

WHITEPAPER

GOVERNANCE VAN INNOVATIE

VRAAGT OM

INNOVATIE VAN GOVERNANCE



toezichthouders in zorg & welzijn

Dit is een publicatie van de NVTZ

Tekst

Pieter Vos en Cor Calis

Communicatie en vormgeving

Communicatie NVTZ & VDH Bestuurszaken
2024



Over de auteurs



Pieter Vos

Van huis uit organisatiepsycholoog, werkte ik bijna veertig jaar op verschillende plaatsen in de zorgsector. De laatste jaren als algemeen secretaris van de toenmalige Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (nu RV&S).

Na mijn pensionering was ik actief als adviseur, toezichthouder en publicist in zorg en in onderwijs. Zo had ik onder meer functies in de WMO, bij een patiëntenvereniging, een school, zorginstellingen en een longfonds. Ook was ik acht jaar bestuurslid van de NVTZ en gelijktijdig acht jaar voorzitter van de Raad van Toezicht van het LOC. Zo kon ik governance en (mede)zeggenschap in de zorg met elkaar in gesprek brengen.

Mijn interesses gaan verder uit naar gezondheid en gedrag, technologische innovatie, nieuwe vormen van organiseren en financiën. Maar steeds staat de versterking van de stem van de cliënt centraal.



Cor Calis

Ik ben meer dan 40 jaar werkzaam in de gezondheidszorg: als verpleegkundige, manager, directeur, bestuurder, adviseur en sinds 2012 ook als toezichthouder in verschillende zorginstellingen.

Ik heb het toezichthouden de afgelopen jaren zien veranderen van het klassieke toezicht “op afstand” naar een meer actief toezicht waarin het spel van afstand en nabijheid tussen RvT en RvB met zorg gespeeld moet worden. Toezicht is niet meer vrijblijvend, maar moet er op gericht zijn waarde toe te voegen aan de kwaliteit van de zorg, de organisatie en de besturing van de organisatie.”

Daarnaast zie ik raden van toezicht zich ook steeds meer beraden over hun rol ten opzichte van de stakeholders van de organisatie, buiten de traditionele verhoudingen met de cliënten- en ondernemingsraad. Dit zou moeten leiden tot de beweging naar een meer cliënt/patiënt gerichte governance.

De NVTZ heeft deze thema's ook in haar programma's verwerkt, ik zet mij hier graag voor in! De kennis en ervaring die ik de afgelopen jaren heb opgedaan in al deze verschillende rollen helpt mij daar zeker in.

Voorwoord

Met dit whitepaper willen wij een prikkelende bijdrage leveren aan de discussie over bestuur en toezicht in zorginstellingen. Naar onze mening moet dat op een andere manier gebeuren dan de tot nu toe gepraktiseerde. Alleen door bestuur en toezicht, governance, op een andere leest te schoeien, ontstaat de kans de grote uitdagingen in de zorgsector het hoofd te bieden. Meer van hetzelfde werkt niet meer, dat zal zelfs de problemen vergroten. Een ander bestuur en toezicht, maar vooral een ander zorgaanbod, namelijk 'passende zorg', betekent innovatie op die twee terreinen. Met onze ideeën hopen wij het gesprek hierover te voeren.

Het zou mooi zijn als het denken in al deze organisaties in eenzelfde richting (gelijkgerichtheid) zou gaan en dat zou leiden tot een gezamenlijk programma van 'governance van innovatie'. Een programma met afspraken die het zorglandschap ingrijpend kunnen gaan verbouwen. Wij zijn ons bewust dat onze leden zowel actief zijn in zorg en in welzijn. De whitepaper is geschreven vanuit een zorgperspectief maar in de loop van het document zal ook de relatie met het sociaal domein en de samenleving worden gelegd.

Dit whitepaper eindigt met een aantal stellingen die hier behulpzaam kunnen zijn. De NVTZ roept haar leden op de stellingen te bespreken, niet alleen in de eigen raad, maar ook met de geledingen die in de eigen organisaties samen de governance vormgeven. Denk daarbij aan de raden van bestuur, professionele adviesraden, ondernemingsraden en cliëntenraden. Zo zal de NVTZ de whitepaper ook bespreken met haar belanghouders die samen de governance gestalte geven.

Bijlage 2 van dit whitepaper bevat een samenvatting van de discussies die binnen de NVTZ zijn gevoerd over een eerdere versie.

Inhoudsopgave

Over de auteurs	3
Voorwoord	4
Samenvatting	6
1. Een spanningsvolle relatie	9
2. Zorginnovatie: het beeld	14
3. Governance in de zorg: stand van zaken	23
4. Governance van innovatie: een profiel	27
5. Innovatie van governance: nieuwe rollen van de vier interne organen	33
6. Zijn de vier interne organen toekomstbestendig?	41
7. Een nieuwe constellatie van Bestuur en Toezicht	45
8. Inzoomen op de veranderende rol van de rvt en wat dit van de raad vraagt	50
9. De rol van de overheid	53
Zeven stellingen	54
Bijlage 1: Gebruikte literatuur	57
Bijlage 2: Discussie binnen de NVTZ over dit whitepaper	59

Samenvatting

Het huwelijk van innovatie en governance is niet gelukkig. Innovatie is dingen anders doen en governance is vaak, zwart-wit gesteld, voorkomen dat dingen veranderen. Voor de gezondheidszorg is dat slecht nieuws. Innovatie is de enige manier om de grote problemen in de gezondheidszorg op te lossen; meer van hetzelfde werkt niet meer, verergert zelfs de problemen. En governance is het vehikel bij uitstek om innovatie in goede banen te leiden.

Hoe kunnen wij het huwelijk van innovatie en governance gelukkig maken? Hoe kunnen wij governance zo vormgeven dat innovatie ruim baan krijgt en de kans krijgt de problemen die het publiek belang bedreigen – onvoldoende arbeidskracht, disbalans van uitgaven en gezondheidswinst, een dodelijke complexiteit die demotiverend werkt, een krachteloze stem van cliënt en burger – op te lossen? Door de veelbelovende mogelijkheden die er zijn, technologie, digitalisering, arbeidsbesparende ingrepen, een andere organisatiestructuur en vooral voorzorg in plaats van zorg, systematisch toe te passen.

Hoe kunnen wij het publiek belang in de zorg voor langere tijd borgen, ervan uitgaande dat zelfregulering in de zorgsector het belangrijkste borgingsmechanisme is? In onze redenering overlappen borging van publiek belang en besturing van zorgorganisaties (zelfregulering) elkaar voor een groot deel.

Ons antwoord is:

- Door het democratiseren van de zeggenschapsverhoudingen in zorginstellingen: cliënt en professional krijgen een steviger én een harmoniërende stem in de besluitvorming.
- ‘samen beslissen’ in de spreekkamer resulteert in ‘samen besturen’ in de boardroom.
- Door het aanbod van zorg te transformeren tot een aanbod van gebiedsgerichte voorzorg dat de maatschappelijke vraag volgt. En door het omringend organisatiekapsel daarop toe te rusten.
- Door alle vormen van preventie, ook de publieke gezondheid, tot een taak van zorginstellingen te maken.
- Regionale burgerinitiatieven een plek te geven in beslissingen over de strategie. En door het zorgaanbod passend te maken voor burgerinitiatieven.

- Door governance, bestuur en toezicht, de taak te geven om, als borger van het publiek belang en als interne hoeder van de dialoog, de regie over deze ingrijpende transformatie op zich te nemen.

Toeziethouders en bestuurders moeten dit dus aansturen. Dit betekent een geheel andere constellatie (inrichting en samenspel) van de vier wettelijke organen in zorginstellingen: raad van toezicht (rvt), raad van bestuur (rvb), cliëntenraad (cr) en ondernemingsraad (or). Een constellatie waarin

- rvt en rvb gezamenlijk optrekken, met de rvt als maatschappelijk opdrachtgever (redenerend vanuit de regionale gezondheid en democratische verhoudingen) en burgerpanels als adviseur.
- cr en or bestuurspartner zijn vanuit de gedachte 'samen besturen'. Dit betekent het afscheid nemen van de huidige 'spin in het web' positie van bestuurders.
- cliënten en zorgprofessionals zeggenschap in plaats van medezeggenschap krijgen, medeverantwoordelijkheid in plaats van een adviesrol.
- cr en or samensmelten tot een orgaan van zeggenschap en medeverantwoordelijkheid, ingegeven door de logica van de gelijkgerichtheid en parallelie van belang: cliënt en gezondheid.
- zich een ingrijpende kanteling van het besturingsmechanisme afspeelt (van 'samen beslissen' naar 'samen besturen') en er een wezenlijk andere rol (samenstelling, competentieprofiel) van elk van de vier organen in bestuur en toezicht ontstaat.

De weg naar deze 'innovatie van governance' kent een aantal tussenstations die zorginstellingen keuze- en instapmogelijkheden geven: de 'transformatieladder' met vier treden (in hoofdstuk 6 visualiseren wij dit).

Van de overheid eist dit alles een actieve rol: met flankerend en stimulerend beleid op terreinen als preventie (in basispakket), regionale ordening en bekostiging van zorgaanbod moet zij governance van innovatie stutten. En minstens zo belangrijk: de overheid en diens externe toezichthouders moeten speelruimte creëren voor risicozoekende en flexibele vormen van bestuur en toezicht. Zelf- en overheidsregulering gaan op zoek naar een nieuwe balans: meer zelfregulering in de zorg, meer overheidsregie (maar niet meer wet- en regelgeving!) in het institutioneel kader. Een zoektocht waarin de semipublieke zorgsector het initiatief neemt door innovatie van governance te realiseren. Door van besturing borging van publiek belang te maken. Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid niet van de instelling, maar van de zorg – lees 'passende zorg' – als de centrale opdracht van bestuur en toezicht.



1

Een spanningsvolle relatie

Innovatie en governance: een tegenstelling

In de zorg (en ook in andere sectoren) wordt de abstracte term governance gehanteerd.

Governance zien wij als een inrichting van organisaties, waarin wederzijdse verantwoordelijkheden worden toebedeeld aan diverse actoren. Deze bestaande governance verhoudingen zijn vormgegeven vanuit vraagstukken uit het verleden. Maar zijn niet altijd geschikt om de vraagstukken in het heden en van de toekomst adequaat te beantwoorden. Daarom dient de governance in een tijd van fundamentele verandering ook fundamenteel te worden heroverwogen.

In de zorgsector onderhouden innovatie en governance een relatie vol tegenstrijdigheden. Als touwtrekkers die elkaar in evenwicht houden, wedijveren zij, met stilstand als resultaat. De touwtrekkers vormen een paar: innovatie heeft governance nodig voor een succesvolle uitrol, governance kan alleen door innovatie de toenemende dynamiek in en rond de zorg bijbenen. In de ideale wereld zijn het parallelle voorwaardenscheppende bewegingen, die een gezamenlijke uitkomst hebben: een beter resultaat voor cliënt, zorgprofessional en samenleving.

Innovatie is dingen anders doen. Governance, zeker in de juridische en bedrijfseconomische opvatting van governance, heeft vaak juist als doel behoud, dingen niet anders doen. In zwart-wit tinten geschetst: innovatie komt vaak van buiten de organisatie (wetenschap en technologie, burger, cliëntenorganisaties, media en internet) of van de werkvloer (de professional) en heeft vaak een directe band met de vraagzijde; de bestaande governance heeft als bron institutionele wetmatigheden en de logica van de formele organisatie, komt van bovenaf, is 'managerial' en is veelal gelieerd aan de aanbodzijde. Innovatie zoekt risico, de bestaande governance mijdt risico. 'Dingen anders doen' staat hier tegenover 'meer van hetzelfde doen'.

“
Innovatie
is dingen
anders doen
”

Een Integraal Zorgakkoord: meer van hetzelfde werkt niet meer. Wij gaan het anders doen!

In september 2022 kwam het tot de ondertekening van een Integraal Zorgakkoord (IZA) door veel partijen in de zorgsector en door de minister van VWS (Ministerie van VWS, 2022). In dit IZA maken partijen en kabinet afspraken over het borgen van de publieke belangen in de zorgsector: toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Deze afspraken kunnen het landschap van de zorg ingrijpend veranderen, onder het motto: meer van hetzelfde werkt niet meer. Het IZA is een veelomvattend programma van verandering dat onder meer omvat:

- De dwingende invoering van 'passende zorg' (zie volgende punten) in pakket, bekostiging en kwaliteit
- De versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg
- Verplichte regionale samenwerking en 'Juiste zorg op de juiste plek'
- Meer aandacht voor gezond leven en preventie
- Investerings in technologische innovatie, in het bijzonder in digitalisering van zorgaanbod
- Bij dit programma passende vormen van zorgcontractering
- Meer aandacht voor de positie van de zorgprofessional en de patiënt/client/burger

De probleemanalyse in het IZA, in rapporten en in overheidsstukken is breed gedeeld, maar de vertaling in concreet beleid en in de zorgpraktijk roept vragen op. Hoe gaan wij dit realiseren en wie is de regisseur? Kunnen wij de manier waarop wij bestuur en toezicht in zorginstellingen hebben georganiseerd eigenlijk wel handhaven? Vraagt zo'n enorme transformatie als die voorzien in het IZA niet om andere omgangsvormen, ander toezicht, anders leidinggeven, een andere besturing en aansturing? Het IZA

In dit whitepaper doen wij een poging om dit begrip te 'laden'. Dat doen wij door het motto van het IZA, meer van hetzelfde werkt niet meer, toe te passen op de governance in de zorg. Zo voorziet dit whitepaper in een omissie: de afspraken in het IZA hebben slechts zijdelings betrekking op de governance van zorginstellingen.

Uitdagingen in zorgsector: een hechte relatie governance en innovatie is noodzakelijk

Wij verdedigen de stelling dat de spanningsvolle relatie tussen innovatie en bestaande governance in de zorgsector niet productief is. Vooral omdat steeds duidelijker wordt dat innovatie in de zorg niet alleen mogelijk en werkzaam is (zie de lessen uit de COVID-19 pandemie: werken en zorgen op afstand, de patiënt aan zet, multidisciplinaire teams rondom de patiënt bijvoorbeeld), maar vooral ook noodzakelijk om de enorme uitdagingen in de zorg aan te gaan, zal de relatie met governance productief moeten worden. Nieuwe inrichting van de governance is immers bij uitstek een mogelijkheid om innovatie te sturen. De twee moeten elkaar gaan versterken en zo de belangrijkste oplossingsrichting creëren voor de uitdagingen in de zorgsector. Uitdagingen die wij kennen:

- Een disbalans van zorguitgaven en rendement in termen van (volks)gezondheidswinst, die het maatschappelijk draagvlak voor de exploderende zorguitgaven aantast.
- Oplopende en, naar verwachting blijvende, schaarste aan zorgarbeid.
- Ontbrekende stem van patiënt/cliënt/burger en zorgprofessional, dus onvoldoende tegenmacht en medeverantwoordelijkheid in de sturing en de besturing van het zorgaanbod.
- Een volstrekt uit de hand gelopen interne en externe complexiteit en bureaucratie die creativiteit en motivatie doden.

Analyse van dit tableau van uitdagingen leert ons iets over oplossingsrichtingen. Die zijn, in trefwoorden, te typeren als een combinatie van:

- Gezondheidsdoelen opleggen aan de bekostiging van zorgaanbod
- Arbeidsbesparende technologie introduceren
- Stem en verantwoordelijkheid in de spreekkamer
- Ontregeling van organisatorische en bestuurlijke arrangementen.

Zorginnovatie - in nauwe samenhang door alle direct betrokkenen uitgevoerd, op alle niveaus - is de constante in deze analyse. Innovatie - in de vorm van een geïntegreerd programma - als pure noodzaak. Innovatie is het binnenhalen van de beschikbare oplossingen.

Onze vraag: is governance dienstbaar aan innovatie?

Wij willen deze vraag beantwoorden: op welke manier kan governance dienstbaar zijn aan innovatie? Onze vraag is ingegeven door de overtuiging dat innovatie niet alleen onvermijdelijk en noodzakelijk, maar ook mogelijk is, terwijl governance een hulpmiddel moet zijn het onvermijdelijke in goede banen te leiden en het noodzakelijke mogelijk te maken. Ons antwoord, samengevat, bestaat uit deze stappen.

- Optimaliseren van bestaand zorgaanbod, dat wil zeggen meer van hetzelfde, lost niets op
- Innovatie van zorgaanbod dus: de ontwikkeling van persoonlijke, cliëntvolgende zorg geleverd in een public health-perspectief, dus én cliënt én samenleving. Op weg naar passende zorg.
- Dat moet betekenen de spreekkamer aan het stuur, dus 'samen beslissen'.
- Dat kan de spreekkamer niet alleen. De bestuurskamer, de governance, moet daarbij helpen: van 'samen beslissen' naar 'samen besturen'.

De uitdagingen in de zorgsector zijn zo groot dat zij de borging van het publiek belang in gevaar brengen. Tegelijkertijd zien wij dat er mogelijkheden zijn de uitdagingen op te lossen. Maar die mogelijkheden vragen in de praktijk om een totale make over van zorgaanbod en zorgorganisatie.

Dat is de agenda van dit whitepaper



2

Zorginnovatie: het beeld

Een definitie

De WHO definieert zorginnovatie als het ontwikkelen van nieuw beleid en nieuwe producten, diensten, technologieën en/of organisatiemodellen, op een manier die de door mensen ervaren gezondheid verbetert (zie ook het 'cappuccinamodel' van Schrijvers, 2014). Zorginnovatie genereert, mits goed toegepast, meer gezondheidswinst voor de bevolking en een beter zorgresultaat voor de cliënt. Die twee, de samenleving als collectief en de individuele cliënt staan niet tegenover elkaar, maar vormen een geheel. Wij verbreden deze definitie enigszins door 'mensen' te specificeren: cliënten (zoeken kwaliteit van zorg, maar vooral een goed leven, ook bij een beperking), verzekerden (zoeken toegang tot zorg) en burgers (zoeken betaalbare zorg, maar zijn als burger ook op zoek naar gezondheid) en naar verantwoordelijkheid bij de vormgeving van zorg. Naar onze mening gaat het bij innovatie én bij governance altijd om al deze rollen. En de opgave van innovatie én van governance is harmonie van de drie rollen te bereiken en zo de drie corresponderende waarden kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te creëren.

Zo verbinden wij zorginnovatie en een vernieuwende governance met de drie publieke belangen van de zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Dit met als doel het borgen van deze belangen door besturing.

Zorginnovatie op drie niveaus¹

De aldus getypeerde zorginnovatie speelt zich af op drie niveaus en in drie relaties:

1

Het niveau van de spreekkamer, dat wil zeggen de zorgrelatie tussen cliënt en professional. Innovatie is op dit niveau bijvoorbeeld 'samen beslissen'² (shared decision making, zie o.m. Frampton en Charmel, 2009), e-health, 4P-medicine³, waaronder gepersonaliseerde zorg, zelfmanagement en de 'praktiserend patiënt'⁴, internet. Innovatie op dit niveau richt zich ook op een geïntegreerd aanbod van zorg rondom de patiënt/client/burger.

2

Het niveau van arbeid en organisatie: de relatie tussen professional en organisatie. Voorbeelden van innovatie op dit niveau zijn de 'hybride medewerker'⁵, zelfsturende teams, een andere stijl van leidinggeven, zorgcoöperaties (dat wil zeggen andere zeggenschap - en eigendomsverhoudingen), het zoeken naar het juiste schaalniveau.

3

Het niveau van het zorgsysteem: de relatie tussen organisatie en lokale bevolking (regio en in bredere zin: de samenleving). Voorbeelden zijn een gebiedsgericht zorgaanbod (een geografische zorginfrastructuur, bijvoorbeeld voor diabetespatiënten), zorgnetwerken en 'De juiste zorg op de juiste plek' (JZOJP)⁶ en de door het NZa en ZiN ontworpen doorwerking hiervan, 'passende zorg', dus de verplaatsing en de daardoor onvermijdelijk transformatie van zorgaanbod; zorgfuncties in plaats van zorginstellingen.

De drie niveaus zijn analytisch goed van elkaar te onderscheiden, maar zij interfereren in de praktijk. Een voorbeeld van positieve interferentie (elkaar versterken) is het samengaan van e-health en JZOJP c.q. passende zorg. Interferentie is ook denkbaar wanneer 'samen beslissen' zou leiden via 'samen besluiten' tot 'samen besturen'. Of wanneer het verplaatsen van zorgaanbod, bijvoorbeeld van verpleeghuis naar zelfstandig wonen, dwingt tot een andere methode van medezeggenschap (bijvoorbeeld een wijkcliëntenraad) of zelfs van zeggenschapsverhoudingen (bijvoorbeeld een coöperatieve vereniging van bewoners). Juist de steeds aanwezige mogelijkheid van interferentie tussen innovatieniveaus wijst op de noodzaak van een geïntegreerde, dat wil zeggen de gehele instelling omvattende regie op innovatie.

¹ De hier door ons gehanteerde driedeling wijkt enigszins af van andere indelingen in de literatuur over zorginnovatie. Zo hanteert Schrijvers – en ook anderen – de driedeling product-, proces- en systeem- of structuur-innovatie (Schrijvers, 2014).

² 'Samen beslissen' is een proces waarin de arts en de patiënt samen bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past, waarbij alle ter zake doende opties, voor- en nadelen, patiëntenvoorkeuren en omstandigheden worden meegenomen.' (FMS, 2019; zie verder www.begineengoedgesprk.nl)

³ 4P-medicine is Personalized, Predictive, Preventive of Preemptive en Participatory. Tegenwoordig voegt men hier vaak Precise aan toe.

⁴ De 'praktiserend patiënt' draagt zelf en samen met zijn dokter actief bij aan het zorgresultaat (zie o.m. Goetz, 2008).

⁵ De 'hybride' medewerker doet zijn werk op verschillende plaatsen en/of bij verschillende organisaties. Bijvoorbeeld bij een zorginstelling en bij een universiteit of bij twee zorginstellingen. Ook de combinaties ZZP en dienstverband of thuiswerken en op kantoor noemt men hybride.

⁶ Het landelijke programma JZOJP van het ministerie van VWS richt zich op het voorkomen van (duurdere) zorg, op het verplaatsen van zorg (dichterbij de mensen thuis) en op het vervangen van zorg (door andere zorg, zoals e-health; zie verder o.m. jzojp@zonmw.nl).

Denken vanuit
**PREVENTIE EN
GEZONDHEID**
in plaats van
ZORG EN ZIEK

Zorginnovatie als proces: een nadere typering

De innovatieprocessen in de zorg spelen zich dus op verschillende niveaus af. Wat valt op? Hoe is zorginnovatie te typeren?

- Zij is vaak gericht op de 'deinstitutionalisering van de zorgvraag', met andere woorden op het minder afhankelijk maken van de zorgvrager van de zorginstelling/-aanbieder. In de praktijk van zorginnovatie zie je vaak dat de manier waarop de zorg, in fysieke, personele en organisatorische zin, is ingericht het object van verandering is.
- De krachten die zorginnovatie 'opzweepen' (technologie, wetenschap, internet, de zich emanciperende burger) bevinden zich vaak buiten het bereik van de zorginstelling, zij zijn bovendien 'pervasief', dus niet te stoppen en, essentieel, vaak aantrekkelijk voor de zorgconsument. Die kijkt om zich heen, vergelijkt en vraagt zich af: waarom is het in de zorgsector zo anders dan bij Albert Heijn of de Jumbo?
- Wij zeiden het al, zorginnovatie is een conditio sine qua non voor een duurzame borging van het publiek belang. Wil je de grote uitdagingen in de zorgsector effectief kunnen aanpakken, heb je zorginnovatie nodig. En het is denkbaar dat die grote uitdagingen alle iets te maken hebben met en misschien zelfs wel het resultaat zijn van de relatieve onmondigheid van de patiënt/cliënt/burger, met een ontbrekende vraagzijde.

Deze typering laat zien dat zorginnovatie heel vaak in bedoelde of in onbedoelde zin betrekking heeft op de zorgvraag en op de zorgvrager, concreet op het dienstbaar maken van zorgaanbod op zorgvraag en op het versterken van de vraagpositie. In dit dienstbaar maken is zorginnovatie de drijvende kracht, het proces dat de voorwaarden schept.



De relevantie van innovatie voor governance

Deze nadere typering van innovatie laat al zien dat zij veel raakvlakken heeft met governance. In de praktijk van de zorg komt de relevantie van innovatie voor governance op verschillende manieren tot uiting.

- Innovatie devalueert het belang van de gebruikelijke instellings- parameters: vastgoed, rechtspersoonlijkheid, stand alone-positie, instellingbekostiging, standaardisatie van de productie (one size fits all). Zij dwingt de organisatie te bewegen van aanbod- naar vraag-oriëntatie, van alleen (solistisch werken) naar samen(werken), van zorg naar gezondheid en van passiviteit naar activisme. Innovatie is een strategische heroriëntatie op de raison d'être van de zorginstelling. Uiteindelijk stelt innovatie ook het verdienmodel ter discussie: waarmee verdienen wij ons geld, hoe verwerven wij dat en hoe besteden en verdelen wij het (de interne allocatie)? Innovatie roept governance op patiënt en professional tot 'running mates' te benoemen. Uiteindelijk moet het doel van zorginnovatie zijn het creëren van een effectieve, dat wil zeggen sturende, vraagzijde waar het zorgaanbod zich op richt.
- Innovatie keert de blik van de organisatie van binnen naar buiten. En zo ontmoet innovatie governance. Zij vraagt van de governance de urgentie van trends in de samenleving - de kennende en kiezende burger, de toenemende technologische mogelijkheden en tegelijkertijd schaarste - te zien, te wegen en op een actieve en overtuigende manier intern uit te dragen. De trends te vertalen in dilemma's en keuzen. Zij vraagt de governance innovatie te bestempelen als hét middel om aansluiting te krijgen en te houden met de dynamische omgeving, met andere woorden: om te overleven. Dat brengt bedrijfsrisico's met zich mee, denk aan het verdienmodel, en die zal men een plek moeten geven in de governance, in de dialoog van bestuur en organisatie.
- Innovatie dwingt de governance een visie te ontwikkelen op de betekenis van het publiek belang voor de organisatie, dus op identiteit en op doelstelling. Dwingt de governance die visie te vertalen in de noodzakelijke keuzes (portfolio en prioriteiten, samenwerking, doelgroep en de zeggenschapsverhoudingen en vooral ook: allocatie van middelen). Dit zal ook van invloed moeten zijn op de relatie tussen leiderschap en de borging van het publiek belang. Moeten die twee elkaar niet overlappen? Dat is de legitimeringsvraag, de 'license to lead', een beroep op de governance de zorginstelling te laten functioneren als een 'responsible corporate citizen' (Winter et al., 2020; Bijloos, 2019). Want wie anders kan dat bewerkstelligen?

Innovatie in de zorg is het werken aan een wezenlijk ander aanbod van zorg

De door ons getypeerde vorm van zorginnovatie heeft tot doel om het publiek belang te borgen met een wezenlijk ander aanbod van zorg. Inhoudelijk gezien ziet dat andere aanbod er op hoofdlijnen, zie ook de eerdere probleemanalyse, zo uit.

1

Het primaire proces is niet zorg, maar **voorzorg, dus preventie in al zijn vormen**. Dat concept omvat de gezondheid en het gedrag van de individuele cliënt, de op hem gerichte preventieve interventies en het versterken van diens gevoel van eigen verantwoordelijkheid. Maar het primaire proces omvat ook de publieke gezondheid, concreet: de gezondheidstoestand van de regionale bevolking. Idealiter gumt innovatie de bestaande grenzen tussen zorgverzekeringen en Wet publieke gezondheid uit (zorg en voorzorg in een en hetzelfde systeem van financiering). Van verzekerde zorg naar verzekerde voorzorg.

2

Het aanbod is **zo dicht mogelijk bij burger en samenleving** beschikbaar, in fysieke, in sociale en in digitale vorm. Digitaal is de norm, fysiek, indien nodig. De behoeften in de bevolking bepalen locatie, omvang en aard. Voorzorg op de juiste plek en op het juiste moment (zie bijvoorbeeld het initiatief Beter Dichtbij, inclusief app, inmiddels omarmt door de NVZ). Naast chronisch zieken, zijn het bijvoorbeeld de zelfstandig wonende ouderen - het overgrote deel van de ouderen woont zelfstandig! - die praktisch gezien afhankelijk zijn van dit type zorgaanbod (zie onder meer Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020).

3

Het aanbod is **gebiedsggericht**, dat wil zeggen geografisch geordend. Binnen de geografische ordening, bepalen cliëntperspectief en populatiekenmerken de organisatie van de regionale zorginfrastructuur. Het aanbod volgt de vraag (naar voorzorg en naar zorg). Het cliëntperspectief (multimorbiditeit, beperkingen, behoefte aan zelfstandig leven, gezondheidsvaardigheden) vereist in de praktijk een multifunctionele (generalistisch en specialistisch, medisch én maatschappelijk) en multidisciplinaire aanpak manier van werken.

4

De **schaal** waarop het regionale aanbod is georganiseerd, bevordert de herkenbaarheid ervan voor gebruiker en zorgprofessional en wekt bij hen een gevoel van eigenaarschap en medeverantwoordelijkheid op. Het schaalniveau moet de stap van 'samen beslissen' naar 'samen besturen' vergemakkelijken en nieuwe zeggenschapsverhoudingen introduceren. Het kan niet anders dan dat cliënt en professional actief betrokken worden bij het ontwerp van dit nieuwe zorgaanbod.

Dit lijkt een complexe, moeilijk realiseerbare opgave voor zorginstellingen. Maar in de praktijk hangen deze vier kenmerken van wezenlijk ander aanbod nauw met elkaar samen. En tijdens de transitie van het aanbod zal blijken dat de kenmerken elkaar

kunnen versterken en zo een dynamiek te weeg kunnen brengen die de realiseerbaarheid van het nieuwe aanbod dichterbij brengt. Bovendien heeft deze ruwe schets van toekomstig zorgaanbod veel trekken van passende zorg en dat idee lijkt breed draagvlak te hebben in de zorgsector.

Een ander aanbod, dan ook een ander organisatiedesign

Het zojuist geschetste nieuwe aanbod - voorzorg, dichtbij, gebiedsgericht en multifunctioneel, herkenbare schaal - komt niet dichterbij met het bestaande organisatiemodel van de zorg. Realisatie van het nieuwe aanbod - en dat is, wij zeiden het al, pure noodzaak - vereist een redesign van dat model. Dit redesign ziet er op hoofdlijnen zo uit:

- Niet meer gebaseerd op vastgoed en op aanbod-gerelateerde parameters en budgetten, maar op (monitoring en analyse van de) behoeften aan de vraagzijde. Dit vereist een systematische, ingebakken vraagvolgendheid op alle niveaus van de organisatie, in de praktijk: een flexibele organisatieopzet met ingebouwde feedbackloops. Concreet krijgt vraagvolgendheid vorm in een interne dataketen die begint bij 'samen beslissen' (de spreekkamer, de zorgrelatie) en die vervolgens verticaal door de organisatie heen en weer loopt op geleide van een behandel- en zorgplan, verbonden met cliëntvolgende bekostiging. Een interne vertaalslag van individueel naar collectief.
- De ingebouwde flexibiliteit betekent het vermogen tot systematisch op- en afschalen op geleide van de vraag. Het hr-beleid, maar ook de bekostiging en het kwaliteitsbeleid, moeten dit faciliteren en dus een meerjarig perspectief hebben.
- Medewerkers richten zich op de cliënt in zijn thuissituatie, zijn dus mobiel en ambulante. Zij zijn flexibel inzetbaar en kunnen zelf de eigen inzet, inclusief op- en afschalen en verantwoording daarover, sturen. Noodzakelijkerwijs maakt dit digitaal, maar uiteindelijk ook zelfsturing en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, tot norm. Management is, indien nodig, voorwaardenscheppend en afhankelijk van de uitkomsten van 'samen beslissen'. Dit is een vorm van management gebaseerd op vertrouwen en op feedback-loops in de keten. Het is in essentie dienstverlenend.
- De organisatie maakt deel uit van een, op een specifiek territorium georiënteerd, netwerk van voorzorg en publieke gezondheid (een samenwerkingsverband van zorgfuncties, wel geformaliseerd, niet noodzakelijkerwijs een fusie). Het netwerk stuurt aard, omvang en productie van de organisatie. Het strategisch beleid is in eerste instantie gebaseerd op de informatie vanuit de publieke gezondheid.

Dit is een eindplaatje, een streven, met de kanttekening dat de kloof met het bestaand aanbod, zoals gezegd, in veel gevallen groot is. Hoe de kloof te overbruggen, dat wil zeggen hoe governance te benutten, bespreken wij aan het einde van dit whitepaper.



3

Governance in de zorg: stand van zaken

Beschrijving en stand van zaken

Onder governance verstaat men het geheel van processen, mechanismen en handelingen, nodig voor de realisatie van de doelstelling van de organisatie. Governance stuurt en bestuurt, met het belang van de organisatie voor ogen. Voor de aanhangers van de bestaande governance gaat het dan om een rechtspersoon, bijvoorbeeld een stichting als het geval van een zorginstelling. In die instelling bestaat de governance uit de raad van bestuur en de raad van toezicht, het systeem van besturing. Wet- en regelgeving, extern toezicht (NZa en IGJ, 2020) en de praktijk van de governance (bijvoorbeeld de Governancecode Zorg, 2022, het accreditatieprogramma voor bestuurders in de zorg van de NVZD en het programma Goed Toezicht van de NVTZ; BoZ, 2022, NVZD, 2013, NVTZ, 2017) hebben de bestuurder en in mindere mate de toezichthouder tot eindverantwoordelijke voor het merendeel van de interne beslissingen gemaakt. Dit zijn beslissingen over identiteit, samenwerking, kwaliteit, de allocatie van middelen, de zorgcontractering of het arbeidsmarktbeleid.

De bestuurder is de eindverantwoordelijke, de spin in het web, gezicht, aanspreek- en aanspeelpunt voor interne en voor externe partijen. En omdat de wet- en regelgeving in de zorgsector (kwaliteit, bestuur, bekostiging, arbeidsmarkt, medezeggenschap) overwegend georiënteerd is op het zorgaanbod en op institutionele parameters (vastgoed, rechtspersoonlijkheid et cetera), ligt daar ook de oriëntatie van de bestuurder, niet op de zorgvraag. Hetzelfde geldt voor de interne toezichthouder. Die acteert, normaal gesproken, in hetzelfde krachtenveld als de bestuurder.

Bestuurder: spin in het aanbodweb

De dominante oriëntatie van de bestuurder duwt hem in de richting van behoud, uitbreiding van, maar vooral optimalisatie van bestaand zorgaanbod. Overigens zien wij een vergelijkbare trend bij de wetgeving op het terrein van de medezeggenschap in de zorg. Ook daarin staat het bestaand zorgaanbod, de zorginstelling, centraal en niet de zeggenschap van burger en cliënt over zorg en gezondheid. De wettelijk geregelde medezeggenschap van cliënten en medewerkers in de zorgsector versterkt in feite hun afhankelijkheid van de zorgaanbieder en geeft hen een reactieve rol. Wel moet worden gezegd dat in de nieuwe Governancecode Zorg, die op 1 januari 2022 van kracht werd, de positie van de zorgprofessional meer aandacht kreeg (BoZ, 2022).

Is deze vorm van governance houdbaar?

Dit is de situatie. Is die houdbaar? Deze vraag duikt steeds vaker op in discussies over governance in de zorg. Dit heeft geleid tot nieuwe inzichten in de besturing van zorginstellingen.

De brancheorganisaties van interne toezichthouders, bestuurders en zorginstellingen (respectievelijk de NVTZ, de NVZD en de BOZ) lieten in 2020 hun verbeterprogramma's evalueren. De evaluatierapporten bevatten aanbevelingen om het systeem van governance te verbeteren, bijvoorbeeld door meer samenwerking met de medezeggenschapsorganen, door meer transparantie en verantwoording en door zwaardere competenties van toezichthouders en bestuurders. De minister van VWS reageerde in 2022 op de drie evaluatierapporten. De BoZ heeft, zoals gezegd, alvast zijn Governancecode Zorg vernieuwd door onder meer de zorgprofessionals meer stem te geven in de besturing (BoZ, 2021). NVZD en NVTZ verbeteren hun programma's met behulp van de evaluaties.

De externe toezichthouders NZa en IGJ namen zich voor de besturing, inclusief het intern toezicht, kritischer te volgen en hogere eisen te stellen aan de verantwoording over de aanwending van de beschikbare middelen (zie hun Kader Goed Bestuur, 2020). Ook zijn de sancties bij overtreding aangescherpt, onder meer als gevolg van de cijfers van het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ, in 2022 424 meldingen van zorgfraude).

De rijksoverheid kwam met voornemens en nieuwe wetgeving op het terrein van toezicht en bestuur, transparantie en integriteit en de toelating van zorginstellingen (onder meer het Wetsvoorstel integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders Wibz). De nieuwe regels voor toelating, althans de Wet Bestuur en Toezicht Rechtspersonen (WBTR, 2021), bieden bijvoorbeeld de mogelijkheid het duale besturingssysteem - rvt en rvb als zelfstandige organen - te vervangen door een monistisch systeem. Daarin zijn deze twee organen in elkaar opgegaan (het Angelsaksisch model). De Wet toelating zorgaanbieders (Wtza, 2022)

daarentegen eist nog steeds een onafhankelijke en zelfstandige interne toezichthouder. Op al deze terreinen scherpte men het beleid aan, al blijft in essentie governance in de zorg een zaak van zelfregulering.

Interessant voor dit whitepaper is ook dat de rijksoverheid zeggenschap van zorgmedewerkers ziet als een voorwaarde om tot 'goede zorg' te komen. Op basis van deze interpretatie van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is de wet in 2023 aangevuld met de expliciete opdracht aan de zorgaanbieder de zeggenschap van zorgprofessionals (in loondienst) structureel te borgen, indien nodig door een 'cultuurverandering' teweeg te brengen. De zorgaanbieder kan deze opdracht bijvoorbeeld uitvoeren door een chieft nursing officer aan te stellen, een verpleegkundige in de rvt te benoemen of een zorgverlener in de rvt op te nemen. De rvt krijgt de taak om in het kader van 'goed bestuur' door naleving een en ander te borgen. Wij zien hier 'goede zorg' en 'goed bestuur' vloeiend in elkaar overgaan.

Ook in de governanceliteratuur ziet men de opvattingen over governance en leiderschap verschuiven. Men benadrukt de noodzaak het algemeen belang (de publieke gezondheid) centraal te stellen in de governance, maar spreekt ook van een 'moreel kompas' (en financiële transparantie, NVTZ en NVZD in 2024) voor bestuurders, van het geven van een stem aan belanghebbenden, van het creëren van een open democratische cultuur met garanties voor een effectieve tegenmacht door het cliëntperspectief leidend te maken. De zorginstelling ziet men dan als een 'gemeenschap van waarden' en men spreekt van een 'configuratie van zorgnetwerken' (zie onder meer Commissie-Halsema, 2018; RV&S, 2019; Schraven, 2021; Boutellier, 2016; WAR, 2019; Winter et al., 2020). Een aantal auteurs benadrukt het belang van 'leiderschap' als alternatief voor 'management', wijst erop dat dit leiderschap onverbreekelijk is verbonden met niet alleen de kernwaarden van de organisatie, maar ook met de werkvloer c.q. de professional en beschrijft een wezenlijk ander profiel van leiding geven (Stoker en Garretsen, 2018; Van Tongeren, 2021; Bijloos, 2019).

Is dit voldoende?

Hebben deze nieuwe inzichten in de praktijk geleid tot vormen van governance die dienstbaar zijn aan innovatie? Tot governance van innovatie en innovatie van governance? Om die vragen te kunnen beantwoorden, is het nodig eerst het gewenste profiel van governance van innovatie te schetsen en dit vervolgens te toetsen aan de situatie van vandaag de dag.



4

Governance van innovatie: een profiel

Vier ingrediënten

Governance van zorginnovatie heeft een specifiek profiel. Een profiel dat het resultaat zou moeten zijn van innovatie van governance. Het zou, in onze ogen, moeten bestaan uit vier ingrediënten.

1 Het is een vorm van bestuur en toezicht die zich niet beperkt tot reactief 'op de winkel passen', maar die actief in gesprek gaat met de binnenwereld (medewerkers en cliënten) en met de buitenwereld (burgers, wetenschap en technologie, financiers) over samenwerking. De rvt als hoeder van de dialoog. Het eigen (voort)bestaan is niet de norm. Men stelt altijd de vraag: wat kan mijn bijdrage zijn aan de bevordering van de gezondheid van de bevolking in mijn regio? Dit vereist een principiële discussie over het verdienmodel: productie van zorg of van gezondheid? Produceren wij zorg of voorzorg en wie gaat dat betalen? Bestuurders en toezichthouders moeten in staat zijn deze discussie intern tot een gewenst einde te brengen. En dat als hun primaire opdracht te zien. Dit vraagt om nieuw leiderschap (een ander profiel van zowel bestuurder als toezichthouder) en om inhoudelijke overredingskracht (Stoker en Garretsen, 2018). Men ontleent, zoals gezegd, zijn 'license to lead' aan het publiek belang (Bijloos, 2019; De Waal, 2018). En men is in staat de verschillende waardesystemen en rollen (de burger, de zieke, de gezonde, de medewerker, de zorgverzekeraar, de overheid) bijeen te brengen in een concreet plan (de 'gemeenschap van waarden', zie Boutellier, 2016), ook als deze, soms feitelijk, vaak ogenschijnlijk, conflicteren.

2 Bestuur en toezicht, maar evengoed de interne adviesorganen (cliëntenraad, ondernemingsraad, professionele staven), moeten bereid en in staat zijn in hun denken en doen de klassieke parameters (vastgoed, bedden etc.) te vervangen door parameters die te maken hebben met flexibilisering (van arbeid en locatie), met regionaal delen, met focus op de bijdrage aan gezondheid, met vraaggerichtheid en met deinstitutionalisering van zorgaanbod. De hele organisatie moet gaan denken en handelen in termen van zorgfuncties, dat betekent in termen van functionaliteit voor de gezondheid van de burger. Men moet in staat zijn de hiermee onvermijdelijk verbonden risico's (financiering/bekostiging en kwaliteitssystemen zijn nog steeds gebaseerd op instellingsparameters) om te zetten in kansen en de organisatie en de eigen achterbannen erin mee te nemen. Dit wijst op een wezenlijk andere manier van strategische planning. Het wijst ook op een andere manier van omgang met bijvoorbeeld het extern toezicht en met de steeds weer opdoemende risico's van juridische en financiële aard. En dit alles tegen de achtergrond van een zorgsector, die, net als de samenleving, in de greep is van permanente verandering en onzekerheid over de toekomst.

3

Dergelijke grote veranderingen - en de acceptatie van de daarmee gepaard gaande risico's - zijn alleen mogelijk als cliënten en zorgprofessionals er hun schouders onder zetten. Zo laten pogingen de zorg te verplaatsen, bijvoorbeeld van instelling naar thuissituatie of van tweede naar eerste lijn (denk aan vroegere pogingen ziekenhuiszorg te verplaatsen of de huidige de ggz te ambulantiseren), zien dat dit alleen kan lukken met de actieve betrokkenheid van cliënten en professionals bij de realisatie (zie ook Patiëntenfederatie Nederland: 'betrek de patiënt bij zorgvernieuwing'; ikzoekeenpatiënt.nl). De zorggovernance moet de noodzakelijke transitie in de zorg faciliteren. Dat betekent dat medezeggenschaps- en adviesorganen (cr, or, medische staf, var) een beslissende stem moeten krijgen in de transitie van aanbod- naar vraagdenken. Maar die organen zullen dan ook bereid moeten zijn om medezeggenschap en advies in te wisselen voor medeverantwoordelijkheid en eventueel zeggenschap (namens de cliënten en namens de medewerkers). Dat is 'gedeeld' bestuur en toezicht. Men deelt verantwoordelijkheid, zeggenschap en bevoegdheid. Het betekent onvermijdelijk ook dat de governance het 'samen beslissen' - en daarmee in de praktijk dus ook personalized medicine - verheft tot fundament voor haar bestuur en toezicht. De data afkomstig van de spreekkamer sturen de boardroom aan, de spreekkamer is de kraamkamer van governance, het is een kanteling van de aansturing. In deze visie is governance een manier om een reusachtige wolk van individuele zorgtransacties binnen de instelling in goede banen te leiden. En voor de interne organen betekent het 'van advies naar zeggenschap'. Een en ander eist van de interne organen een ingrijpende verandering in taak(opvatting), competenties en gedrag. Zo zal men medeverantwoordelijk moeten nemen voor harde keuzes, bijvoorbeeld in de portfolio van de instelling (denk aan het afstoten van zorgtaken). En men zal de samenwerking met de andere medezeggenschapsorganen moeten zoeken, men zal belangen moeten delen. De organen moeten gaan denken vanuit 'gelijkgerichtheid'. Dit vraagt een andere positionering en een andere mindset van de organen: cr, or en professionele staven (medische en verpleegkundige staven c.q. adviesraden). Een aparte vermelding vraagt de positie en rol van het MSB in de ziekenhuizen: dit is een bedrijf naast de ziekenhuisorganisatie, beide partijen zijn nu vanuit het belang voor de continuïteit van de organisatie op elkaar aangewezen en tot elkaar veroordeeld. Wil de transitie die JZOJP voorstaat in deze sector succesvol kunnen zijn, zal de maatschappelijke opdracht die beide partijen hebben door beiden onderschreven moeten worden.

4 De governance zal de eerder beschreven drie niveaus van zorginnovatie (werkvloer, organisatie, regio) steeds in samenhang moeten bekijken. De drie niveaus moeten elkaar versterken, elkaar niet in de weg zitten. Dit vereist grote zorginhoudelijke en strategische competenties. De brede blik. Maar het vereist zeker ook afscheid nemen van de bestuurder als spin in het web. Het is onmogelijk de voor governance van innovatie noodzakelijke competenties en taken in een persoon of orgaan te verenigen. En de spin in het web is per definitie niet verenigbaar met gedeeld bestuur. Het betekent de creatie van een open democratische meningsvorming met voldoende tegengeluid en verschillende machtscentra in de organisatie (checks and balances). En het betekent het laten samenvloeien van leiderschap en zeggenschap: leiderschap creëert zeggenschap, zeggenschap faciliteert leiderschap.

Conclusie: dit is nog niet de praktijk

Dit profiel, deze vier punten, bevatten de voorwaarden voor succesvolle governance van innovatie. Naar onze mening is in de zorgsector nog niet voldaan aan deze voorwaarden. Zeker, wij zien vele verbeteringen in het functioneren van bestuur en toezicht en er zijn mooie praktijkvoorbeelden. Maar governance van innovatie, zoals zojuist beschreven, is nog niet de standaard. Dat zou het wel moeten zijn.

Hoe kunnen wij aan de voorwaarden voor governance van innovatie concreet gestalte geven in de praktijk van een zorgorganisatie? Om die vraag te kunnen beantwoorden, moeten wij de blik richten op de vier organen die in de zorginstelling actief zijn in bestuur en toezicht.

De
BREDE
Blik



5 Innovatie van governance: nieuwe rollen van de vier interne organen

Hoe zien de toekomstige rvb, rvt, cr en or, aangevuld met de professionele staven, dragers en hoeders van de governance, eruit? En hoe kunnen deze organen samenwerken in een geïntegreerd besturingsmodel waarin governance en zeggenschap ineenvloeien? Want dat is praktisch gesproken de kern van ons betoog: de besturing van zorginstellingen kan niet meer het alleenrecht zijn van het duo raad van toezicht en raad van bestuur, het gangbare two tier-systeem. Deze stelling vloeit naar onze mening voort uit de noodzakelijkheid van zorginnovatie en uit het profiel van governance van innovatie. Governance van innovatie moet een samenspel zijn van rvt en rvb én de medezeggenschapsorganen cr en or, aangevuld met de professionele staven.

De vier interne wettelijke organen van medezeggenschap, bestuur en toezicht

Laten wij ons nu richten op de vier wettelijke organen voor medezeggenschap, bestuur en toezicht: cr, or, rvt, en rvb. Wij plaatsen de vier organen niet, zoals nu gebruikelijk, tegenover elkaar, maar naast elkaar als onderdelen van een en dezelfde besturingsvehikel. Dat heeft grote gevolgen voor de organen (Plenge en Kuperus, 2018; Block de en Vos, 2019; Block de, Smets en Vos, 2019).

Wij lopen de vier organen een voor een na en geven elk orgaan de rol die past bij governance van innovatie.

Raad van toezicht

Raad van bestuur

De cliëntenraad

De ondernemingsraad

De raad van toezicht (rvt)

- Bevordert en moedigt aan tot de hierboven geschetste transitie naar innovatie van governance, in nauw overleg met cr en or. Dit is een open en democratisch proces waarin ieder belang een plaats heeft. Maar waarin de toezichthouder ook ieder deelbelang steeds toetst aan het algemeen belang.
- Is actief betrokken bij het herdefiniëren van de begrippen die de transitie zullen bepalen: cliëntperspectief, zeggenschap en participatie. Vertaalt dit in de raison d'être van de organisatie. Leidt de gewenste vorm van intern leiderschap en het profiel van de bestuurder hiervan af. Bijvoorbeeld: de gekozen formule voor zeggenschap dicteert het profiel van de bestuurder en niet andersom. Ontwikkelt een methode om de uitkomsten van 'samen beslissen' tot kader voor intern toezicht en leiderschap te maken en plaveit de weg naar 'samen besturen'.
- Neemt een andere rol als werkgever aan: neemt afscheid van de bestuurder als 'spin in het web' (zie eerder en hieronder). Voelt zich verantwoordelijk voor het proces van verantwoorden door het governancestelsel en ziet erop toe dat dit op een open en inhoudelijke manier gebeurt (RV&S, 2019; Nivel, 2019). In de verantwoording is transparantie over de manier waarop de interne allocatie van middelen de kwaliteit van (voor)zorg heeft vergroot en de publieke gezondheid heeft verbeterd essentieel. Hierbij moet de verantwoordende instantie gezamenlijk optrekken met de medezeggenschapsorganen.
- Roept op tot gezamenlijke conferenties en trainingen van alle vier interne organen. Stimuleert een vorm van intern toezicht waarin cr en or een eigen verantwoordelijkheid krijgen. Vertaalt dit ook in zijn samenstelling. Intensiveert de communicatie met de medezeggenschap. Maakt van de medezeggenschapsorganen een formele partner van het intern toezicht. Ziet deze organen als een noodzakelijke bron van informatie over het functioneren van de organisatie. En betreft hierbij ook de or, naast de professionele staven. Hoewel deze staven niet wettelijk zijn verankerd, zijn het essentiële gremia.
- Rekruteert een substantieel deel van zijn leden uit de kring van cliënten en zorgprofessionals. Denkbaar is een tripartite samenstelling: samenleving (burgers), vraagzijde (cliënten), professionals, aangevuld met deskundige 'kroonleden'. Bekijkt de nieuwe mogelijkheden op dit vlak geboden door de WBTR. Tot deze mogelijkheden behoort ook een one tier-systeem.
- Zoekt actief het gesprek met externe toezichthouders (NZa en IGJ) en externe stakeholders: gemeenten, zorgverzekeraars, woningcorporaties, politie en justitie. Bestempelt deze externe partijen als essentiële bronnen van strategische informatie en van feedback.

De raad van bestuur (rvb)

- Voldoet aan het profiel van de moderne leidinggevende (zie bijvoorbeeld Stoker en Garretsen, 2018): coachend, stimulerend, aanspreekbaar, delegerend. Het sleutelwoord is dienstverlenend. Hierbij past niet de hem door wet- en regelgeving opgedrongen eindverantwoordelijkheid voor het grootste deel van de interne transacties. Laat zich niet inspireren door schaalvergroting, maar kiest steeds het schaalniveau dat past bij zeggenschap en medeverantwoordelijkheid van cliënten en zorgprofessional. Het perspectief van vraagzijde en spreekkamer bepaalt het schaalniveau.
- Ontleent de 'license to lead' aan zijn bijdrage aan het publiek belang, in concreto te vertalen als 'publieke gezondheid'. Gaat voor in de transitie van zorg(aanbod) naar voorzorg(aanbod).
- Creëert intern de voorwaarden voor de succesvolle introductie van patiënt-participatie, 'samen beslissen' en bestuurs-medeverantwoordelijkheid van de zorgprofessional. Heeft oog voor de noodzaak een specifieke groep zorggebruikers (de laaggeletterden in gezondheid en zorg) in dit proces intensief te laten coachen door zorgprofessionals. Maakt voor dergelijke maatschappelijke taken voldoende middelen vrij.
- Stimuleert de integratie van cr en or tot een orgaan van zeggenschap, advies en co-bestuur. Leert onder meer van de medezeggenschapsraad (mr) in het onderwijs.
- Werkt steeds actief mee aan de vorming van regionale en functionele zorgnetwerken en aan de samenwerking met vormen van burgerparticipatie, zoals burgerfora.
- Schept de voorwaarden voor PersoonVolgendeFinanciering (PVF), naast populatiebekostiging, en meer in het algemeen verdienmodellen die de (regionale) volksgezondheid bevorderen (zie ook de pleidooien voor 'domeinoverstijgende financiering'; NZa, 2021).

De cliëntenraad (cr)

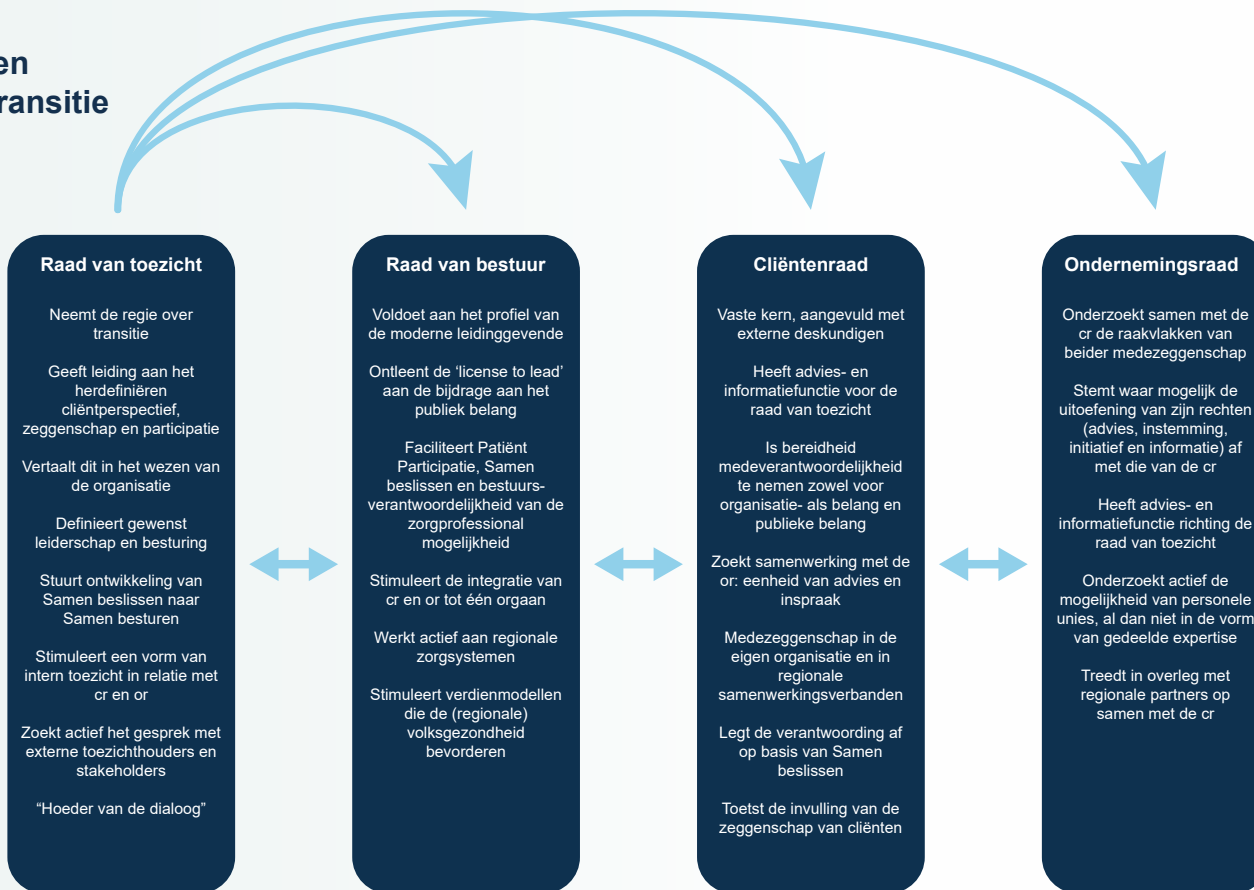
- Werkt aan een andere samenstelling, bijvoorbeeld een met 'kroonleden', dus externe deskundigen (op het vlak van bekostiging, publieke gezondheid of kwaliteit van zorg; hier valt te leren van bestaande voorbeelden). Externe deskundigen mogen nooit de stem van de cliënt overnemen. In staat zijn tegenargument te leveren aan rvt en rvb, bijvoorbeeld bij fusies, beslissingen over schaalgrootte en in het kwaliteitssysteem. En vervolgens het tegenargument constructief om te zetten in 'samen besturen'.
- Aanvaardt een systematische advies- en informatiefunctie richting de raad van toezicht en stemt dit af met de or.
- Is bereid medeverantwoordelijkheid te nemen voor het organisatiebelang en een dienende functie te vervullen bij het borgen van de publieke belangen in de zorg (inclusief betaalbaarheid, bijvoorbeeld door het maken van keuzen in de zorg en in de portfolio te stimuleren).
- Onderzoekt hoe hij de belangen van de burger in de regio kan dienen en bekijkt hoe hij gezamenlijk kan optrekken met burgerinitiatieven. In de grote transities in de zorgsector is een combinatie van medezeggenschap en burgerparticipatie onvermijdelijk (denk hier aan de beweging richting zelfstandig wonen voor ouderen met een beperking, onder meer in Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen, 2020; zie verder Adviescommissie Burgerbetrokkenheid, 2021, Tonkens et al., 2015, OECD, 2020)). De cr beweegt zich naar een actief toezicht op de zeggenschap van mensen met een beperking in de samenleving. Dit brengt ook samenwerking met wijkcomités, huurders- en bewonersverenigingen met zich mee. Dit kan resulteren in een regionale cliëntenraad die de rol van de wettelijke cr overneemt.
- Zoekt de samenwerking met de or en streeft naar eenheid van advies en inspraak (zie hieronder).
- Maakt van de (mede)zeggenschap (de uitvoering van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, Wmcz) een instrument voor gebiedsgerichte zorg en voor preventie (bijvoorbeeld de zeggenschap van zelfstandig wonende ouderen of gezondheidsbevordering in achterstandswijken). Beweegt naar een persoonsvolgende in plaats van een gecollectiviseerde en gestandaardiseerde vorm van zorgverlening, met als voorbeeld: het kwaliteitssysteem (zie Radicale vernieuwing verpleeghuiszorg, 2021; www.radicalevernieuwing.nl). Legitimeert en verantwoordt zichzelf op basis van Samen beslissen.

De ondernemingsraad (or)

- Onderzoekt samen met de cr de raakvlakken van beider rol in de medezeggenschap: waar lopen de waardesystemen en belangen van cliënten en medewerkers parallel en kunnen wij die parallellie, een 'gelijkgerichtheid' van doel en belang, namelijk cliënt en gezondheid, vergroten? Kijk eerst naar de parallellen en pas daarna na eventuele verschillen. Waar levert gezamenlijk optrekken meer op dan zelfstandig werken? Hoe kan een gezamenlijk optrekken de zeggenschap van cliënten en medewerkers versterken? De grote transities in de zorgsector (zie ook het bovenbeschreven profiel van gewenst aanbod) duwen cr (c.q. het cliëntperspectief) en or (c.q. het medewerkersperspectief) steeds meer in elkaars armen. Vooral de transitie 'van zorg naar voorzorg' en het concept van 'passende zorg' vraagt van de twee medezeggenschapsorganen een nieuwe oriëntatie op functie en taak. Hetzelfde geldt voor de bedrijfsrisico's die aan de transitie (en aan JZOJP) zijn verbonden. Daarnaast betreft de or bij deze dossiers de professionele staven.
- Stemt waar mogelijk de uitoefening van zijn rechten (advies, instemming, initiatief en informatie) af met die van de cr. Streeft naar een geïntegreerde inbreng in het overleg met de bestuurder met als legitimatie het gedeeld belang van cliënt en medewerker (agendering, vergaderstukken). Onderzoekt actief de mogelijkheid van personele unies van cr en or, al dan niet in de vorm van gedeelde expertise of een gezamenlijke commissie.
- Aanvaardt een systematische advies – en informatiefunctie richting de raad van toezicht en stemt dit af met de cr. Treedt gezamenlijk op richting rvt.
- Treedt in het overleg met regionale partners op samen met de cr. Gezamenlijke besluitvorming en optreden van cr en or ligt, redenerend vanuit de parallellie van belangen, voor de hand op deze terreinen: fusies en meer algemeen schaalbeslissingen, het niveau van (mede)zeggenschap (centraal/decentraal), locatie- en portfoliokeuzen (ook: digitalisering en juiste zorg op de juiste plek), arbeidsomstandigheden, bezetting, roostering en opleidingen, de verhouding formele/informele arbeid en benoemingen van managers en bestuurders. Verder kan een gezamenlijk optrekken bij het reageren op de bestuursverantwoording over de interne allocatie van middelen effectief zijn (bijvoorbeeld de aanwending van middelen voor kwaliteit; zie verder RV&S, 2019; Nivel, 2019; NVTZ, 2017). Of, ander voorbeeld, bij investeringen in de regionale gezondheid. Ook de relatie van instelling en burgerinitiatieven leent zich voor gezamenlijk optreden.

Dit alles vraagt van alle vier wettelijke organen dus een transitie, waarin zij hun rol anders definiëren en invullen:

De rollen na de transitie



Een nieuwe rolverdeling dus

Dit is een nieuwe rolverdeling van de vier interne organen in de besturing van zorginstellingen. Een rolverdeling die in het teken staat van innovatie van governance met als doel governance van innovatie naderbij te brengen. Maar ook een rolverdeling die het 'democratisch tekort' van de stichting - hoe zit het met het eigenaarschap, wie is de baas? - deels kan opheffen (Plenge en Kuperus, 2018).

De samenwerking met burgerinitiatieven in de regio kan het denken over dit tekort versnellen. Dat zal de maatschappelijke positie en legitimiteit van de instelling versterken en het gesprek met overheden en externe stakeholders soepeler laten verlopen. Bij de uitwerking van hun evaluatierapporten van 2020 zouden BOZ, NVZD en NVTZ samen met de landelijke organisaties van cliëntenraden en van ondernemingsraden de nieuwe rolverdeling handen en voeten kunnen geven.

“

We gaan van
medezeggenschap
naar **zeggenschap**

”



6

Zijn de vier interne organen toekomstbestendig?

De zojuist beschreven transformatie van de vier interne organen in zorgorganisaties roept vragen op. Luidt de transformatie niet het einde in van de vier en hoe zou de governance van deze organisaties er zonder deze organen uitzien? Zijn bijvoorbeeld grote zorgorganisaties nog wel te (be)sturen zonder deze organen? Met andere woorden, zijn de vier organen toekomstbestendig en moeten zij dat zijn?

Wij beantwoorden deze vraag door de weg te tekenen die loopt van de governance anno 2024 naar de governance van innovatie (zie het profiel in paragraaf 4). Wij noemen deze weg de 'transformatieladder'. Dit is een stappenplan bestaande uit vier fasen van ontwikkeling.

Raad van toezicht

Raad van bestuur

De cliëntenraad

De ondernemingsraad

Transformatieladder

1. De eerste trede bestaat uit de huidige situatie. Raad van toezicht en raad van bestuur werken conform wet- en regelgeving en volgen de voorschriften en programma's van hun brancheorganisaties BoZ, NVZD en NVTZ. Cliëntenraad en ondernemingsraad functioneren conform de Wmcz respectievelijk de wor. Een aantal zorgorganisaties wijkt hiervan, binnen de wettelijke kaders, af met experimentele vormen van governance.
2. De tweede trede is die van een veranderende relatie tussen rvt en rvb. Het vigerend two-tiersysteem krijgt stap voor stap kenmerken van een one-tiersysteem. Zorgorganisaties vertonen hier grote verschillen in ontwikkeling en preferentie. Hoe dan ook, er komt meer samenwerking, meer gezamenlijke besluitvorming, een taakverzwaring van de rvt en een veranderend profiel van de bestuurder (geen spin in het web meer). Hier zien wij een gelijktijdig optreden van integratie en delegatie.
3. De derde trede is die van de overgang van medezeggenschap naar zeggenschap. Zoals overal in de samenleving, veranderen de zeggenschaps- en eigendomsverhoudingen ook in zorgorganisaties. Er ontstaan nieuwe rechtspersonen en organisatiemodellen. De taken van cr en or veranderen: van advies en dergelijke naar medeverantwoordelijkheid. De twee organen schuiven naar elkaar toe en vormen stap voor stap een orgaan van zeggenschap à la de medezeggenschapraad in het onderwijs (mr). Maar er ontstaan ook verenigingen van eigenaren of huurders, bijvoorbeeld van zelfstandig wonende ouderen. Deze nemen de zeggenschap over van de stichtingsbesturen. De toenemende zelfstandigheid op de werkvloer zet zich door in de governance. Dit komt ook terug in de grotere invloed en rol van de professionele staven.

Rvt traditionele rol, rvc Spin in het web, or formeel toetsende rol, cr rol conform CMZC, focus op continuïteit van de eigen organisatie wet- en regelgeving/codes/programma's zijn leidend

Rvt stimuleert Samen beslissen, rvb zoekt stem van de cliënt, cr vraagt meer ruimte, meer aandacht voor regionetwerken relatie rvt/rvb verschuift, taakverbreiding ander profiel rvb, toenemende governance-differentiatie in de zorgsector

Rvt stimuleert beweging van Samen beslissen naar Samen besluiten, or en cr vinden elkaar, rvb investeert in regionale samenwerking, focus van medezeggenschap naar zeggenschap; opkomst nieuwe organisatievormen; medeverantwoordelijkheid cr/or

De vier organen en hun configuratie verandert wezenlijk (inhoud/vorm); stichtingsvorm ter discussie; belang burgerpanels neemt toe rvb uitvoerende rol. Evenwicht tussen de rollen, focus op publiek belang en regionale samenwerking, rvt hoeder van de dialoog

4. De vierde trede heeft de vier organen zozeer veranderd dat deze materieel niet meer bestaan. In feite bestaat er nu geen two-tier- of one-tiersysteem meer met een rvt en een rvb. 'Samen beslissen' culmineert in 'samen besturen'. Burgerpanels, dat wil zeggend de stem van de burger in de regio, hebben een plaats in de besluitvorming. Een 'maatschappelijke raad' bestuurt, geholpen door een uitvoerend bestuurder. De stichtingsvorm is vervangen door een andere rechtspersoonlijkheid (vereniging, een gezamenlijk beheer en bestuur van cliënten en zorgprofessionals in wijkcentra etc.). De evaluatie van de Wmcz in 2024 herdefinieert de bestaande instellings-cr als een locale of regionale cr.

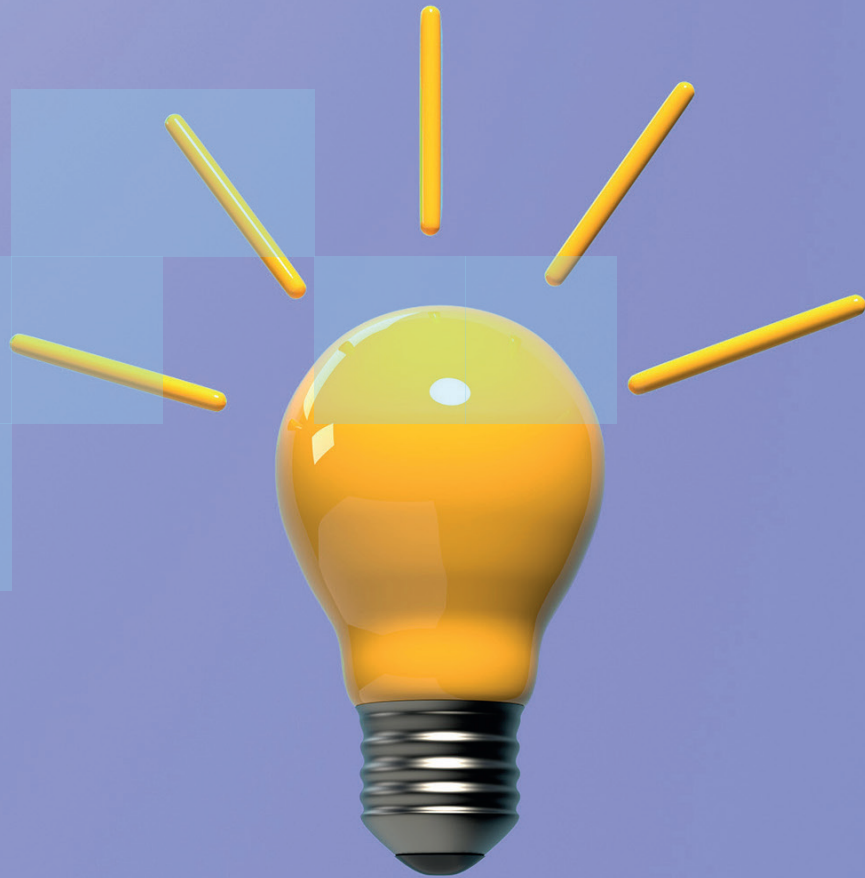
De transformatieladder kent geen 'eindpunt'

De transformatieladder beschrijft de ontwikkelingsfasen van een zorgorganisatie die volgen op de transitie naar een ander aanbod van zorg (zie paragraaf 2). Er is geen uniform en ideaal eindstadium, er is een constante ontwikkeling op geleide van innovatie, die, zoals wij schreven, vooral uit de samenleving komt. De ladder is een 'instapmodel' dat de betrokkenen (leden van de vier organen) een keuzemogelijkheid biedt, passend bij de aard en de ontwikkelingsfase van de organisatie.

Anno 2024 is de beklimming van de transformatieladder nog niet zichtbaar in de meeste zorginstellingen, leren de ervaring, de literatuur en het standpunt van het ministerie van VWS over Goed bestuur. Dit standpunt is verwoord in een al genoemde brief aan de Tweede kamer over de evaluatierapporten van de brancheorganisaties voor bestuur en toezicht over hun verbeterprogramma's (brief minister VWS, juni 2022 naar aanleiding van evaluatierapporten van BoZ, NVZD en NVTZ).

De introductie van governance van innovatie zou in onze ogen stapsgewijze kunnen plaatsvinden vanuit de huidige situatie in de zorginstelling. De vier interne organen kunnen de hierboven geschetste transformatieladder gebruiken die hen in staat stelt gezamenlijk en planmatig 'op te klimmen' naar de gewenste constellatie van bestuur en toezicht.

Dit alles vraagt wel om een daadwerkelijk andere inrichting van de structuur van de governance. Wat nu volgt is een schets van een mogelijk, evolutionair model.

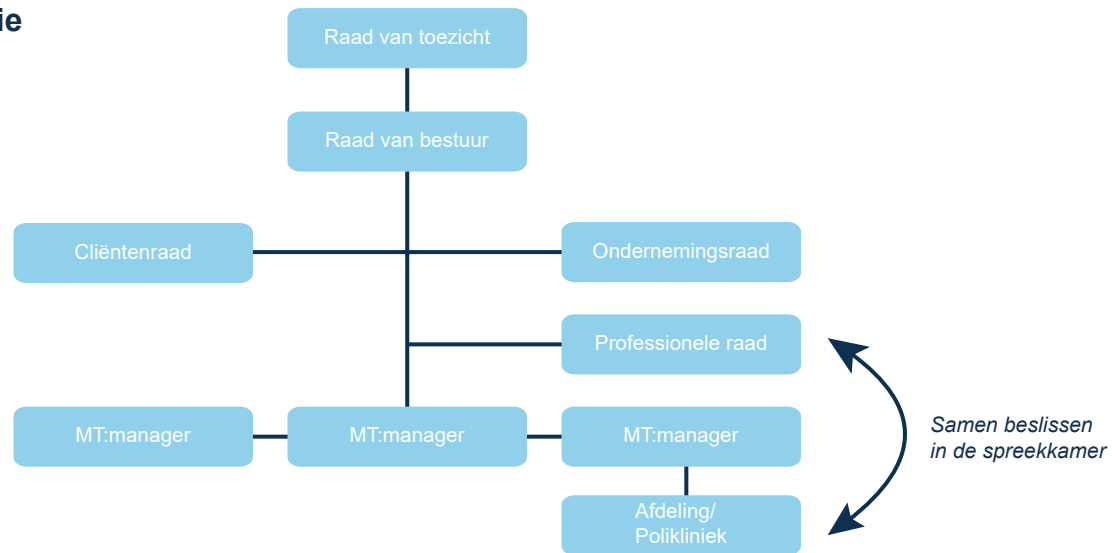


7

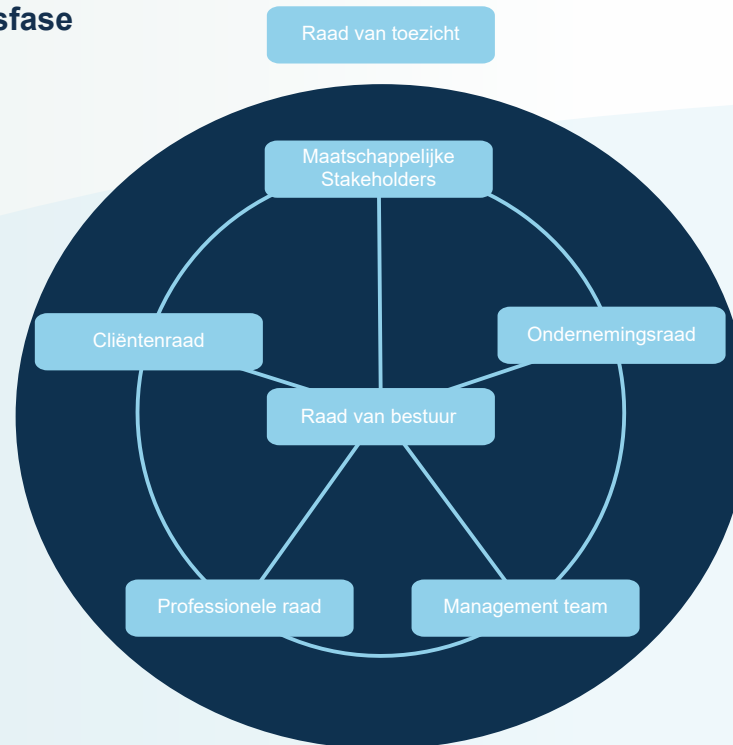
Een nieuwe constellatie van bestuur en toezicht

Deze zojuist beschreven nieuwe constellatie van bestuur en toezicht heeft grote gevolgen voor de vier wettelijke interne organen in zorginstellingen. Onze beschrijving van deze gevolgen hierboven zou leiden tot een bestuurlijke situatie als geschetst de in de volgende figuren

Huidige constellatie

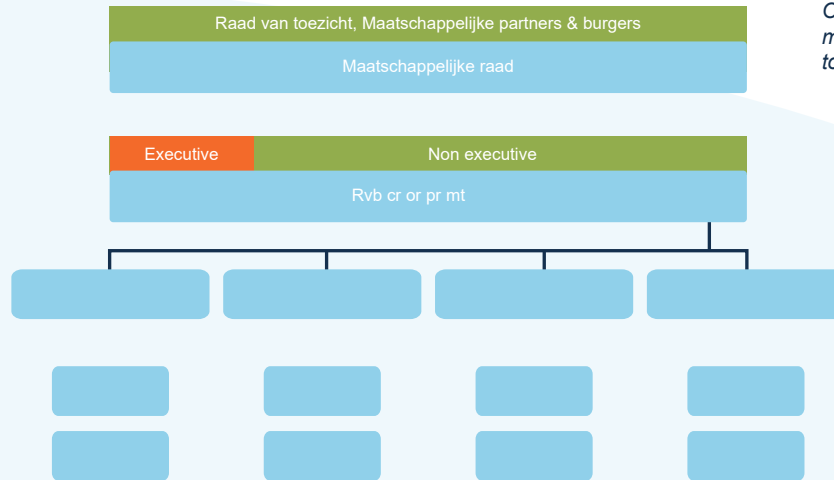


Evolutie naar overgangsfase



Samen besluiten
Rvb spin in het web, rvt hoeder van de dialoog tussen de stakeholders

Mogelijk toekomstig eindmodel



Samen besturen:
*One Tier board,
maatschappelijke raad als
toezichthouder*

Governance van innovatie heeft dan deze kenmerken:

- De vier organen die deze constellatie vormen werken samen in een horizontale aanpak van gedeeld bestuur
- Gebaseerd op een transitie van medezeggenschap naar medeverantwoordelijkheid
- Voor een gedeeld en doorleefd einddoel: passende zorg belangrijker dan behoud van instituties
- Gedeeld bestuur kan het 'democratisch tekort' van de stichtingsvorm verminderen
- En het vergroot het vertrouwen van de samenleving en de politiek in zelfregulering en zelfreiniging (legitimering).

Conclusie

Onze conclusie is dat governance van innovatie, behalve noodzakelijk, het ultieme middel is om het publiek belang nu en in de toekomst te borgen. Het is dus een vorm van public governance. Met de introductie van deze nieuwe vorm van governance, zouden wij afscheid nemen van de klassieke corporate governance.



8 Inzoomen op de veranderende rol van de rvt en wat dit van de raad vraagt

In hoofdstuk 5 schreven wij dat een stevige heroriëntatie op de rol en positie van de raad van toezicht nodig. In veel toezichtvisies geven raden van toezicht er blijk van zich niet meer alleen te richten op de continuïteit van de eigen organisatie, maar ook op het toezien op de realisatie van de maatschappelijke opdracht van de organisatie. Dit is een dubbele opdracht: het dienen van het belang van de individuele cliënt en dat van de samenleving waarvan de organisatie, maar ook die cliënt, deel uitmaakt.

Een belangrijk instrument is dan de vierde waarde van het programma Goed toezicht van de NVTZ: 'hoeder van de dialoog'. Die houdt in dat de raad zal moeten toezien of de juiste gesprekken worden gevoerd binnen en buiten de organisatie door de raad van bestuur, maar, zoals wij lieten zien, vooral ook door de raad van toezicht zelf. Deze gesprekken nemen allerlei vormen aan.



Het 'goede gesprek'

Allereerst zal het gesprek binnen de raad van toezicht zelf gevoerd moeten worden: hebben alle leden hetzelfde beeld van de maatschappelijke opdracht van de organisatie, hebben zij een gemeenschappelijke risicobereidheid die voortkomt uit deze opdracht, ligt deze voor iedereen duidelijk vast in de strategie en hebben zij een gelijk beeld van de ruimte die zij de raad van bestuur willen geven om deze risico's ook te kunnen nemen. Zijn zij bereid, maar vooral ook in staat de toezichttaak uit te voeren in een omgeving gekenmerkt door een blijvende onzekerheid? Een situatie die vraagt om een wezenlijk andere manier van toezichthouden (zie boven).

Vervolgens zal het 'goede gesprek' moeten worden gevoerd tussen raad van bestuur en raad van toezicht, een gesprek waarin duidelijk wordt afgesproken welke ruimte de raad van bestuur krijgt in de uitvoering van de gekozen strategie. En hoe toezichthouder en bestuurder zich tot elkaar verhouden in dit proces: de toedeling van verantwoordelijkheid en taak.

De raad van toezicht zal ook moeten toezien of gesprekken op de juiste toon en met de juiste opvatting van partnership worden gevoerd met de Ondernemingsraad, de Cliëntenraad, de professionele raden. in. En de raad van toezicht moet actief zelf aan deze gesprekken deelnemen.

Ditzelfde geldt voor het contact leggen met de vertegenwoordigers van de samenleving en het sociaal domein, maar vooral met de burgers in deze samenleving. Hun noden, wensen en belangen vormen immers het bestaansrecht van de organisatie. En daar ligt dus het primaat van het toezicht.

De raden van toezicht zullen ook binnen het regionale netwerk van samenwerkende zorginstellingen met elkaar in gesprek moeten om elkaar de vragen te stellen die binnen de eigen raad aan de orde zijn geweest: delen wij dezelfde uitgangspunten, delen wij dezelfde strategie en durven wij dezelfde risico's te aanvaarden? En uiteindelijk ligt natuurlijk deze vraag op tafel: hoe zien wij als regionale raden van toezicht de toenemende onderlinge afhankelijkheid van onze organisaties? Wanneer breekt het moment aan deze afhankelijkheid te vertalen in een nieuwe organisatie en in nieuwe governance en hoe zien die eruit?

In al deze gesprekken staat het vermijden van een defensieve opstelling voorop: de woorden 'ja, maar' zouden moeten worden vermeden. Wij moeten ons wel realiseren dat deze andere rol, deze andere taakopvatting en het flexibeler omgaan met bedrijfsrisico's kan schuren met de zwaardere

verplichtingen en verantwoordelijkheid van raden van toezicht en hun leden, die voortvloeien uit recente wetgeving, zoals de Wtza, de Wibz en de WBTR. Ook moet de raad in haar rol als hoeder van de dialoog voorkomen dat een van de partijen zich ondergeschikt of ongezien voelt in de samenwerking en dan vanuit de rol van slachtoffer of aanklager gaat handelen.

Tel je dit alles bij elkaar op, dan doet zich natuurlijk direct deze grote vraag voor: is een verandering van gedrag van raden en leden voldoende of moeten wij ook nadenken over de samenstelling van de raden. Voldoen de huidige competenties en profielen nog en is de kennis waarop wij de afgelopen jaren vertrouwden nog wel voldoende of vraagt dit een ommezwaai? In feite heeft dit whitepaper al het antwoord gegeven: nee! Eerder zeiden wij al iets over een gewenste samenstelling van de raad van toezicht. Met stagiairs en de benoeming van leden uit jongere generaties kan de raad een andere blik van buiten naar binnen te halen. Er kan worden nagedacht over het instellen van een commissie innovatie en digitalisering naast de gebruikelijke commissies. In zo'n commissie kunnen ook deskundigen van buiten plaats nemen, bijvoorbeeld vanuit de public health, de volkshuisvesting en de technologie. En benut, wij zeiden het al, de mogelijke inbreng van externe burgerraden en natuurlijk de interne raden.

Als de raad van toezicht niet de tijd en de ruimte neemt, na te denken over haar positie, samenstelling en repertoire, loopt zij het risico een remmende kracht te worden: toezicht staat innovatie dan daadwerkelijk in de weg.



9

De rol van de overheid

Voor het welslagen van governance van innovatie is het nodig de balans van zelf- en overheidsregulering in de zorgsector anders in te stellen. Het initiatief moet liggen bij de private sector, de zorginstellingen. Dat is zelfregulering. De energie moet liggen bij de zorginstellingen en bij nieuwe initiatieven vanuit de samenleving door te bouwen aan deze nieuwe vorm van bestuur en toezicht die borging van het publiek belang als hun taak te zien. De overheid zal hierop moeten reageren door het institutioneel kader van de governance 'passend' te maken. Dit zal verder moeten gaan dan de beleidsvoornemens in de zojuist genoemde brief van de minister aan de kamer. Zo zal de financiering van de zorg en de bekostiging van het zorgaanbod een andere leest moeten krijgen ('bundelbekostiging', 'domeinoverstijgende financiering', NZa). Niet zorgproductie, maar zorgpreventie belonen. De zorgcontractering moet geschikt worden gemaakt voor 'passende zorg', voor het vervangen van zorg door voorzorg en voor een radicale aanpak van De juiste zorg op de juiste plek (Mouton en Vos, 2021). Ook zal de systematiek van de kwaliteitsregulering - en daarmee van het extern toezicht - een andere, lees 'passende', grondslag moeten krijgen.

Essentieel voor governance van innovatie is verder dat de overheid een regionale ordening van de zorgsector een formele plek geeft in de regulering van kwaliteit en bekostiging. Dit zou een historische omwenteling zijn: van functionele naar territoriale decentralisatie. En, last but not least, zou de administratieve lastendruk substantieel omlaag moeten en het dataverkeer vergemakkelijkt. Het extern toezicht speelt hierbij een belangrijke rol, die bij voorkeur stimulerend is.

Zo beloont de overheid een private sector die te kennen geeft de zelfregulering in te zetten voor het publiek belang. Een private sector die een vorm van public governance omarmt.

Zeven stellingen

Hieronder vindt u zeven stellingen. Bespreking van deze stellingen kan helpen bij de zoektocht naar passend bestuur en toezicht in uw instelling.

1

Een blijvende strategische alliantie van zorginstellingen met universiteit en hbo, met life science bedrijven en met de ICT-sector is onvermijdelijk. Zorginstellingen kunnen de opgaven waarvoor zij zijn gesteld, denk aan het personeelstekort, niet meer alleen oplossen. Dit roept om een strategische heroriëntatie op een nieuw type partners en op de eigen competentieprofielen. Is de Raad van Toezicht er klaar voor?

De komende jaren zullen een verschuiving te zien geven van instellingsgebonden cliëntenraad naar lokale of wijkgebonden cliëntenraden. Deze verschuiving vindt plaats onafhankelijk van de Wmcz en de governance in de zorg. Zij is een onvermijdelijk gevolg van de verplaatsing van de zorg en van het zelfstandig wonen met een beperking. De raad van toezicht zal hierin positie moeten kiezen. Is hij bereid deze verschuiving actief te ondersteunen?

Regionale samenwerking is per definitie onvoorspelbaar. Vooraf weten de deelnemers niet welke vorm de samenwerking zal krijgen, welke hindernissen zij gaan tegenkomen en wat een en ander betekent voor de financiële risico's. De regionale samenwerking 'ontvouwt zich' als het ware in een dynamisch en spannend proces. Dit vraagt van de raad van toezicht een nieuwe houding: leven met het onbekende, meebewegen, risico's inschatten en accepteren. Nieuwe grenzen trekken. Een nieuwe houding, maar uiteindelijk ook nieuwe persoonskenmerken. Is de raad van toezicht al toegerust op deze permanente onzekerheid, rekening houdend met nieuwe wetgeving die nu juist beperkingen oplegt aan de leden?

Het two tier systeem, zal, zelfs als het in formele zin blijft bestaan, door al deze ontwikkelingen een geheel nieuwe inhoud krijgen. De rolverdeling van toezichthouder en bestuurder krijgt een ander gezicht. De rvt dichtert op de bal en direct betrokken bij de zorgverlening. De rvb niet meer de 'spin in het web'. Niet meer met z'n tweeën aan tafel, maar met een groter gezelschap: cr, or. Dit is een wezenlijke breuk met het governance model van de afgelopen decennia. De rvt zal de regie op dit breukvlak moeten nemen.

Veel meer dan tot nu toe, zullen twee gezondheidsmaten het intern toezicht moeten sturen. In de eerste plaats de uitkomsten van 'samen beslissen' (de gezondheid van de cliënt). In de tweede plaats het regionale gezondheidsperspectief (de gezondheid van de burger, met andere woorden de publieke gezondheid). Het kan niet anders dan dat dit de informatiepositie van de rvt verandert.

Hebt u zicht op deze twee gezondheidsmaten en wat zijn uw bronnen? En hoe gaan die uw agenda en uw gesprek sturen? Bent u al zover dat u de traditionele corporate parameters (budget, vastgoed etc.) kunt aanvullen met gezondheid? En kan uw rvt zich al verantwoorden richting samenleving over behaalde gezondheidswinst voor cliënt en regio? Zo bouwt u aan passende zorg.

Het personeelstekort in de zorgsector is blijvend. Klassieke oplossingen zullen niet werken. Op tenminste vier fronten zal de instelling grote inspanningen moeten leveren: aantrekkingskracht op de arbeidsmarkt, behoud van zorgprofessionals en arbeidsvervangende maatregelen. De laatste liggen op het vlak van de technologie, maar zeker ook op het vlak van de informele zorg en vergeet de eigen verantwoordelijkheid van de burger niet. En, ten vierde, ook door regionale samenwerking is winst te behalen. Dit geheel van inspanningen vereist de inzet van alle geledingen en organen in de zorginstelling. Het heeft er alle schijn van dat het personeelstekort in feite om een ander organisatie-model vraagt. Het intern toezicht moet hierin actief positie kiezen.

Nederland kent duizenden burgerinitiatieven, ook in de zorgsector. Dit kunnen aanvullingen op of alternatieven voor het bekostigd zorgaanbod zijn. De zorginstelling zal linksom of rechtsom een manier moeten vinden om het eigen zorgaanbod in harmonie te brengen met de burgerinitiatieven. Het kan niet anders, kijk naar de praktijk, dan dat het zorgaanbod in zijn inhoud en vorm een brug slaat naar de burgerinitiatieven. Een brug die flinke aanpassingen met zich meebrengt. Toezicht en bestuur van de instelling hebben de maatschappelijke opdracht de voorwaarden hiervoor te scheppen en de burgerinitiatieven daadwerkelijk te helpen hun doelen te bereiken. Dit kan gevolgen hebben voor de interne allocatie van middelen.



Bijlage 1: Gebruikte literatuur

- Adviescommissie Burgerbetrokkenheid bij klimaatbeleid (Commissie-Brenninkmeijer) (2021). Betrokken bij klimaat. Burgerfora aanbevolen. Eindrapportage maart 2021.
- Bijloos, S., (2019), Building a License to Lead. Hoe zorgbestuurders bouwen aan draagvlak om te besturen. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Block, C. de en P. Vos (2019). Toezicht en Cliëntenraad. Zeggenschap is van iedereen. Zorg & Zeggenschap, nr. 48, zomer 2019.
- Block, C. de, H. Smets en P. Vos (2020). Cliëntenraad en Ondernemingsraad. Living apart or together? Zorg & Zeggenschap, nr. 50, winter 2019-2020.
- Bokhorst, M. (2015), Van incident naar preventie. Beperking en versterking van de relatie tussen intern en extern toezicht. WRR-Policybrief 3.
- Boutellier, H. (2016). Beter toezien. Over de maatschappelijke waarde van het onderwijs en het belang van toezicht daarop. Visierapport VTOI.
- Brancheorganisaties Zorg/BoZ (2022), Governancecode Zorg.
- Commissie Behoorlijk Bestuur (Commissie-Halsema) (2013). Een lastig gesprek. Den Haag.
- Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2020). Oud en zelfstandig in 2030. Advies aan de minister van VWS. Den Haag.
- FMS (2019). Visiedocument Samen beslissen. Utrecht, mei 2019.
- Frampton, S.B. en P.A. Charmel (2009). Putting Patients First. Best Practices in Patient-Centered Care. Jossey-Bass, San Francisco.
- Goetz, Th. (2008). Practicing Patients. New York Times, 23 maart 2008.
- Hart, W. en M. Buiting (2012). Verdraaide organisaties. Terug naar de bedoeling. Deventer, Kluwer.
- IKZ (Informatie Knooppunt Zorgfraude) (2023). Signalen fraude in de zorg 2022. Rapport, Utrecht.
- jzojp@zonmw.nl
- Ministerie van VWS (2022). (Aanpassingswet) Wet toetreding zorgaanbieders en Wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering zorgaanbieders. Den Haag.
- Ministerie van VWS (2022). Kamerbrief dd. 20 juni met beleidsreactie op evaluatie van agenda Goed bestuur in de zorg.. Den Haag
- Mouton, R. en P. Vos. Regionale zorginkoop: de burger praat mee; delen 1 en 2. Nieuwsbrief Zorg&Innovatie, 23 april/8 mei 2021.
- Nivel (2019). Anders verantwoord. Utrecht, Nivel.
- NVTZ (2017). Programma Goed Toezicht. Utrecht.
- NVTZ (2021). Signalement 2021. Utrecht.

- NVTZ/WAR (2023). Toezien op samenwerken: naar een verantwoord samenspel. Mediawerf Uitgevers.
- NVTZ (2023). Handreiking Toezichtvisie. Utrecht.
- NVTZ (2024). Toezichthouden en ethisch ondernemen in zorg en welzijn. Utrecht.
- NVZD (2013). Accreditatie bestuurders in de zorg. Utrecht.
- NZa en IGJ (2020). Kader Goed bestuur. Utrecht.
- OECD (2020). Innovative Citizen Participation and New Democratic Institutions. Catching the Deliberative Wave.
- Patiëntenfederatie Nederland (2020), Ikzoekeenpatiënt.nl
- Plenge, H. en M. Kuperus (2018). Hallo, voor wie doen wij het eigenlijk? Hoofdstuk 4 Jaarboek Corporate Governance, 2018-2019. Wolters Kluwer.
- Raad voor openbaar bestuur/Rob (2021). Adviesrapport Droomland of niemandsland. Uitgangspunten voor het besturen van regio's. Den Haag.
- Raad Volksgezondheid & Samenleving/RV&S (2019). Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg. Advies, Den Haag.
- RVV/Radicale vernieuwing verpleeghuiszorg (2021). Zicht op vernieuwing. www.radicalevernieuwing.nl
- Schraven, Th. (2021). In de bestuurs- en toezichtkamer van de gezondheidszorg. Ervaringen uit de adviespraktijk. Utrecht.
- Schrijvers, G. (2014). Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel. Amsterdam, Thoeris
- Stoker, J. en H. Garretsen (2018). Goede leiders zweven niet. De fundamenten van effectief leiderschap in organisaties en de maatschappij. Amsterdam/Antwerpen, Business Contact.
- Tonkens, E. et al. (2015). Montessori-democratie. Spanningen tussen burgerparticipatie en de lokale politiek.
- Tongeren, P. van (2021). Over de nieuwe leider: liever 'tuinman' dan 'technicus'. Volkskrant 27 november.
- Waal, S. de (2018). Civil Leadership as the Future of Leadership. Harnessing the disruptive power of citizens. Warden Press.
- WAR/NVTZ (2019). Voorbij het toezien. Utrecht, NVTZ.
- WHO (2022). WHO's Innovation to Health approach. www.who.int
- Winter, J.W. et al. (2020). Naar een zorgplicht voor bestuurders en commissarissen tot verantwoorde deelname aan het maatschappelijk verkeer. Ondernemingsrecht 2020.7 (2020): 471-474.
- www.begineengoedgesprek.nl (Patiëntenfederatie Nederland/www.patiëntenfederatie.nl).

Bijlage 2: Discussie binnen de NVTZ over dit whitepaper

Een eerdere versie van dit whitepaper is het afgelopen jaar besproken met een panel van deskundigen op een Invited conference in Utrecht. Er kwamen ook enkele schriftelijke reacties binnen en er verschenen een paar publicaties van de NVTZ met relevante conclusies (zie het rapport 'Bestuurlijke horizon 2030' en het whitepaper 'Ethisch Ondernemen in de Zorg'). Algemene indruk: er leeft een gevoel van urgentie bij de leden van de NVTZ. Wij zullen bestuur en toezicht op de schop moeten nemen en wel snel. Dit alles is verwerkt in het whitepaper.

De resultaten van de discussies in de NVTZ zien er zo uit.

Algemene opmerkingen over governance en overheid

De zorgsector verkeert in zwaar weer, maar het is een misvatting een beroep te doen op de overheid. De zorgsector zal zelf verantwoordelijkheid moeten nemen voor de oplossingen van de problemen. Omdat problemen en oplossingen grotendeels van maatschappelijke aard zijn, zal de governance in de zorg een publieke opdracht moeten aanvaarden. De missie van bestuur en toezicht is een maatschappelijke. Zij moeten zelf aan de slag, liever vandaag

dan morgen, niet wachten op de overheid en zich niet laten afleiden door onvolkomenheden in het overheidsbeleid, bijvoorbeeld in het IZA. Die onvolkomenheden zijn onder meer het ontbreken van een regionale ordening, het nalaten gezondheidswinst te benoemen als belangrijkste doelstelling van zorgaanbod en het verdienmodel van zorginstellingen niet daarop enten. Belangrijke zaken, maar de governance moet aan de bak.

Het is voor velen duidelijk dat dit al snel moet leiden tot een andere governance, dat de huidige manier van besturen en toezien niet meer voldoet. Niet meer passen bij de oplossingen die beschikbaar zijn. Het aanvaarden van een maatschappelijke opdracht betekent onvermijdelijk een transformatie van aard en inhoud van zowel het zorgaanbod als de zorgorganisatie. Governance moet dit sturen, maar dat lukt alleen als ook de governance een transformatie ondergaat.

De burger in beeld

Het aanvaarden van een maatschappelijke opdracht brengt direct de burger in beeld als relevante partner. Burgers en governance hebben in principe een vergelijkbaar

doel: gezondheidswinst voor zieken en gezonden, met andere woorden een hogere opbrengst van de ingezette zorgmiddelen. In de praktijk zal het dan steeds gaan om een gebied: regio, buurt, wijk. De burger introduceert het geografisch beginsel.

Governance moet de burgerkracht willen benutten, die integreren in bestuur en toezicht. Gebruik maken van de creativiteit van burgers bij het vinden van oplossingen. Hen systematisch zien als bron van strategische informatie. Hen stimuleren bij te dragen aan een betere gezondheid en welzijn voor zichzelf en voor allen, voor individu en voor collectief. En op die manier draagvlak creëren voor noodzakelijke keuzen in de zorg en voor het borgen van de publieke belangen.

Benutten, inschakelen en integreren zal in de praktijk moeten betekenen actief ondersteunen, ook met financiële middelen. Het gaat dan om burgerinitiatieven, maar ook om mantelzorgers en vrijwilligerswerk. Bestuur en toezicht geven leiding aan dit proces. En het kan niet blijven bij zorg in de engere zin van het woord, ook activiteiten op terreinen als wonen, schulden en welzijn verdienen de steun van de governance in de zorg. Een leefbare en zorgzame samenleving als maatschappelijke opdracht.

Beschikbare oplossingen voor maatschappelijke uitdagingen vragen om een andere organisatie

Het bovenstaande kan alleen lukken als de organisatie van het zorgaanbod een andere vorm aanneemt. In de eerste plaats een kleinere vorm. Kleinschaligheid in de zin van

herkenbaarheid en benaderbaarheid voor zowel externe (burgers, financiers, maatschappelijke partners) als interne (medewerkers) belanghebbenden. Schaalvergroting en fusie helpen niet. Hetzelfde geldt voor commercialisering van zorg, die maakt een organisatie en haar aanbod niet herkenbaar voor veel belanghebbenden.

In de tweede plaats vraagt een en ander om een wendbare organisatie. Dat betekent het vermogen flexibel te reageren op en te acteren bij de snelle veranderingen in de omgeving. Want die zijn een gegeven. Het is meebewegen en accepteren dat vooraf niet alles is te voorspellen, bijvoorbeeld bij regionale samenwerking of bij een bondgenootschap met burgers en wijken. Wendbaarheid is ook slagkracht en dat brengt weer met zich mee de noodzaak van een stevige visie op strategie en lange termijn. Wendbaarheid en strategische visie moet de governance in een gezonde balans brengen.

Tenslotte zal er uiteindelijk ook gekeken moeten worden naar de rechtspersoonlijkheid: voldoet de stichtingsformule nog aan het bovenstaande of is een andere vorm nodig: een coöperatieve vereniging bijvoorbeeld. Hier is ook gewezen op de zogenaamde 'commons'.

De gevolgen voor raad van toezicht en voor raad van bestuur

Door deze ontwikkelingen zullen bestuur en toezicht ingrijpende veranderingen moeten ondergaan. Zij krijgen een maatschappelijke opdracht en die kan verder gaan dan de oorspronkelijke zorgtaak. En naast ziekte komt vooral

de gezondheid in beeld, naast individu, het collectief, naast - en steeds meer in plaats van - de eigen organisatie een regionaal verband van samenwerkende zorgaanbieders. In de relatie toezichthouder-bestuurder betekent dit heel veel: de eerste bepaalt de lange termijnstrategie en de daarmee samenhangende keuze van gesprekspartners, 'hoeder van de dialoog' immers. De tweede, de bestuurder, is uitvoerder van de maatschappelijke opdracht en organisator van gesprekken.

De raad van toezicht is niet alleen 'hoeder van de dialoog', maar ook 'hoeder van de maatschappelijke opdracht'. Hij is de vertegenwoordiger van omringende samenleving en in die zin ook een belangrijke speler in het partnership met burgers. Hij moet toezien op een systematische samenwerking met externe belanghebbenden, niet alleen burgerinitiatieven, maar ook het vrijwilligerswerk en de mantelzorg in het adherentiegebied. En minstens zo belangrijk: het gedeeld bestuur met de cliënten en de medewerkers. Bestuur en voor toezicht omarmen bij dit alles het gegeven van het uiteenlopen van belangen en perspectieven. Dat is niet het probleem, maar het werkmateriaal.

Voor de raad van toezicht is dan nodig de eigen samenstelling te veranderen. Recruteer leden uit de regio (samenhang toezicht en adherentie), kijk naar actieve vertegenwoordigers van de burgerkracht (bron van informatie!), let op diversiteit van opleiding en kennis, eis altijd betrokkenheid bij de core business, vergeet cliënt en zorgprofessional niet. De rvt ziet scherp toe op de manier waarop verantwoording wordt afgelegd. Die moet primair betrekking hebben op gezondheidswinst in de regio en op de inschakeling van

burger, mantelzorger en vrijwilliger, alsmede de daarvoor noodzakelijke herallocatie van middelen. In deze brede beweging naar 'public governance' is de bestuurder de sleutelfiguur in het binden van de medewerkers en in het motiveren, stimuleren en ontwikkelen van hen. Voorbeeldgedrag, benaderbaarheid en moreel kompas zijn daarbij allesbepalend. Uiteraard heeft dit consequenties voor de raad van toezicht als werkgever van de bestuurder.



toezichhouders in zorg & welzijn

E-mail

bureau@nvtz.nl

Postadres

Postbus 30512
3503 AH Utrecht

Telefoon

(030) 737 00 85

www.nvtz.nl