



Marc van Ooijen

Toezichthouders langs de meetlat

Het thema Healthcare Governance staat alweer jaren hoog op de agenda's van bestuurders in de zorg. Na de invoering van de Zorgbrede Governance Code zijn er zelfs alweer stemmen te horen die stellen dat het zo langzamerhand meer een kwestie wordt van onderhoud dan van verdere ontwikkeling. In dit artikel wordt uitgewerkt dat de vormgeving van goed bestuur nog maar aan het begin staat en dat het tijd wordt de lat hoger te leggen, met name ten aanzien van de kwalificaties van toezichthouders.

Gezien de hoeveelheid aandacht voor het thema governance kan worden gesteld dat in de gezondheidszorg veelvuldig wordt nagedacht over de invulling van begrippen als 'goed bestuur' en 'goed toezicht'. Dit betekent echter niet dat de realisatie van goed bestuur vergevorderd is. Zo constateren Meurs en Schraven in hun onderzoek uit 2005 dat er met name bij grote instellingen (zorgorganisaties met een exploitatieomvang van meer dan 100 miljoen euro) nog veel op te merken is over de mate waarin diverse principes van goed bestuur worden nageleefd (2005, p.21). Deze conclusie is des te zorgwekkender omdat we op dit moment een fundamentele wijziging in het zorgstelsel meemaken. De invulling van het aanbod van zorg wordt namelijk steeds meer de resultante van een onderhandelingsproces tussen verzekeraars, zorginstellingen en gemeenten, waarbij de nationale overheid steeds meer terugtreedt. Tezamen met de schaalvergroting die organisaties in de gezondheidszorg doormaken, leidt dit tot een steeds zwaardere verantwoordelijkheid voor toezichthouders. Ten slotte is het zo dat deze steeds grotere zorgorganisaties complexere structuren krijgen (van stichtingen en BV's naast en onder elkaar). Ook dit is een reden waarom er steeds hogere eisen gesteld moeten worden aan het bestuur van (en dus aan het toezicht op) deze organisaties.

Toezicht in ontwikkeling In 1999 verschijnt het rapport van de Commissie Health Care Governance, met daarin dertig aanbevelingen om het bestuur en met name het toezicht daarop, zo goed mogelijk te organiseren. Drie jaar na het uitkomen van dit rapport constateren Meurs en Schraven dat het 'beter' gaat met de raden van toezicht (2002, p.22). Desalniettemin maken de onderzoekers duidelijk dat er nog veel moet gebeuren. Twee punten die ze in dit kader noemen, zijn: alert blijven op het voorkomen van

belangenverstrengeling én investeren in gezamenlijke en individuele kennisontwikkeling. In 2005 is het onderzoek herhaald en hoewel het gemiddelde rapportcijfer dat de onderzoekers gaven van een 6,1 naar een 6,4 steeg, is de uitslag op twee kernpunten een stuk slechter. In de eerste plaats heeft zich in de periode 2002-2005 een vergrijzing voorgedaan in de samenstelling van raden van toezicht en is het aantal vrouwen gelijk gebleven. In de tweede plaats wordt ten aanzien van de professionalisering van het toezicht geconcludeerd dat 'het goede nieuws is dat de raden van toezicht opnieuw een kwaliteitsslag maakten in het proces van formalisering. Het slechte nieuws is dat er geen significante verbetering plaatsvond in het inhoudelijk resultaatgericht toezicht' (2006, p.15). Dit slechte nieuws wordt in feite nog slechter als wordt ingezoomd op de grote zorgorganisaties. Ten aanzien van deze groep wordt namelijk geconcludeerd dat een kwart tot eenderde van de raden van toezicht van deze instellingen geen periodieke rapportages ontvangt of bespreekt over de strategische risicobeheersing en het beleid met betrekking tot interne beheerssystemen. Ook heeft meer dan een kwart van deze organisaties geen ijkpunten op basis waarvan wordt beoordeeld hoe de organisatie in het algemeen en de raad van bestuur in het bijzonder functioneert.

Gezien het onderzoek van Schraven en Meurs kan weinig anders worden geconcludeerd, dan dat er op het terrein van goed toezicht nog veel moet gebeuren. Dat is te meer zo omdat juist op de punten die in het huidige tijdsgewricht alleen maar belangrijker worden, er weinig vooruitgang lijkt te zijn.

Zorgsector in ontwikkeling Je zou kunnen zeggen dat we de laatste jaren de hervorming van de zorgsector realiseren die in de jaren tachtig is ingezet door de commissie Dekker. Er is een nieuw verzekerings-

stelsel geïntroduceerd, de AWBZ wordt langzaam uitgekleeft ten gunste van de Wmo (en de zorgverzekering) en binnen nagenoeg alle sectoren van de zorg wordt gewerkt aan een andere manier van de verdeling van middelen. Als we al deze wijzigingen in het zorgstelsel van iets grotere afstand bekijken, dan kan worden gesteld dat de nationale overheid zijn handen steeds meer aftrekt van het bestuur van de gezondheidszorg. Dit 'sturen' laat ze steeds meer over aan verzekeraars, gemeenten en zorgorganisaties. Kortom, er is sprake van invoering van gereguleerde marktwerking met een zich terugtrekkende nationale overheid.

Voldoen aan formele vereisten zegt niks over de kwaliteit van het toezicht

Eén van de vaak onbedoelde maar zeer logische consequenties van deze toenemende marktwerking, is dat er nogal wat fusies aan de orde zijn. Door toenemende prijsconcurrentie en meer onzekerheid ten aanzien van de te realiseren productie en de opbrengsten die dit genereert, moeten organisaties haast wel streven naar schaalvergroting en naar verbreding van hun portfolio. In dit kader werd medio maart 2007 bekend dat Eveen Groep (in belangrijke mate thuiszorg en ouderenzorg), Philadelphia (verstandelijk gehandicaptenzorg) en Woonzorg Nederland (huisvesting) nauw met elkaar gaan samenwerken en mogelijk zelfs fuseren. Als dit gebeurt, ontstaat een organisatie met 34.000 medewerkers en een omzet van 1,1 miljard euro. Gezien de ontwikkeling naar steeds grootschaliger en meer gediversifieerde organisaties, lijkt het een logisch gevolg dat dit consequenties heeft voor de wijze waarop men het toezicht op het bestuur van deze organisaties organiseert.

Hogere eisen Zowel door de herziening van de zorgverzekeringswet als door de afbouw van de AWBZ en de komst van de Wmo wordt de druk op zorgorganisaties groter. De financiële risico's nemen toe en vooral daardoor ontstaat er een schaalvergroting van zorgorganisaties. Even los van de vraag in hoeverre dit positieve effecten heeft voor de zorgvrager/zorggebruiker, impliceert deze ontwikkeling dat het toezicht op de wijze waarop maatschappelijke taken en gelden worden besteed, steeds meer komt te liggen bij bestuurders en toezichthouders van grote zorgorganisaties. Deze ontwikkeling zou daarom hand in hand moeten gaan met een groter verantwoordelijkheidsbesef en een betere borging van principes van 'goed bestuur'. De vraag is dan hoe beide condities het beste zijn te realiseren: via

zelfregulering of via overheidsregelgeving. Minister Hoogervorst is altijd op het standpunt blijven staan dat de sector het bij zelfregulering moet houden en dat we niet méér regelgeving op dit punt moeten willen. Daarmee liet hij niet alleen de uitvoering van de zorg over aan de krachten van 'de markt', die overigens alles behalve een vrije markt is, maar ook de controle op de aanwending van de merendeels publieke middelen. Het is de vraag in hoeverre de nieuwe minister van VWS, Ab Klink, een andere koers zal gaan varen. Als pleitbezorger van de zogenaamde 'maatschappelijke onderneming' lijkt het er enerzijds op dat hij de scherpe kantjes van de marktwerking af wil halen door meer aandacht te geven aan zaken als democratisch gehalte en verantwoording van de besluitvorming. Anderzijds stelt hij in een publicatie uit 2002, dat een maatschappelijke onderneming geen hybride organisatie is tussen de domeinen markt en staat. "Zij opereert op de markt" (p. 151). Bovendien geeft hij aan dat het realiseren van maatschappelijk ondernemerschap een sterke ontbureaucratisering en deregulering vereist (ibid.). De vraag blijft dan hoe je kunt realiseren dat organisaties die een toenemende maatschappelijke verantwoordelijkheid dragen, ook in toenemende mate maatschappelijk verantwoording afleggen. Dit zou een belangrijk punt moeten zijn bij de uitwerking van de in het coalitieakkoord geïntroduceerde nieuwe rechtsvorm van de maatschappelijke onderneming (2007, Hoofdstuk VI, punt 5). Meurs en Schraven zijn op basis van hun onderzoek naar het functioneren van raden van toezicht heel duidelijk over wat er in ieder geval moet gebeuren, namelijk een afdwingbare Governance Code (2006, pp. 22-23).

Betere verankering kwaliteitseisen Er gebeurde de afgelopen jaren veel ten aanzien van het verankeren van het toezicht op het bestuur van zorgorganisaties. Op het terrein van de reglementen zit het wel snor. Bijna iedere organisatie heeft een directiereglement en een reglement raad van toezicht. Ook vindt er in toenemende mate verantwoording plaats door raden van toezicht in jaarverslagen. Wat echter tot op heden onderbelicht blijft, is het feit dat het voldoen aan allerlei min of meer formele vereisten - zoals het hebben van een reglement, het houden van functioneringsgesprekken met de raad van bestuur - nog weinig zegt over de inhoud of de kwaliteit van het toezicht. Daar zit de kern van het probleem.

Het is niet moeilijk om in de zorgsector bestuurders en toezichthouders te vinden die een paar voorbeelden kunnen noemen van feitelijk slecht functionerende raden van toezicht. Ondanks dat slechts een beperkt aantal van deze voorbeelden de afgelopen jaren de krant haalde, is het wel een probleem. Er is namelijk geen enkele controle op raden van toezicht in de gezondheidszorg. Bovendien is de afstand tussen deze raden en andere

bestuursorganen in een zorgorganisatie (ondernemingsraden, cliëntenraden en eigenlijk ook managementteams) vaak groot te noemen. Op zijn best vindt er jaarlijks een thematische bijeenkomst plaats, zodat de betreffende 'mensen' elkaar ten minste van gezicht kennen. Dit is een leemte waarin moet worden voorzien, ook in het concept van de maatschappelijke organisatie. In de eerste plaats omdat het hier gaat, zeker binnen de niet-ziekenhuisorganisaties, om de besteding van publieke gelden. In de tweede plaats gaat het om organisaties die een grote invloed - impact hebben op de levensomstandigheden van duizenden patiënten, cliënten en medewerkers en deze aantallen nemen alleen maar toe. Een mogelijke oplossing is dat in het kader van de diverse

de kwaliteit van individuele toezichthouders is het instellen van een register van toezichthouders in de zorg. Dat is op zichzelf niet zo lastig: iedere zichzelf respecterende beroepsgroep heeft er een. Aan het verkrijgen en behouden van dit 'keurmerk' worden eisen gesteld voor wat betreft deelname aan vergaderingen en het volgen van scholing en voorlichting. Verder moet in het register duidelijk zijn hoe het bestuurlijke en toezichthoudende curriculum vitae van iemand eruit ziet. Maar ook hier moet worden opgemerkt dat het register niet het doel is, het zou een middel kunnen zijn, een manier waarop iedere individuele toezichthouder zijn actieve bijdrage levert aan de transparantie en de professionalisering van het toezicht op de zorg.

Certificering is geen doel op zich

kwaliteitscertificaten (bijvoorbeeld HKZ) veel meer eisen worden gesteld aan de inhoud van het toezicht zoals uitgevoerd en de wijze waarop deze raad zich verhoudt ten opzichte van de raad van bestuur en de directieleden die rechtstreeks onder de raad van bestuur vallen. Denk hierbij aan de toetsing van de aanwezigheid van een Governance Code, de verantwoording in het jaarverslag, de formele functioneringsgesprekken van de raad van toezicht met de bestuurder en expliciete afspraken over de relatie met de accountant. Dit zal echter alleen effect hebben als organisaties certificering niet als doel zien, maar als middel om de kwaliteit van de organisatie en de zorgverlening te verbeteren. Kortom, ondanks dat 'kwaliteit van het bestuur' meer beleidsmatig ingebed kan en moet worden, zal het resultaat toch blijven afhangen van de normen en waarden die de samenleving in het algemeen en de sector in het bijzonder, hieromtrent ontwikkelen en vastleggen. Dat onderstreept tevens de noodzaak om het thema 'goed bestuur' op de agenda te houden.

Hogere eisen aan toezichthouders

De verdere ontwikkeling van 'goed bestuur' in de Nederlandse gezondheidszorg gaat niet alleen over de rol en de inhoud van de raad van toezicht als orgaan, maar zeker ook over de kwaliteiten van de toezichthouders. Gezien de hierboven geschetste ontwikkeling, moet hier worden opgemerkt dat er langzamerhand hogere eisen moeten worden gesteld aan de toezichthouders. Dit is een tot op heden onontgonnen terrein. Toezichthouders worden benoemd door middel van coöptatie. De criteria op basis waarvan dit gebeurt, zijn lang niet altijd even scherp. Ondanks dat men steeds vaker werkt met een profiel, bieden deze doorgaans veel interpretatieruimte. Een mogelijke richting om meer aandacht te geven aan

Tot slot In dit artikel is een pleidooi gehouden voor meer aandacht aan de besluitvormingsprocessen die plaatsvinden op het niveau van raden van toezicht en raden van bestuur, waarbij in toenemende mate ook de managementlaag onder het niveau van raden van bestuur moet worden meegenomen. Hierbij is gesuggereerd om een en ander te regelen in certificeringstrajecten én om een register van toezichthouders in te stellen. Dit zijn mogelijkheden die absoluut voor discussie vatbaar zijn. Maar dat is ook juist de bedoeling: met het afkondigen van de Zorgbrede Governance Code mag de discussie over goed bestuur in de zorg niet worden afgerond of lager op de prioriteitenlijst komen. Integendeel: de ontwikkelingen in de sector vereisen juist dat het onderwerp als vast agendapunt bovenaan de agenda's van bestuurders blijft staan. Dit alles onder het adagium: meer verantwoordelijkheid, meer verantwoording. 

Auteur

Drs. M. van Ooijen MBA-H is als senior adviseur verbonden aan CC zorgadviseurs te Woerden.

Literatuur

- Coalitieakkoord tussen de Tweede Kamerfracties van CDA, PvdA en Christenunie, 7 februari 2007.
- Commissie Health Care Governance (ed. 2003), Health care governance, aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse Gezondheidszorg, Hilversum: de Toekomst.
- Klink, A.** (2002), Ondernemend met een missie. In: Particulier initiatief en publiek belang. Beschouwingen over de aard en toekomst van de Nederlandse non-profitsector, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Meurs, P. en T. Schraven** (2002), Langs de meetlat. Een onderzoek naar het functioneren van raden van toezicht in de zorg, Rotterdam: Kenniscentrum Governance in de zorg.
- Meurs, P. en T. Schraven** (2006), Naar stimulerend en slim toezicht, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Ooijen, M. van, N. Senteur** (2005), Health care governance, 5 jaar na het rapport van de commissie Meurs, niet gepubliceerd onderzoeksverslag.