



Governance in de zorg

Over besturing en bestuurders in de zorg anno 2015

Rapport Commissie Governance NVZD

o.l.v. prof. mr. H.J. de Kluiver

27 maart 2015

Inhoudsopgave

1	Inleiding	2
1.1	Ontwikkelingen op het gebied van governance	2
1.2	Leeswijzer	3
2	Perspectieven op besturen en governance	4
2.1	De principes van de systeem- en leefwereld	4
2.2	De bestuursopdracht: van beheer en beheersing, naar regie en samenspel....	5
3.	Governance en de rol van zorgbestuurders	6
3.1	Sturen op kwaliteit en veiligheid van de zorg	7
3.1.1	Sturen op kwaliteit en veiligheid is echter niet zonder dilemma's	7
3.2	Sturen op optimale samenwerking met alle stakeholders	8
3.2.1	De dilemma's van samenwerking en het belang van de cliënt.....	9
3.3	Sturen op het organiseren van meerwaarde. De zorgbestuurder is steeds ondernemender, maar niet per se meer ondernemer	10
3.3.2	Sturen op meerwaarde en de rol van de zorgbestuurder	12
4	Governance: bestuur en toezicht in de zorg anno 2015	13
5.	Visie op governance van de zorg: conclusies en aanbevelingen	15
5.1	De visie op governance van de zorg	15
5.2	Conclusies en aanbevelingen	16
	Bijlage 1 Samenstelling Governance Commissie NVZD	18
	Bijlage 2 Literatuurlijst	19

1 Inleiding

De Vereniging voor Bestuurders in de Zorg (NVZD) is nauw betrokken bij het debat over de governance in de zorg. Behalve dat zij aan dat debat deelneemt heeft de NVZD ook de ambitie een eigen visie op het verbeteren van de governance in de zorg te ontwikkelen. Daartoe heeft de NVZD een Commissie Governance ingesteld. De commissie heeft zich op verzoek van de NVZD gebogen over centrale vragen in de governance van de zorg anno 2015 zoals wat is de rol van de bestuurders in de zorg, wat verwacht de omgeving van de zorgbestuurder¹ en welk gedrag van de zorgbestuurder past hierbij. Voor de samenstelling van de commissie, voorgezeten door prof. mr. H.J. de Kluiver, zie bijlage 1.

1.1 Ontwikkelingen op het gebied van governance

Er zijn de afgelopen jaren vele rapporten verschenen over de zorg en over het bestuur en toezicht in zorginstellingen. De toename van de aandacht is onder meer toe te schrijven aan de veranderingen in de structuur van het zorgstelsel met inbegrip van de toegenomen invloed van derden zoals inspecties, markttoezichthouders (zoals de NZa) en zorgverzekeraars.

Daarnaast zijn er drie, niet altijd samenhangende, tendensen in de samenleving en de politiek te onderscheiden die de aandacht voor de governance van de gezondheidszorg voeden. De eerste tendens is dat de overheid een beleid voert dat gericht is op de vermindering van de kosten in de zorgsector. Tegelijkertijd is een tweede tendens dat we verwachten en eisen dat de kwaliteit van de zorg steeds verder toeneemt. Een derde tendens is dat er een afnemende tolerantie bestaat voor risico's en incidenten in de zorg. Gechargeerd gesteld zou men, in de woorden van de Adviescommissie Behoorlijk Bestuur (de Commissie Halsema), deze tendensen als volgt kunnen samenvatten: 'Doe meer voor minder geld en maak nooit fouten'.

Er zijn in de kern twee mogelijke richtingen te onderscheiden bij de beantwoording van de vraag hoe de kwaliteit van de governance verder kan worden ontwikkeld.

Tot voor kort was het gangbare antwoord voor een aanzienlijk deel gericht op verdergaande regulering en sanctionering van bestaande processen en procedures. Verwezen kan in dit verband worden naar de eerder door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangekondigde nadere specifieke regels². Voorts heeft de minister van Veiligheid en Justitie nieuwe wetgeving³ aangekondigd die de aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders van verenigingen en stichtingen, met inbegrip van zorginstellingen, zal

1 Voor de leesbaarheid van het document wordt de mannelijke vorm gebruikt. Daar waar hij wordt geschreven kan ook zij worden gelezen.

2 Kamerstukken 32012 Governance in de zorgsector, nr.15, verslagjaar 2013-2014. Met vermelding van: de aanwijzing van een bestuurder specifiek verantwoordelijk voor 'kwaliteit', verplichte accreditatie voor zorgbestuurders en toezichthouders, een sterkere rol voor de inspectie gezondheidszorg, uitbreiding en specifieke toetsing van naleving van de Zorgbrede Governancecode BoZ.

3 Ambtelijk voorontwerp Voorstel van Wet Bestuur en toezicht rechtspersonen (2014).

aanscherpen⁴. Deze benadering gaat primair uit van aanscherping en strikte naleving van bestaande systemen.

Het tweede mogelijke antwoord richt zich niet primair op het aanscherpen van regels, maar op het verbeteren van de governance en het zodanig inrichten daarvan dat alle onderwerpen die voor een zorginstelling van belang zijn op een samenhangende wijze kunnen worden gezien. In deze benadering is er met name ook aandacht voor de grote nadelen van (over)regulering in de zorg en de gevolgen en beperkingen die dat meebrengt voor het bestuur in de zorg. Terecht constateert de Commissie Halsema dat de sturing door statische regels misschien wel helpt om regels te doen nakomen, maar dat dat nog geen waarborg is voor goed bestuur. Goed bestuur gaat ook en vooral over goede bestuurders, hun kennis, ervaring, houding, gedrag en het perspectief en de doelen die zij, samen met allen die in de zorg werken, cliëntenorganisaties, belanghebbenden in het werkgebied en Raden van Toezicht stellen. Daarin staan centraal 'lastige' (zoals bedoeld door de Commissie Halsema), maar goede gesprekken over te maken keuzes en verantwoordelijkheden. Dat is een benadering die primair gericht is op de vraag wat er in de concrete en altijd veranderende omstandigheden van cliënten kan worden gedaan om de zorg voor hen te optimaliseren.

De commissie pleit nadrukkelijk voor deze tweede benadering. De zorg is te complex en te belangrijk om in systemen te laten stollen. Natuurlijk hoort bij die complexiteit ook een aanzienlijke mate van regulering, onder andere ter waarborging van een zorgvuldig beheer van de middelen alsmede de controle daarop. Maar er moet ook ruimte zijn en worden gelaten voor wat juist niet in bestaande systemen gevangen kan worden, maar wat uiteindelijk in de concrete leefwereld van cliënten en voor de inwoner van het werkgebied het verschil maakt. De commissie stelt vast dat recentelijk ook de minister van VWS in een brief aan de Tweede Kamer⁵ heeft aangegeven open te staan voor deze tweede benadering en niet nu reeds te koersen op nieuwe wetgeving, maar open te staan voor overleg met besturen en toezichthouders in de zorg. Uiteraard impliceert dit een verantwoordelijkheid voor bestuurders en toezichthouders. De commissie levert in dit rapport graag een bijdrage daaraan door te laten zien hoe bestuurders in de zorg inhoud kunnen en willen geven aan de verantwoordelijkheid die op hen rust.

1.2 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 zet een perspectief op besturen uiteen zoals dat de commissie voor ogen staat. Vervolgens presenteert hoofdstuk 3 een aantal dilemma's die de kern van het vak van de zorgbestuurder illustreren. Dit hoofdstuk licht vervolgens toe hoe zorgbestuurders in de praktijk omgaan met die dilemma's. Hoofdstuk 4 geeft de visie van de commissie op de kernbeginselen van governance in de zorg weer. Het laatste hoofdstuk bevat de conclusies en aanbevelingen om die governance nader vorm te geven en te verbeteren. Last but not least; in het navolgende spreken wij over de cliënt(en) in de zorg. Uiteraard kan dat steeds, afhankelijk van situatie of voorkeur, ook als patiënt(en) worden gelezen.

4 Ambtelijk voorontwerp Memorie van toelichting Voorstel van Wet Bestuur en toezicht rechtspersonen (2014).

5 Kamerstukken 32012 Governance in de zorgsector, nr. 23 en 24, verslagjaar 2014-2015.

2 Perspectieven op besturen en governance

(Toekomstige) ontwikkelingen zoals de transities in het zorgstelsel, de individualisering van de cliënt en het daarbij behorende cliëntensysteem, de (demografische) veranderingen in de samenleving en de technologische en sociale innovaties zullen veel vragen van de governance in de zorg.

Het dagelijkse werk van zorgbestuurders en de uitdagingen voor de zorg in de toekomst zijn het vertrekpunt geweest voor de ontwikkeling van een visie op de besturing van de zorg en wat de eisen zijn die in dat licht aan de governance van zorginstellingen moeten worden gesteld. Hierbij geldt dat een zorgbestuurder anno 2015 steeds meer dienend wordt geacht te zijn aan de cliënt en eindverantwoordelijk wordt gehouden voor de vraag of de zorg aan de cliënt optimaal is. De omgeving verwacht daarbij affiniteit met het primaire proces van organisaties en het openstaan voor het gesprek met alle belanghebbenden en stakeholders. Besturen wordt aldus steeds meer een doorlopend leer- en ontwikkelproces van de bestuurder in samenspraak met alle betrokkenen in de zorg⁶.

Op deze wijze kunnen zorgbestuurders veranderingen in de zorg tot stand brengen die passen bij de hedendaagse ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld de vele burgerinitiatieven in de care sector, en bijdragen aan een verdere verbetering van de situatie van cliënten. Aldus draagt een goede governance bij aan de verdere verbetering van de zorg.

2.1 De principes van de systeem- en leefwereld

Wouter Hart (2014) schetst in zijn boek 'Verdraaide organisaties' dat de uitdaging in huidige zorgorganisaties is om het handelen van mensen continu in het teken te laten staan van de bedoeling van de organisatie: dat wat de zorgorganisatie nastreeft en wil bereiken. Natuurlijk is beheer en beheersing daarbij nodig, maar een overheersende nadruk op beheersing moet worden vermeden. Voorkomen moet worden dat systemen en interngerichte structuren een doel op zich worden. Hart licht de bedoeling van zorgorganisaties verder toe door twee concepten te introduceren die sturing geven aan de zorg: de systeem- en de leefwereld.

Om zorgorganisaties te kunnen besturen zijn uiteraard regels, protocollen en bijbehorende administratiesystemen nodig. Maar tegelijkertijd leidt een focus op regelgeving en de strikte naleving daarvan er ook toe dat iedere partij, in en rondom de zorgorganisatie, eigen sturings- en controlemechanismen ontwikkelt. Verschillen krijgen daardoor de aandacht in plaats van het gemeenschappelijke doel: goede, toegankelijke en houdbare zorg leveren (Meurs, 2014).

In de systeem- en leefwereld kunnen verschillende principes worden onderscheiden om te beoordelen of besturing tot het gewenste doel leidt. In de systeemwereld zal de aandacht uitgaan naar regels, procedures, verantwoording en controle.

⁶ Zie aldus ook terecht het rapport van de commissie Brenninkmeijer ingesteld door de Nederlandse Vereniging voor Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) onder de titel: "De vrijblijvendheid voorbij. Bouwstenen voor goed toezicht in zorg en welzijn" (2014).

De systeemwereld geeft aan hoe de praktijk zou moeten verlopen zonder dat het hier en nu noodzakelijkerwijs daadwerkelijk wordt gekend. De onderliggende veronderstelling is dat aldus de praktijk het beste wordt gediend.

In de leefwereld van de cliënten is het bepalende element juist niet de systematiek, maar de concrete zorg en het feitelijke gedrag van de primaire zorgverleners zoals die hier en nu worden ervaren. In deze wereld zijn cliënten en zorgverleners de hoofdrolspelers. Natuurlijk vereist ook dit een hoog niveau van bestuur en organisatie, maar het perspectief is hier steeds dat wordt bijgedragen aan hetgeen de cliënt en de zorgverlener in het belang van de cliënt nastreven en ervaren.

Vanzelfsprekend is de geschetste tweedeling tussen systeem- en leefwereld een modelmatige benadering. Het is niet zo dat bij het bestuur van zorginstellingen sommige bestuurders alleen maar oog hebben voor het systeem en anderen zich uitsluitend bezig houden met hetgeen in het primaire proces plaatsvindt. Het gaat uiteraard om graduele verschillen. Dat gezegd zijnde meent de commissie dat het onderscheid kan illustreren welke ontwikkeling zij in de komende jaren ziet en hoe het denken over governance in de zorg daarbij aan kan sluiten.

2.2 De bestuursopdracht: van beheer en beheersing, naar regie en samenspel

De opdracht aan de zorgbestuurder is om de systeem- en leefwereld met elkaar te verbinden en om hierin continu te zoeken naar een balans. Want hoewel regulering zonder meer bijdraagt en heeft bijgedragen aan de transparantie in en kwaliteit van de zorg, kunnen uiteindelijk met regels niet meer dan randvoorwaarden voor goede zorg worden gesteld. De invulling van het dagelijks handelen wordt bepaald door de leefwereld van cliënten en zorgverleners. Dat is op zichzelf uiteraard een inzicht dat door zorgbestuurders wordt gedeeld en onderschreven. Een ontwikkeling die de commissie in aanvulling daarop ziet is dat de zorgbestuurder steeds meer een verbinder zal worden in een wereld die verandert van bolwerk naar netwerk, waarbij eenieder participeert en initieert en cliënten uitgangspunt zullen zijn. De uitdaging is om ook in de governance steeds centraal te stellen hoe toegevoegde waarde voor de cliënt kan worden gerealiseerd zonder dat de regeldruk en verantwoordingsprocedures de ruimte daarvoor beperken en tegelijkertijd kan worden bijgedragen aan het duurzaam en betaalbaar houden van de zorg.

3. Governance en de rol van zorgbestuurders

Het voorafgaande geschetste perspectief op besturen verandert de rol en het functioneren van de zorgbestuurder in Nederland. De zorgbestuurder is verantwoordelijk voor de maximalisering van het welbevinden en kwaliteit van leven van de cliënt en streeft dit na door cliënten en zorgprofessionals in gezamenlijkheid te laten samenwerken. De zorgbestuurder is een verbinder en coördinator die op basis van zijn specifieke vaardigheden de kloof die kan ontstaan tussen leef- en systeemwereld weet te overbruggen met oplossingen die recht doen aan de doelstelling van de organisatie. De zorgbestuurder bevordert de samenwerking met overige organisaties die een bijdrage leveren aan het belang van de cliënt.

Deze rol vervult de bestuurder in het unieke Nederlandse publiek-private zorgstelsel waarin zowel publieke als private belangen met elkaar moeten worden verenigd. Dat leidt in de praktijk tot dilemma's voor de zorgbestuurder. De zorgbestuurder staat voor de uitdaging om deze dilemma's zichtbaar en bespreekbaar te maken en uit te leggen hoe en waarom gelet op deze dilemma's tot bepaalde keuzes wordt gekomen. De zorgbestuurder zal anderen moeten kunnen overtuigen dat zijn handelen de dilemma's adequaat adresseert.

Dilemma's die in het zorgbestuur kunnen worden onderscheiden zijn bijvoorbeeld:

- i. Centralisatie (en schaalvergroting) v. decentralisatie (en lokale aansturing);
- ii. Sturing vanuit zorgorganisatie v. sturing vanuit cliënt;
- iii. Vertrouwen v. controle;
- iv. Discretie v. transparantie;
- v. Samenwerking v. concurrentie;
- vi. Belang van de eigen organisatie v. belang van de zorg als geheel.

Elk van deze dilemma's kent zo een eigen spanningsveld. Waar beheersing van kosten schaalvergroting kan vergen, kan de kwaliteit in de zorg nu juist kleinschaligheid en/of lokale inbedding eisen. Waar sturing vanuit de zorgorganisatie het meest efficiënt kan lijken, kan sturing vanuit de cliënt dat daadwerkelijk zijn. Waar controle op het eerste oog kan leiden tot meer cliëntveiligheid, kan het ook gemakkelijk tot het schaden van vertrouwen leiden. Waar discretie in de zorg een belangrijke waarde is, eist de samenleving steeds meer transparantie. Waar marktwerking in de zorg kan leiden tot concurrentie en gerichtheid op de eigen organisatie, kan samenwerking met andere zorgaanbieders leiden tot het oplossen van de hulpvraag van de cliënt. Waar het beschikbaar houden van toegankelijke, specialistische zorg de cliënt kan dienen, kan dit leiden tot kostenstijgingen die de eigen organisatie financieel schaden.

Hierna is getracht een beeld te geven, maar uiteraard en onontkoombaar zal dat schetsmatig zijn, hoe zorgbestuurders met deze dilemma's kunnen omgaan. De paragrafen hieronder belichten drie thema's die elke zorgbestuurder in meer of mindere mate zal herkennen: het waarborgen van kwaliteit en veiligheid, het onderhouden van stakeholdersrelaties en het organiseren van meerwaarde binnen het verband van het geldende complexe zorgstelsel. Mede aan de hand van een concrete casus zal worden getracht de praktijk van de zorgbestuurder en de dilemma's waarmee deze wordt geconfronteerd te schetsen.

3.1 Sturen op kwaliteit en veiligheid van de zorg

De belangstelling in de samenleving en de politiek voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg is groot. In de meeste zorgorganisaties worden kwaliteit en veiligheid geborgd via kwaliteits- en veiligheidssystemen en daarbij behorende regels en procedures. In de afgelopen vijf jaar zijn veel van deze systemen aangescherpt, en hebben deze geleid tot een aanzienlijke verbetering van de kwaliteit van zorg en cliëntveiligheid. Tegelijkertijd moet worden aanvaard dat incidenten nooit geheel uit te sluiten zijn met alleen maar (nog) meer regels. Voor een optimaal kwaliteits- en veiligheidsbeleid zal ook een andere wijze van sturing dan alleen op basis van regels nodig zijn.

Om te kunnen sturen op kwaliteit en veiligheid zijn naast systemen en regels ook signalen uit de zorgpraktijk van groot belang. Als cliënten, zorgverleners of andere stakeholders aanwijzingen hebben dat het 'niet-pluis' is, moeten dergelijke signalen snel hun weg kunnen vinden naar de verantwoordelijke bestuurders. Hedendaagse bestuurders zijn zich daarvan bewust en zijn beschikbaar om samen met cliënten, zorgverleners en andere stakeholders het gesprek aan te gaan over wat beter kan en anders moet. Zorgbestuurders analyseren aldus afwisselend van dichtbij en van enige afstand de kwaliteit en veiligheid in de dagelijkse zorg.

De ambitie van zorgbestuurders is om naast de formele verantwoordelijkheden over de kwaliteit en veiligheid van de zorg ook de praktische verantwoordelijkheden van betrokken partijen aan te spreken. Het verifiëren van de kwaliteit en veiligheid van de dagelijkse zorg moet net zo gewoon zijn als de controle van de bedrijfsvoering zonder dat het wordt opgevat als een blijk van wantrouwen jegens zorgverleners.

3.1.1 Sturen op kwaliteit en veiligheid is echter niet zonder dilemma's

Ook bij de ambities op het terrein van kwaliteit en zorg kunnen zorgbestuurders echter onverminderd worden geconfronteerd met dilemma's. Op welke manier kan het transparant maken van de veiligheid en kwaliteit van de zorg zo worden aangestuurd dat het niet wordt gezien als een blijk van wantrouwen, controle, bureaucratie of onbegrip, maar als middel en meerwaarde om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te verbeteren? En hoe wordt een evenwicht gevonden tussen toezicht en privacy?

Casus

Twee zorgbestuurders zijn met elkaar in gesprek over het inzichtelijk maken van kwaliteits- en veiligheidsinformatie. Een ziekenhuisbestuurder vertelt over de reactie van medewerkers op het delen van kwaliteitsinformatie:

'Dit jaar hebben we de cijfers over het aantal medewerkers dat een griepvaccinatie heeft gehaald op een andere manier teruggekoppeld, mede in overleg met de cliëntenraad. Elke dag hielden we per afdeling bij hoeveel medewerkers zich tegen de griep hadden ingeënt. Dit overzicht werd op het intranet verspreid. We zagen een gigantische toename van het aantal medewerkers dat zich tegen de griep liet vaccineren'. De zorgbestuurder vertelt dat de Raad van Bestuur, de afdelingsleiding en medewerkers met de gedeelde informatie inzicht opdoen en voor zichzelf een

leercyclus creëren ondanks de hoge werkdruk op de afdelingen. *'Fantastisch, dat dit soort informatie van toegevoegde waarde is voor professionals waardoor zij cliëntveiligheidsrisico's hebben verminderd!'*

De andere zorgbestuurder geeft aan dat het in het openbaar maken van informatie in zijn organisatie anders wordt gezien. *'Wij hebben met de professionals geïnventariseerd of het mogelijk is om cliëntdossiers anoniem te analyseren op cliëntbehoeften en -verwachtingen over de zorg, in overleg natuurlijk met alle medezeggenschapsraden'*. De zorgbestuurder vertelt dat cliënten daar echter grote bezwaren tegen hadden. Het dossier werd als exclusief werkinstrument van de professional waargenomen en behoort in de perceptie van de cliënten uitsluitend toe aan deze professional. *'Het is een andere leefwereld, je komt aan hun privacy'*.

Het voorbeeld illustreert dat het de kunst is voor zorgbestuurders om in het licht van de dilemma's die eerder in dit hoofdstuk zijn gesignaleerd en met aandacht voor de gevoeligheden bij alle betrokkenen de praktijk zodanig (bij) te sturen dat daarin uiteindelijk de overheersende doelstelling gericht op optimaliseren van de zorg voor de cliënt zo effectief en efficiënt mogelijk wordt gerealiseerd.

3.2 Sturen op optimale samenwerking met alle stakeholders

Stakeholdersmanagement is een belangrijk onderdeel van het werk van de zorgbestuurder. In de afgelopen jaren is het kader waarbinnen stakeholdersmanagement plaatsvindt, veranderd. Twee ontwikkelingen spelen hierbij een rol.

De eerste ontwikkeling richt zich op het semipublieke karakter van de Nederlandse gezondheidszorg: in de sector worden zowel private als publieke belangen gediend. De zorg is onderwerp van gesprek in de politiek en in de media en velen voelen zich bij het onderwerp betrokken, hebben daarover min of meer uitgesproken opvattingen en willen en verwachten daarin te worden gehoord. Zorgbestuurders zijn zich daar zeer van bewust.

De tweede ontwikkeling die het belang van nauwe samenwerking met alle betrokkenen onderstreept is dat zorg en welzijn gaandeweg, ook letterlijk, dichterbij de cliënt en zijn sociale netwerk worden georganiseerd en de verwachtingen over zorg ook in dit opzicht veranderen⁷. Steeds meer zullen cliënten en burgers van zorg gebruik gaan maken binnen lokale en regionale kaders. Onderdeel van de zorgverlening wordt aldus steeds meer medezeggenschap, participatie en keuzevrijheid van cliënten.

Weer een stap verder gaat dat degenen die zorg behoeven zich organiseren. Men denke bijvoorbeeld aan zorgcoöperaties of andere samenwerkingsverbanden die van 'onderop' worden gevormd. Ook dit is een ontwikkeling die nog een grote vlucht kan nemen en een nieuwe uitdaging zal gaan vormen, waaraan ook bestaande instellingen en hun bestuurders naar vermogen hun steentje zullen willen bijdragen.

⁷ Hervormingen in de langdurige zorg door onder meer Wet langdurige zorg en Wmo 2015

Zorgbestuurders zien aldus een toename van het aantal stakeholders (lokale bestuurders, patiëntgroeperingen, maatschappelijke organisaties) die op onderdelen van de besluitvorming over hoe welke zorg wordt verleend invloed willen uitoefenen. Dat wil echter niet zeggen dat de belangen van alle stakeholders parallel lopen. Dat maakt stakeholdersmanagement voor de bestuurder in de zorg complexer en diverser. De doelstelling zal veelal uiteindelijk dezelfde zijn, namelijk het bevorderen van het welzijn van de cliënt, maar dat neemt niet weg dat het samenbrengen van al deze verschillende gezichtspunten en belangen een bestuurlijke uitdaging is en ook dat deze uitdaging niet vrij is van lastige dilemma's en het maken van lastige keuzes.

Een extra complicatie in dit verband is dat zorgbestuurders niet slechts het belang van de eigen zorgorganisatie voor ogen moeten of kunnen houden, maar juist mede worden aangesproken op het verlenen van zorg en de kwaliteit van de zorg in een veel breder verband en in samenwerking met andere organisaties waarvoor zij in strikte zin geen bestuurlijke verantwoordelijkheid dragen. De sturingsmogelijkheden van de zorgbestuurder hangen aldus steeds meer af van het stakeholdersmanagement en de relaties die zij met stakeholders hebben en (onder)houden.

3.2.1 De dilemma's van samenwerking en het belang van de cliënt

Hoe is sturing te geven aan de complexe en diverse stakeholdersrelaties waarin de zorgbestuurder tot besluiten behoort te komen? En hoe kan de zorgbestuurder de legitimiteit en ruimte voor het vormgeven van stakeholdersrelaties creëren terwijl het stakeholdersmanagement lang niet altijd en zeker niet uitsluitend aan de zorgbestuurder is? Hoe houdt de zorgbestuurder vertrouwen in de relatie en het belang van het geheel voor ogen?

Casus

In de afgelopen twee jaar heeft een VVT organisatie oriënterende en intensieve gesprekken gevoerd met het zorgkantoor en twee huisartspraktijken met het doel om gezamenlijk de zorg voor kwetsbare ouderen die nog thuis wonen te verbeteren. Door intensieve gesprekken van de zorgbestuurder met huisartsen en zorgprofessionals is de gezamenlijke ambitie geconcretiseerd. Middels screeningsgesprekken en consulten bij ouderen thuis, die via de huisartsenpraktijk door de SOG arts of geriatrisch consulent van de VVT organisatie worden uitgevoerd kan de zorg voor deze ouderen worden geoptimaliseerd. De financiering van het project blijkt echter een probleem omdat dit niet in de hiervoor geëigende systemen is in te passen. De zorgbestuurder zegt hierover:

'Dus we hebben heel lang [...] moeten wachten tot we definitief uitsluitel over de financiering hadden. Nadat in een beleidsregel het antwoord was gevonden dat er geen indicatie voor deze vorm van zorg nodig was, durfde het zorgkantoor het groene licht te geven. Tot die tijd zijn de consulten aan kwetsbare ouderen voor rekening van de instelling gebracht. Omdat we die samenwerking gewoon heel belangrijk vinden, hebben wij dat risico genomen.'

Tegelijkertijd geeft de VVT bestuurder ook aan dat er grenzen zijn aan zijn ondernemerschap. Zo wordt onderkend dat huisartsen in het samenwerkingsverband

grote behoefte hebben aan onmiddellijke crisisopnames. Daarover kan echter nu juist in de geldende systematiek (nog) niet door de zorgbestuurder of professionals worden beslist. Deze verantwoordelijkheid is (nog) te groot voor de handelingsruimte die de zorgbestuurder tot nu toe gekregen heeft voor het positioneren van de VVT organisatie in de eerste lijn.

Dit voorbeeld illustreert dat de relaties die met stakeholders onderhouden worden mede de uitkomst kunnen zijn van het handelen van de zorgbestuurder. In overleg met de zorgprofessionals kiest de zorgbestuurder er in dit voorbeeld voor om de samenwerking met de huisartsen te laten plaatsvinden door de SOG arts en geriatrisch consulent. Hierdoor krijgt de oudere specialistische zorg aan huis en wordt het beste de aansluiting gevonden bij de leefwereld van deze ouderen. Tegelijkertijd echter betekenen de financiële aspecten van deze samenwerking dat de zorgbestuurder voor een dilemma wordt gesteld tussen het directe belang van de eigen organisatie en het belang van het grotere geheel en de cliënt.

3.3 Sturen op het organiseren van meerwaarde. De zorgbestuurder is steeds ondernemender, maar niet per se meer ondernemer

Zorgorganisaties werden met de introductie van de gereguleerde zorgmarkt in 2006 uitgedaagd om zich te profileren ten opzichte van andere zorgaanbieders. In deze periode zijn schaalvergroting en fusies doorgevoerd zodat voordelen ontstonden voor de bedrijfsvoering en de positie van de zorgorganisatie. Dat heeft in een aantal gevallen geleid tot een focus op de zorgorganisatie als onderneming in de zin dat mede werd gestuurd op groei van omzet, schaal en rendement van de betreffende zorginstelling.

Inmiddels is een ontwikkeling zichtbaar waarbij minder de nadruk wordt gelegd op productie verhogende prikkels en de zorgbestuurder niet primair als marktgedreven zorgondernemer wordt gezien, maar veeleer als een medeverantwoordelijke voor een gezondheidszorg die ook is (in)gericht met het oog op de lange termijn. Daarbij is er tevens aandacht voor de houdbaarheid en betaalbaarheid van de zorg op die langere termijn. In dat kader is er aandacht voor veranderende maatschappelijke vragen en behoeften. Hiervoor werd al belicht dat een aspect daarvan is dat kleinschaliger initiatieven en lokale activiteiten worden ondernomen (zoals, maar niet beperkt tot, zorgcoöperaties en vergelijkbare structuren). Voor de zorgbestuurder ligt de uitdaging in het vormgeven van samenwerking met een breed palet aan stakeholders.

Tegelijkertijd roept deze ontwikkeling nieuwe vragen op ten aanzien van de governance van bestaande en nieuw te ontwikkelen zorgorganisaties. Een brede groep van bestuurders geeft aan dat de uitdaging voor hen is om juist in samenwerking met vele andere initiatieven de best mogelijke zorg voor cliënten te bieden en zoveel mogelijk toegevoegde waarde aan die cliënt te bieden. Hier dient zich vervolgens het dilemma aan dat niet centraal staat wat goed is voor de eigen zorgonderneming, maar welke initiatieven kunnen worden ondernomen om het belang van de cliënten zo goed mogelijk te dienen, ook als dat niet in het belang is van de eigen zorgonderneming. Tegelijkertijd echter heeft de zorgbestuurder ook een verantwoordelijkheid voor de continuïteit en de financiële gezondheid van de organisatie. Daar zullen bestuurders ook door de Raad van Toezicht, de medezeggenschap, zorgverzekeraars, financiers en de accountant op worden aangesproken.

Dat dilemma vertaalt zich in de bestuurlijke vraag of de zorgorganisatie inderdaad het beste in staat is zelf de toegevoegde waarde aan cliënten te organiseren of dat hiertoe andere structuren of samenwerkingsverbanden moeten worden opgezet om nieuw zorgaanbod te ontwikkelen of de bestaande organisatie meer moet terugtreden en dat aan andere verbanden moet overlaten. Organisatieontwikkeling moet uiteindelijk worden beoordeeld op de gecreëerde meerwaarde voor cliënten en de maatschappelijke opbrengsten en ontwikkelingen. Anders gezegd; de bestaande zorgorganisatie en de inrichting daarvan zijn voor de zorgbestuurder geen doel op zich.

Het voorgaande heeft aanzienlijke implicaties voor het denken over de governance van een zorginstelling en over de rol van het bestuur (en een Raad van Toezicht) daarbinnen. Waar de klassieke corporate governance in ondernemingen en vergelijkbare organisaties nu juist het belang, de winst, de groei en de continuïteit van de eigen onderneming centraal stelt -en het belang van de klant daarvan een afgeleide is- wordt in het denken over de zorg nu juist steeds meer het omgekeerde benadrukt.

Het voorgaande betekent overigens niet dat zorgbestuurders minder *ondernemend* zouden moeten worden. Het tegendeel is het geval. Er wordt nu juist van hen verwacht dat zij in samenwerking met een breed veld juist steeds ondernemender worden in het faciliteren van nieuwe ontwikkelingen en het opzetten van structuren die daarbij passen. Zorgbestuurders worden echter wel *minder ondernemer* in de zin dat zij niet alleen, en zelfs niet primair, verantwoordelijk zijn voor de groei en bloei van de eigen instelling, maar hen een veel bredere verantwoordelijkheid wordt toegedacht die niet alleen of zelfs niet primair ziet op groei, maar op het bieden van meerwaarde op korte en lange termijn en een duurzaam en betaalbaar stelsel.

3.3.1 De dilemma's van het organiseren van meerwaarde

Bovenstaande uitgangspunten brengen dilemma's met zich mee voor zorgbestuurders. In hoeverre is de organisatie aan te passen om maatschappelijke vragen te beantwoorden en meerwaarde te creëren voor de individuele cliënt? En wat betekent dit als dat ten koste gaat van middelen van en voor de eigen instelling met mogelijk aanzienlijke gevolgen voor die eigen instelling?

Casus

Een zorgbestuurder signaleert ter zake van veranderingen en innovaties in zorgorganisaties dat er sprake is van een besturingsfuiik: de verwachting van de maatschappij wordt groter en ruimte voor zorgbestuurders om innovatie te realiseren wordt kleiner:

'Iedere keer als ik een aanbeveling voor organisatieontwikkeling ontvang dan zit daar ook een protocol en een verantwoordingsplicht bij. Het beroep dat op je wordt gedaan zit hem in verantwoording, [...] die vaak over de niet wezenlijke dingen gaat' [...] 'We willen als zorgorganisatie veel meer toe naar resultaat van onze interventie. Zoals bijvoorbeeld de vermaatschappelijking van zorg en het functioneren van cliënten in de maatschappij: wat gaat dat opleveren? Daarover moet de dialoog gaan. Het zoeken, en daar zit de meerwaarde in, naar waarde in immateriële zin.

Zo kan ik ook met mijn behandelaren spreken over krimp: het gaat er niet om of iemand geen psychose heeft, maar dat die beter kan wonen. De vraag die ik met de professionals bespreek is dan: 'Kan de organisatie jullie daarin faciliteren?' Het is belangrijk dat verwachtingen van cliënten en de vraag: 'Wat zou je willen dat beter gaat in het leven?' in de praktijk beantwoord kunnen worden. Soms ligt de oplossing voor de cliënt buiten de directe zorgverlening van de zorgorganisatie maar in de meerwaarde die in de samenwerking met andere stakeholders wordt gecreëerd. Dan ligt daar dus een organisatieopdracht.'

Dezelfde oplossingsrichting wordt gewogen als zorgbestuurders zorg aanbieden die structureel verliesgevend is. In het belang van de zorgorganisatie is het beter om met dit zorgaanbod te stoppen. Vanuit het perspectief van maatschappelijke verantwoordelijkheden kan de uitkomst echter evident anders zijn. Ook hier laten wij weer een zorgbestuurder aan het woord die kritisch reflecteert op de mogelijkheden en onmogelijkheden die binnen en buiten de organisatie aanwezig zijn om tot een keuze te komen:

'Kan mijn organisatie aan deze groep cliënten zorg blijven verlenen? Of moet deze zorgverantwoordelijkheid gedeeld gaan worden met andere partners in de regio? Tot hoever reikt de verantwoordelijkheid van mijn organisatie in dit publieke probleem? Dat zijn moeilijke afwegingen omdat ik nauw betrokken ben bij deze cliënten en de professionals die aan deze cliënten zorg verlenen. Je moet jezelf goed kennen en in de dialoog en besluitvorming voorkomen dat blinde vlekken en je eigen idealen te zeer prevaleren. Tegenspraak en reflectie organiseren is bij dit soort processen dan ook van belang.'

3.3.2 Sturen op meerwaarde en de rol van de zorgbestuurder

Deze voorbeelden illustreren de dilemma's die hiervoor zijn geschetst. Zij laten zien voor welke uitdagingen zorgbestuurders staan. Het vergt een grote mate van zorgvuldigheid en tegelijkertijd lef om de eigen organisatie en het eigen functioneren op meerwaarde te evalueren en daarbij niet uitsluitend gericht te zijn op de groei en bloei van de organisatie zelf, maar juist op de vraag hoe op korte en lange termijn de grootste meerwaarde kan worden geleverd aan de cliënt en tegelijkertijd kan worden bijgedragen aan een duurzaam en betaalbaar stelsel. Dit laatste vereist ook een dialoog met de financiers (overheid, verzekeraars, maar ook bijvoorbeeld gemeenten in het kader van de WMO) zodat tevens financieel de zorg waaraan behoefte bestaat kan worden gewaarborgd.

4 Governance: bestuur en toezicht in de zorg anno 2015

Wat betekenen de in het voorgaande geschetste tendensen nu voor de governance van zorgorganisaties en de verhouding tussen de verschillende organen die daarvoor uiteindelijk bepalend zijn, zoals de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht in zorgorganisaties ?

De uitdaging in dit verband is naar de overtuiging van de commissie in ieder geval niet om besluitvorming en besturing nog weer in meer gedetailleerde regels te willen vatten en het toezicht op de naleving daarvan verder aan te scherpen. De uitdaging is wel om zorgbestuurders te stimuleren, te motiveren en te faciliteren in een bredere taakopvatting die past bij de vragen en ontwikkelingen in de zorg in het huidige tijdsgewricht. Vanuit een traditioneel corporate governance perspectief is het de primaire taak en verantwoordelijkheid van de bestuurder om – naast het dagelijks beheer – de strategie en het risicoprofiel te bepalen en daartoe een adequaat intern risicobeheersings- en controlesysteem te onderhouden.

De uitdagingen waarvoor zorgbestuurders anno 2015 staan vergen echter een breder perspectief waarin het, zoals hiervoor in paragraaf 3.3 al geschetst, niet uitsluitend en zelfs niet primair gaat om de groei en bloei van de eigen instelling. Die uitdagingen doen een groot beroep op het bestuur om met kracht en creativiteit een bijdrage te leveren aan een nog betere zorg voor de cliënt, zonder dat voorop staat of dat ook in het beste belang is van de eigen instelling. Om daaraan invulling te geven is, ook in termen van strategie, geen sinecure en impliceert een aanzienlijk niveau van dialoog, samenwerking en verantwoording.

Een en ander heeft uiteraard ook effect op de wijze waarop de Raad van Toezicht zijn rol zal invullen en wat van een Raad van Toezicht wordt verwacht. Het is buiten twijfel dat een Raad van Toezicht ook, en wellicht zelfs juist, de hiervoor belichte aspecten en uitdagingen nadrukkelijk zal beschouwen en daarover met de bestuurder intensief van gedachten zal willen wisselen. Zoals gezegd wordt in dit verband van een Raad van Toezicht verwacht dat zij enerzijds het bestuur stimuleert, motiveert en faciliteert in een bredere taakopvatting die past bij de vragen en ontwikkelingen in de zorg in het huidige tijdsgewricht en tegelijkertijd het forum biedt voor verantwoording in dialoog. Daar horen goede en scherpe gesprekken bij in constructieve sfeer en ook vanuit andere perspectieven dan het klassieke beheer en beheersing. Uiteraard hoort daar evenzeer bij de noodzaak voor bestuurders om zich steeds te blijven ontwikkelen om zo optimaal met nieuwe ontwikkelingen te kunnen meegroeien en deze te (kunnen) faciliteren.

De grote uitdagingen in de zorgsector zijn echter niet primair een toezichtsvraagstuk, maar betreffen de brede verantwoordelijkheid van bestuurders in de zorg. De kunst voor de zorgbestuurder als ook voor de Raad van Toezicht anno 2015 is om in de praktijk van het bestuur en toezicht telkens de maatschappelijke context, de meerwaarde voor de cliënt en de verbreding te zoeken. Uiteraard hoort daarbij ook adequate informatie aan de Raad van Toezicht. Dat zal niet primair meer klassieke management informatie zijn, maar veeleer informatie die de dilemma's en uitdagingen belicht waarmee zorgbestuurders worden geconfronteerd.

Die benadering doet zowel recht aan het wezenlijke debat dat altijd centraal zal staan in de zorg – namelijk hoe het belang van de cliënt zo goed mogelijk kan worden gediend – als aan het onderscheid tussen de bestuurs- en toezichtsfunctie en het belang van rolvastheid dat het uitgangspunt en de waarborg vormt voor een optimale en vruchtbare relatie tussen zorgbestuurders en Raad van Toezicht.

De commissie constateert dat het bovenstaande ook goed aansluit bij het denken in de kring van de NVTZ. Zowel in het rapport "Tussen Besturing en Samenleving" uit 2014 als in het recente rapport van de commissie Brenninkmeijer wordt de nadruk gelegd op de centrale vragen ("Doen we de goede dingen en doen we de dingen goed") en op de juiste houding en gedrag in de dynamiek van het toezichtsproces en niet op een uitputtende omschrijving van informatiestromen en (nog meer) controlemechanismen. Ook hier is rolvastheid belangrijk. De rol van toezichthouder paart betrokkenheid, aandacht voor het primaire proces en contactmomenten binnen de organisatie aan afstand van de organisatie in de zin dat zij toeziet op de besturing, maar niet zelf bestuurt. Uiteraard is dat overigens geen statisch, maar een dynamische verhouding die mede wordt beïnvloed door de specifieke onderwerpen waarmee de zorgsector wordt geconfronteerd.

Daarbij is duidelijk dat de uitdagingen die in dit rapport zijn geschetst en de invloed daarvan op het denken over governance in de zorg, veel van zowel bestuurders als toezichthouders zal vergen ook in termen van inzicht in wat er gaande is in de zorgsector in het algemeen. Scholing en training horen daar vanzelfsprekend bij. Terecht heeft de NVZD voor haar leden al intensieve trajecten van scholing, training en accreditatie ontwikkeld. De commissie onderschrijft graag de aanbevelingen van de commissie Brenninkmeijer die dergelijke trajecten, en mogelijk zelfs een vorm van accreditatie, ook voor interne toezichthouders bij zorginstellingen aanbeveelt.

5. Visie op governance van de zorg: conclusies en aanbevelingen

In de voorafgaande hoofdstukken is op basis van dilemma's in de bestuurspraktijk toegelicht in welke richting zorgbestuurders hun handelen vormgeven. Welke algemene conclusies zijn over de governance van de zorg te trekken als ook over de rol en bijdrage hierin van de zorgbestuurder?

5.1 De visie op governance van de zorg

De visie op governance in de zorg moet uiteraard aansluiten bij de ontwikkelingen in de zorg zoals die anno 2015 kunnen worden onderkend en hiervoor – zij het uiteraard schetsmatig – zijn beschreven. Die ontwikkelingen, en de uitdagingen die aan de zorgbestuurders worden gesteld, zouden als volgt kunnen worden samengevat:

- 1) De bijzondere kenmerken van de zorgsector zorgen ervoor dat sprake is van eigensoortige dilemma's die tot lastige afwegingen van waarden en belangen kunnen leiden. De zorgbestuurder verkent zijn mogelijkheden voor sturing door oog te hebben voor de leefwereld van cliënten, professionals en stakeholders en daar, waar nodig en mogelijk, een regiefunctie uit te oefenen.
- 2) Het is van belang dat de zorgbestuurder zijn persoonlijke effectiviteit en persoonlijke professionaliteit inzet. De zorgbestuurder gaat in dialoog met cliënten, stakeholders en professionals na welke waarden en normen de voorliggende keuze(s) kunnen verantwoorden. Het is aan de zorgbestuurder om in de organisatie en in het stakeholdersnetwerk de verbinding met en de kwaliteit van de gemaakte bestuurlijke keuzes te bewaken. Daarnaast is van belang dat transparantie wordt geboden in de afwegingen die tot een uiteindelijk besluit leiden.
- 3) De zorgbestuurder heeft een goed gevoel voor maatschappelijke, politieke en sociaal culturele verhoudingen nodig. Het is een essentiële vaardigheid om de eisen van de systeemwereld dienstbaar te kunnen laten zijn aan het creëren van inhoudelijke meerwaarde in de 'leefwereld'. De vraag hoe beleid daaraan kan bijdragen moet leidend zijn zowel in de organisatie als in de dialoog met de toezichthouder.

In het licht hiervan is in het voorgaande geconcludeerd dat governance in de zorg niet alleen, en zelfs niet primair, uit zou moeten gaan van sturing op regels, de naleving daarvan en de controle daarop. Natuurlijk moet ook dat gebeuren. Essentieel in de visie van de commissie is dat governance in functie staat van het uiteindelijke doel: het optimaliseren van zorg voor cliënten en voor de samenleving als geheel. Systeemcontrole, hoe nuttig op zichzelf ook, mist sensitiviteit om uiteindelijk ook op het niveau van de individuele cliënt en zorgprofessional te bereiken wat alle betrokkenen in de gezondheidszorg voor ogen staat, een optimalisatie van de zorg voor die cliënt.

Een essentiële taak van zorgbestuurders is nu juist om dat laatste, het verbeteren van de praktijk van de zorg zoals die wordt ervaren in de 'leefwereld' van cliënten, constructief te combineren met sturingsmechanismen die zich richten op regels, verantwoording en controle, wat hiervoor korthedshalve wel is aangeduid als de 'systeemwereld'. De combinatie van deze twee verschillende typen sturing moet in balans zijn.

Goede governance in de zorg heeft een inhoudelijke oriëntatie en betrokkenheid nodig. De uitdaging in het governance debat is om ruimte te creëren in de verhouding tussen Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht zodat de zorgbestuurders daadwerkelijk en daadkrachtig de rol kunnen spelen die hen wordt toegedacht en van hen wordt verwacht, en dat de Raad van Toezicht daartoe prikkelt en waar mogelijk faciliteert en het brede kader schept waarbinnen het bestuur dat handelen verantwoordt. Daarbij hoort ten slotte ook aandacht voor de houdbaarheid, duurzaamheid en betaalbaarheid van de zorg op de langere termijn.

5.2 Conclusies en aanbevelingen

De bovenstaande visie op de governance van de zorg leidt tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

- In het bestuur en toezicht van zorginstellingen, de governance, past het om meer ruimte te maken voor bredere afwegingen dan uitsluitend het belang van de instelling; het gaat ook om een toenemende verantwoordelijkheid voor de leefwereld van de cliënt en de professionals naast de systeemwereld waarin regels overheersen.
- De bredere verantwoordelijkheid van de zorgbestuurder brengt mee dat hij niet alleen, en wellicht ook niet primair, moet worden aangesproken en beoordeeld op de groei en bloei van de specifieke instelling. Veeleer zou bepalend moeten zijn in hoeverre, mede dankzij de inzet van de zorgbestuurder, sprake is van 'meerwaarde' voor de kwaliteit van leven van cliënten en een optimale inrichting van de zorg in het werkgebied niet alleen op de korte termijn, maar juist ook op de lange termijn met oog voor de houdbaarheid, duurzaamheid en betaalbaarheid van de zorg.
- Dit heeft gevolgen voor de vaardigheden en kwaliteiten van zorgbestuurders. De NVZD kan een systematische bijdrage leveren aan de professionalisering van zorgbestuurders. Het NVZD accreditatietraject is hier nadrukkelijk op gericht en kent reeds de volgende expertisegebieden: technisch inhoudelijke kennis, persoonlijke professionaliteit, maatschappelijke inbedding, kennis en kunde als proces-architect en communicatie/verantwoording.
- Voor Raden van Toezicht betekenen de geschetste ontwikkelingen dat het niet primair moet gaan om (nog) meer systeemtoezicht, met inbegrip van verdere intensivering van regulering en (nog) meer managementinformatie, maar dat het mede moet gaan om ander, en daarmee naar de overtuiging van de commissie, beter toezicht waarin de leefwereld centraal staat.
- Daartoe zouden zorgbestuurders en Raden van Toezicht met elkaar in gesprek moeten gaan over 1) niet alleen de besturing van de organisatie, maar het doel van die besturing in breder verband, 2) de maatschappelijke vragen die betrekking hebben op de zorgorganisatie, 3) de ruimte van de bestuurder om invulling te geven aan strategische partnerships en maatschappelijke doelen die organisatie overstijgend zijn. Toezicht kan kwalitatief zeker nog beter, maar 'meer' toezicht is niet het juiste antwoord.

- Om recht te doen aan die bredere verantwoordelijkheid die de maatschappij verwacht, moet in de governance van zorgorganisaties de handelingsvrijheid van bestuurders worden vergroot. Tegelijkertijd betekent dit uiteraard een aanscherping van de informatie die juist met betrekking tot de vermelde aspecten aan de Raad van Toezicht moet worden gegeven en de bereidheid daarover verantwoording af te leggen in de vertrouwensrelatie die tussen zorgbestuurder en toezichthouder behoort te bestaan.
- De zorgbestuurder is geen klassieke ondernemer en moet dat ook niet primair willen zijn. Hij vult de maatschappelijke doelstelling zo ondernemend mogelijk in, maar altijd met primair het belang van de cliënt en niet uitsluitend van de organisatie voor ogen.
- Zorgbestuurders moeten ruimte nemen en ruimte krijgen voor innovatie en vernieuwing in samenspel met al degenen die zich dat belang aantrekken. De moderne zorgbestuurder is een verbindend leider en coördinator die op basis van zijn specifieke vaardigheden bestaande situaties verder brengt.
- Dit leidt tot een verschuiving in de taak en verantwoordelijkheid van interne toezichthouders. Ook hier is rolvastheid belangrijk. Die rol paart betrokkenheid aan noodzakelijke afstand waarbij primair de nadruk ligt op de centrale vragen ("Doen we de goede dingen en doen we de dingen goed?") en de juiste houding en gedrag in de dynamiek van het toezichtsproces, in plaats van op een uitputtende omschrijving van informatiestromen en (nog meer) controlemechanismen.
- De commissie onderschrijft de aanbevelingen van de NVTZ over intensievere scholing en training van interne toezichthouders en mogelijk een vorm van accreditatie zoals de NVZD dat reeds voor haar eigen leden, de bestuurders van zorginstellingen, ontwikkeld heeft.

Bijlage 1 Samenstelling Governance Commissie NVZD

Dhr. prof. mr. H.J. de Kluiver
(Voorzitter commissie Governance NVZD, hoogleraar UvA)

Mw. drs. C. van Beek MCM
(Raad van Bestuur Radboudumc)

Dhr. drs. J.F. de Beer
(Directeur NVZD)

Dhr. mr. W.J.G. Blaauw
(Raad van Bestuur Zorgpartners Friesland)

Mw. dr. T.J. Heeren
(Raad van Bestuur GGZ Centraal)

Dhr. prof. mr. P.F. van der Heijden
(Voorzitter NVZD)

Mw. mr. M.M. van Jaarsveld
(Raad van Bestuur Warande)

Mw. drs. M.P.I. ten Kroode
(Raad van Bestuur Rivierduinen)

Dhr. drs. E.C. Müter
(Raad van Bestuur Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind)

Dhr. dr. M. van Ooijen MBA-H
(Raad van Bestuur Stichting Pedagogisch Sociaal Werk Midden- en Noord-Limburg)

Dhr. prof. dr. G. van der Wal
(Toezichthouder en adviseur, voormalig inspecteur-generaal gezondheidszorg)

Bijlage 2 Literatuurlijst

Ambtelijk voorontwerp Voorstel van Wet Bestuur en toezicht rechtspersonen (2014).

Ambtelijk voorontwerp Memorie van toelichting Voorstel van Wet Bestuur en toezicht rechtspersonen (2014).

Bal, R. (2008), *'De nieuwe zichtbaarheid'*. Sturing in de tijden van marktwerking, Alphen aan de Rijn: Demmenie Grafimedia (Eramus MC Oratiereeks).

Commissie Toezien met Hart voor de Zaak (2014), *'De vrijblijvendheid voorbij'*. Bouwstenen voor goed toezicht in zorg en welzijn. ('commissie Brenninkmeijer' – NVTZ).

Grit, K., Meurs, P. (2005), *'Verschuivende verantwoordelijkheden'*. Dilemma's van zorgbestuurders, Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Halsema, F., Februari, M., Van Kalleveen, M. en Terpstra, D., (2013), *Een lastig gesprek*. (Advies Commissie Behoorlijk Bestuur).

Hart, W. (2014), *'Verdraaide organisaties'*. Terug naar de bedoeling, Deventer: Vakmedianet.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2015) , Werkplan IGZ 2015.

Kamerstukken 32012, Governance in de zorgsector, nr. 23 en 24, verslagjaar 2014-2015.

Kamerstukken 32012, Governance in de zorgsector, nr.15, verslagjaar 2013-2014.

Meurs, P. (2014), *'Van regeldruk naar passende regels'*. Vertrouwen, Veerkracht, Verantwoordelijkheid, Vrijheid.

Ministerie van Veiligheid en Justitie (2013), Kamerbrief Aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders in semipublieke sectoren.

Ooijen, M. van (2013), *Toezichtdynamica. Een exploratief kwalitatief onderzoek naar het functioneren van Raden van Toezicht in de Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wetenschappelijke Advies Raad NVTZ (2014), *'Tussen Besturing en Samenleving'*. Aanzet tot kritische reflectie op de rol van de raad van toezicht in zorg- en welzijnsorganisaties.

VERENIGING VAN BESTUURDERS IN DE ZORG

Noordweg Noord 150

3704 JG Zeist

Postbus 112

3700 AC Zeist

T: 030 - 27 77 280

E: info@nvzd.nl

www.nvzd.nl