zorg. We dagen toezichthouders en bestuurders, instituties en individuen uit om zich te mengen in het debat. Zich een mening te vormen over hetgeen in dit white-paper is beschreven, maar vooral na te denken over welke typen ondernemerschap passend zijn in de gezondheidszorg. Want dát ondernemerschap noodzaak is, staat vast. Maar de kaders van

het ondernemerschap, die liggen open. En de maatschappij verwacht dat de gezondheidszorg haar verantwoordelijkheid neemt, dat zij zich bewust is van het publieke belang dat zij dient en dat zij een antwoord formuleert op de vraag hoe de grenzen van het ondernemerschap in de zorg getekend zijn. Dus de uiteindelijke vraag die voorligt is: wat is daadwerkelijk ethisch ondernemen in de zorg?

Appendix I: Invited conference Ethisch Ondernemen in de Zorg

Aan de hand van het bovenstaande paper heeft de NVTZ een invited conference met enkele belanghouders en leden gehouden, met als bedoeling te toetsen welke reacties dit white-paper oproept. In deze conferentie is verder gesproken over wat aansprekend was in het paper en daarmee ook bekrachtigd kon worden door de aanwezigen, er is gesproken over de kritische noten die gekraakt konden worden over het paper en in welke dialogvormen het paper verder vorm zou kunnen krijgen. In dit addendum bij het originele paper gaan we daar per aspect kort op in.

Aansprekende punten

In de invited conference werd met waardering gereageerd op het stuk. Vooral de combinatie van zowel een filosofische basis, gebaseerd op onder anderen wat MacIntyre zegt over de deugdethiek, en de uitwerkingen van de verschillende casussen, leidend tot een handreiking voor de toezicht-houder werd gewaardeerd. De voorbeelden die in de verschillende casussen genoemd worden waren herkenbaar voor de deelnemers. Maar wat men in de conferentie vooral nog een keer bekrachtigde was de handreiking voor toezichthouders die in gaat op hoe je toezicht kunt houden op het ondernemerschap in de organisatie en daaromheen. Daarbij werd benoemd dat de in het paper genoemde sleutelmomenten een hanteerbaar instrument (kunnen) zijn en dat de praktijk moet gaan uitwijzen of dat klopt. Het is aan de NVTZ en de leden om materiaal te verzamelen in de komende periode.

Kritische reflectie

De deelnemers hebben uiteraard ook kritisch gereflecteerd op het paper en wat er bijvoorbeeld nog aan ontbreekt. Daar werd bijvoorbeeld gesproken aan de rol van de context om ondernemerschap heen: bijvoorbeeld wat is de rol van een zorg- en/of welzijnsinstelling in het voorkomen van grote gezondheidsverschillen of sociaal-economische verschillen? Of beiden? Het gaat er dan bij deze vraag sterk om of er goed nagedacht is over de context van waaruit de onderneming opereert.

Een ander belangrijk aspect van moreel gedrag is bemoediging, de deelnemers gaven aan meer behoefte te hebben aan voorbeelden van goed sociaal ondernemerschap. Geef subtiele, mooie dingen weer was de tip. Tegelijkertijd leidde deze opmerking tot een nieuwe discussie, namelijk legalistisch gezien kun je zeggen dat wat wettelijk mag ook ethisch is. Maar komt daarmee dan niet de vraag over wat ethisch ondernemen in zorg en welzijn is niet teveel bij de wetgever te liggen?

Als het gaat om wat er nog ontbreekt in het stuk, is een heel concreet voorbeeld dat genoemd is een sleutelmoment voor de toezichthouder om scherp(er) te zijn: een crisismoment in de organisatie. Ook dan dient men zich de vraag te stellen of de organisatie niet iets doet dat toch anderen schaadt.

Hoe verder?

Het document is een levend document. De casussen zullen mettertijd minder herkenbaar worden en vervangen kunnen worden door nieuwe voorbeelden. Daarnaast passen de casussen vaak op meerdere elementen die beschreven worden in het paper. Net zoals dat zorg- en welzijnsinstellingen zich continu ontwikkelen (en de moraliteit van waaruit de bestuurders ondernemen), zullen ethische normen an sich in onze huidige maatschappij dat ook doen, en dus dit document ook. Evenals presentatievormen overigens. Een belangrijke opdracht die de NVTZ heeft meegekregen is om (de discussie over) deugdzaamheid aantrekkelijk te maken en proberen zoveel mogelijk mensen te laten nadenken over zijn/haar waarden die ten grondslag liggen aan het ondernemerschap in en van de instelling. De aanwezigen gaven aan dat het gesprek over het paper werd gewaardeerd en concludeerden dat het gesprek over het paper eigenlijk nog belangrijker is dan het paper zelf.

Aanwezig bij de invited conference:

- Sophie Bijloos, voorzitter, lid werkgroep Ethisch Ondernemen in de Zorg
- Marius Buiting, directeur NVTZ, voorzitter werkgroep Ethisch Ondernemen in de Zorg
- Martijn Groenewold, sr. Beleidsmedewerker NVTZ, penvoerder werkgroep Ethisch Ondernemen in de Zorg
- Richard Janssen, lid Wetenschappelijke Adviesraad NVTZ en toezichthouder
- Aad Koster, voorzitter NVTZ en meervoudig toezichthouder
- Esther Nelissen, directeur-bestuurder Driestroom
- Hans Reinold, promovendus Radboud Universiteit Nijmegen
- Wieke Scholten, Behaviourial Risk Expert, &Samhoud
- Annemiek Stoopendaal, lid Wetenschappelijke Adviesraad NVTZ
- Gerben Welling, directeur-bestuurder Welzijn Middelburg en toezichthouder