



Achtergrondstudie bij het advies Governance en Kwaliteit van Zorg



***‘Toezicht in de zorgsector;
Een balancerend evenwicht’***



1	Samenvatting	2
1.1	De achtergronden.....	2
1.2	De centrale onderzoeksvraag en deze deelstudie.....	2
1.3	Toezicht, verantwoording en bestuur.....	3
1.3.1	Toezicht.....	3
1.3.2	Verantwoording.....	5
1.3.3	Bestuur.....	6
1.4	Van ruilen komt huilen.....	6
1.5	Een balancerend evenwicht: complementair publiekrechtelijk toezicht.....	8
2	Inleiding	9
2.1	Achtergronden.....	9
	De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.....	9
	Governance in de zorgsector.....	9
2.2	Centrale vraagstelling en kanttekeningen van de Raad.....	10
3	Deelstudie ‘Toezicht & verantwoording’	12
3.1	Opdracht deelstudie & relevante beleidsvragen en randvoorwaarden.....	12
3.2	Uitvoering van de deelstudie.....	13
4	Toezicht: een begrip met betekenis	15
4.1	Ontwikkelingen in toezicht.....	15
4.2	Begrippen en hun betekenis.....	16
	Publiekrechtelijk toezicht.....	16
	Privaatrechtelijk toezicht.....	17
	Administratieve lasten.....	18
	Toezichtlasten.....	19
	Nalevingskosten.....	20
	Kafkafonische discussies.....	20
5	Bestuur, toezicht & verantwoording én nogmaals toezicht	21
5.1	Inleiding.....	21
5.2	Gezondheid; zorg door of verantwoordelijkheid van de overheid?.....	21
5.3	Dimensies van goed bestuur.....	24
5.4	Goed bestuur: de realisatie van kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid.....	25
5.5	Betekenis van privaatrechtelijk toezicht voor goed bestuur.....	26
5.6	Verantwoording of rekenschap?.....	27
5.7	Borging en verbetering van kwaliteit.....	28
5.8	Nut en noodzaak van publiekrechtelijk toezicht.....	30
5.9	Het belang van toezicht.....	35
6	Een balancerend evenwicht: complementair toezicht	37
	Bijlage I Geraadpleegde literatuur en documenten.....	40
	Bijlage II Overzicht van verantwoording en toezichthoudende instanties en organen.....	45

Utrecht, mei 2008
 Mr. J.J. (Joost) van Beek en mr. M. (Max) Hübner

1 Samenvatting

1.1 De achtergronden

De zorgsector ondergaat grote veranderingen. Eén van de vraagstukken waar de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (hierna: de Raad) zich voor ziet geplaatst is de ontwikkeling van bestuur, toezicht op het bestuur en verantwoording over dat bestuur en het toezicht in de zorgsector (governance). Dit vraagstuk is, gelet op het belang dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de minister) hieraan hecht, toegevoegd aan het werkprogramma 2007 van de Raad. Het plan van aanpak 'Governance in de zorgsector'¹ schetst een beeld van een vermeend tekort aan democratische legitimiteit in combinatie met toenemende schaalvergroting. Tegen de achtergrond van een sociaal ziektekostenverzekeringsstelsel, en de daaraan gerelateerde behoefte aan beheersing van de publieke financieringsstromen, hebben deze ontwikkelingen geresulteerd in een tendens tot zwaardere verantwoording- en controleverplichtingen van dienstverlenende instellingen in deze semi-publieke sector. In termen van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (hierna: WRR) : 'een uitdijende controlebureaucratie door stapeling van toezicht en verantwoording, waar onverantwoord hoge kosten aan verbonden zijn die hoger zijn dan de baten'.

Achtereenvolgende kabinetten onderkennen dit probleem en streven er sindsdien naar om meer verantwoordelijkheden en bevoegdheden over te laten aan de instellingen die publieke diensten verlenen. Het huidige kabinet verwacht door het accent op interne controle en horizontale verantwoording aan belanghebbenden te leggen, ruimte te scheppen voor een terugtrek van de centrale overheid. Ook het nieuwe zorgstelsel is (mede) gestoeld op dit uitgangspunt. De introductie van gereguleerde marktwerking in de zorg beoogt nadrukkelijk een andere verdeling van verantwoordelijkheden voor betrokken partijen. De Tweede Kamer (hierna: de kamer) aarzelt, in het licht van de ontwikkelingen in het zorgstelsel, over het verleggen van het accent en heeft bovendien moeite met het accepteren van de reikwijdte van de ministeriële verantwoordelijkheid in het nieuwe zorgstelsel. Mede als gevolg van Kamervragen over incidenten wordt maar moeizaam afscheid genomen van de vertrouwde bureaucratische sturings- en controlesystematiek en dreigt een impasse met alle nadelige gevolgen voor de ontwikkeling van de zorgsector.

1.2 De centrale onderzoeksvraag en deze deelstudie

Deze impasse leidt er toe dat de (gereguleerde) markt niet goed of liever niet beter gaat functioneren, wat tot nieuwe pleidooien voor meer controle zal leiden. De Raad beoogt met een advies aan de minister over de richting van de ontwikkelingen van governance in de zorgsector een bijdrage te leveren aan de mogelijkheden om de geconstateerde impasse te doorbreken. De Raad heeft, met het oog op het uit te brengen advies, UJG verzocht een deelstudie uit te voeren op aspecten samenhangende met toezicht en verantwoording in het licht van de centrale onderzoeksvraag.

Deze vraag luidt:

'Is een uitruil tussen extern en intern toezicht in de gezondheidszorg mogelijk? Zo ja, op welke onderdelen, op welke wijze en aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan?'

De Raad heeft de opdracht voor de deelstudie aan UJG als volgt geformuleerd:

'een verkenning en onderzoek naar de mogelijkheden van versterking van het interne toezicht, van verticale naar horizontale verantwoording, vermindering regeldruk en administratieve lasten; mede op basis van een vergelijking met andere sectoren'.

Het onderhavige rapport bevat het resultaat van die door UJG uitgevoerde deelstudie.

¹ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 'Governance in de gezondheidszorg, plan van aanpak'; Den Haag, 24 juli 2007.

1.3 Toezicht, verantwoording en bestuur

1.3.1 Toezicht

De uitgevoerde literatuurstudie en gesprekken met vertegenwoordigers van de verschillende spelers in de zorgsector hebben ons duidelijk gemaakt dat toezicht als begrip én het object van toezicht onvoldoende zijn bepaald. Die onbepaaldheid van toezicht brengt met zich mee dat de daaraan gerelateerde inhoudelijke aspecten onuitputtelijk zijn, ruimte laat voor interpretatie en uiteindelijk leidt tot kafkafonische discussies over toezicht met een ongewisse uitkomst. In het onderhavige onderzoek hebben wij de relevante begrippen voorzien van de bijbehorende (deels aan de wetgeving ontleende) definities. In plaats van extern toezicht hanteren wij de term '*publiekrechtelijk toezicht*'. Daaronder wordt [ook door het kabinet] zowel de controle op de naleving van wet- en regelgeving als ook het bestuurlijke toezicht op medeoverheden en zelfstandige bestuursorganen verstaan. Publiekrechtelijk toezicht is, zo volgt uit de Algemene wet bestuursrecht, voorbehouden aan '*een persoon bij of krachtens wettelijk voorschrift belast met het houden van toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens enig wettelijk voorschrift*'. Zonder wettelijke bevoegdheid is er dus geen sprake van publiekrechtelijk toezicht. Materieel kan er sprake zijn van toezicht zonder die wettelijke bevoegdheid. Dit noemen wij, in plaats van intern toezicht, privaatrechtelijk toezicht. De verhoudingen tussen subjecten in het privaatrechtelijk toezicht is op gemeenschappelijke afspraken gebaseerd. Afspraken die soms voortvloeien uit regelgeving.

Toezicht is het verzamelen van informatie over de vraag of een handeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, het zich daarna vormen van een oordeel daarover en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren. Deze door het kabinet gehanteerde definitie van het houden van toezicht is van toepassing op beide soorten toezicht. De Memorie van Toelichting op de Algemene wet bestuursrecht kenschetst (publiekrechtelijk) toezicht op de naleving als: '*de uitvoering van controles zonder dat van de overtreding van een wettelijk voorschrift hoeft te zijn gebleken*'.² Deze omschrijving benadrukt dat toezicht ook resultaat kan hebben zonder dat er sanctiemiddelen hoeven worden ingezet. In deze optiek gaat toezicht aan handhaving of interventie vooraf.³ Het vierde hoofdstuk gaat dieper in op de afbakening tussen de beide soorten toezicht en is vooral gewijd aan het verduidelijken van de verschillende begrippen, zoals bestuur, toezicht en verantwoording.

Uit onderzoek in verschillende sectoren van de markt door UJG⁴ in 2006 en 2007 blijkt dat tussen het juridisch kader, de competentie van bedrijven of instellingen en de vorm en stijl van toezicht sprake is van een continue wisselwerking. Het juridisch kader omvat niet alleen de formele regelgeving, maar ook jurisprudentie en materiële regelgeving (zoals gedragscodes en protocollen, die geen grondslag hoeven te hebben in het formele recht). Formele regelgeving is in zekere mate statisch van aard. Jurisprudentie en materiële regelgeving (waartoe ook zelf opgelegde eisen behoren) zijn eerder aan verandering onderhevig. De competentie van bedrijven en instellingen heeft betrekking op (effecten van) de organisatie van het stelsel van maatregelen, middelen, bevelen en toezicht om de naleving van regels te realiseren. Dit stelsel wordt in de literatuur aangeduid met Good Governance & Compliance. In de zorgsector bestaan verschillende (kwaliteits) systemen die mede beogen te voorzien in de naleving van regels, maar vaker een grotere reikwijdte kennen. Uiteindelijk gaat het om de merkbare effecten van goed bestuur, niet het bestaan van instituties en systemen als zodanig. En dat geldt ook voor goed toezicht.

Het privaatrechtelijke toezicht ontwikkelt zich momenteel in de gewenste richting. In plaats van toezicht langs lijnen van operationele doelstellingen en resultaten, worden ook strategische en tactische

² Memorie van Toelichting derde tranche Awb, p. 128.

³ A.A. van Rossum, p. 11.

⁴ Hübner, M., Veldkamp, A. & Verbree, M; 'Veranderend toezicht, over de maat der dingen'; UJG; Utrecht, juni 2007.

doelstellingen van het bestuur van de zorginstelling in het privaatrechtelijke toezicht betrokken. De grote omvang van de regels, procedures en de informatie om privaatrechtelijk toezicht mogelijk te maken, dragen bij aan het besef dat privaatrechtelijk toezicht een oriëntatie op een ander niveau vereist om goed bestuur te bewerkstelligen. In die zin is nog steeds sprake van een transitie binnen het privaatrechtelijke toezicht. Professioneel privaatrechtelijk toezicht vormt, door de wijzigingen in de samenstelling van raden van toezicht, de profielen van leden van die raden en het geboden stelsel van borging en verbetering van kwaliteit onder andere door de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen (hierna: NVTZ), het aanknopingspunt voor evenwichtig publiekrechtelijk toezicht. Het gebruik van beschikbare informatie, die bijvoorbeeld in het kader van de financiële verplichtingen is verzameld, draagt bij aan efficiëntie en effectiviteit van privaatrechtelijk toezicht.

De grondslagen voor publiekrechtelijk toezicht en de toedeling van dat toezicht aan organen van de overheid vinden we terug in een aantal wetten. Dat wettelijk vastgelegde publiekrechtelijk toezicht sluit aan bij de keuze van de wetgever voor het stelsel van gereguleerde marktwerking. De overheid is uit oogpunt van het borgen van publieke belangen eindverantwoordelijk voor dit stelsel. Het systeem, de organisatie en wijze van publiekrechtelijk toezicht krijgen vorm binnen het wettelijke stelsel. Het feitelijk uitgeoefende publiekrechtelijke toezicht behoort in overeenstemming met die wetten te zijn. Feit is wel dat de veelzijdigheid van zorginstellingen leidt tot een omvangrijk aantal toezichthouders die gegeven de sectorale inrichting van het Nederlandse stelsel van wet- en regelgeving ieder slechts toezien op fragmenten van het functioneren van de zorginstellingen.

Dit neemt niet weg dat het nut en de noodzaak van publiekrechtelijk toezicht in de zorgsector buiten kijf staan. Ook al zijn burgers primair zelf verantwoordelijk voor het al dan niet gebruikmaken van zorg en het kiezen van een bepaalde zorgaanbieder. Er zijn echter aanzienlijk veel/ grote groepen burgers die onvoldoende, nog niet of niet meer zijn toegerust deze verantwoordelijkheid waar te maken. Verder zijn er veel situaties in de zorg die door geen enkele burger goed zijn te overzien. Door adequaat toezicht wordt aan de bescherming van deze groepen en de bewaking van dergelijke complexe situaties bij gedragen. Gereguleerde marktwerking kan eenvoudig weg niet zonder publiekrechtelijk toezicht.

Toezichthouders zijn door de beperkingen in mensen en middelen niet bij machte om op alle aspecten van het functioneren van de zorgsector toezicht te houden. Dit noodzaakt tot het maken van keuzes bij het uitvoeren van dat toezicht. Die keuze wordt in belangrijke mate gebaseerd op risicoanalyses, meldingen van voorvallen en informatie van zorginstellingen. De door toezichthouders gehanteerde variabelen om tot keuzes bij de uitoefening van publiekrechtelijk toezicht te komen, worden mede bepaald door politiek-bestuurlijke afwegingen. Verder wordt in toenemende mate rekening gehouden met de specifieke omstandigheden van de bezochte bedrijven en instellingen. Ook bij de inzet van het instrumentarium voor publiekrechtelijk toezicht. Nochtans is het zo dat de toezichthouder het initiatief neemt en heeft in het toepassen van maatwerk in publiekrechtelijk toezicht. Maatwerk waarin overigens weinig sprake is van ondersteuning van de naleving van regels door zorginstellingen. Daar zien toezichthouders, gegeven de klassiek taakopvatting, voor zichzelf geen expliciete rol weg gelegd. Toezichthouders publiceren meer en meer de resultaten van uitgevoerde inspecties. Het bekend maken van geconstateerde overtredingen bij bedrijven en instellingen beoogt een afschrikwekkende werking te hebben op potentiële overtreders, maar gaat voorbij aan de perceptie van bedrijven en instellingen over daderschap.

Publiekrechtelijk toezicht kan complementair zijn aan de mate van bestuur, privaatrechtelijk toezicht op dat bestuur en (de effecten van de) verantwoording daarover. Het *feitelijke* publiekrechtelijk toezicht behoort ook zonder *politieke* last of ruggespraak uit geoefend te kunnen worden. De ministeriële verantwoordelijkheid is wettelijk beperkt tot het systeem van toezicht. Terecht stelde de minister onlangs dat het niet aangaat om de uitkomst van het oordeel van een toezichthouder terzijde te stellen,

omdat een deel van de Tweede Kamer zich bij die uitkomst niet wenste neer te leggen. Dit voorbeeld van ontbreken van rolvastheid in de Tweede Kamer leidt tot onverkwikkelijke discussies, maar erger nog wantrouwen in het publiekrechtelijk -, privaatrechtelijk toezicht, alsmede het bestuur en de verantwoording als zodanig.

1.3.2 Verantwoording

Elke zichzelf respecterende bestuurder weet dat rekenschap geven over het functioneren van een zorginstelling, het bestuur en het toezicht daarop, bij draagt aan goed bestuur en het beeld over de zorginstelling. Bespreekbaar maken van dat functioneren en open staan voor een kritische en constructieve beschouwing over het gevoerde beleid en de bereikte resultaten dienen goed bestuur.

Bestuurders en privaatrechtelijke toezichthouders van zorginstellingen verschaffen inzicht in de organisatie van goed bestuur, de bereikte resultaten van de zorginstelling en de wijze van uitoefening van hun taken. Onder andere door de verantwoordelijkheidsverdeling schriftelijk vast te leggen en kenbaar te maken, maar vooral door jaarlijkse in een openbaar document verslag te doen van het gevoerde beleid en over de in dat jaar geleverde prestaties. De zorginstelling geeft daarmee openbaar rekenschap van haar bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid. In deze handelwijze is vastgesteld, noch gelegd wie tot de kring van belanghebbenden van de zorginstelling worden gerekend. Iedereen kan kennis nemen van het gevoerde beleid en zich daar een mening over vormen.

De Zorgbrede governancecode (hierna: de code) lijkt een stap verder te gaan. Ter uitvoering van de code voorziet de zorginstelling in beleid om met belanghebbenden van gedachten te kunnen wisselen over tenminste de onderwerpen die in de code worden genoemd. De code institutionaliseert het overleg met belanghebbenden en veronderstelt dat een bont samenstel van personen en organisaties een gemeenschappelijk beeld heeft over de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van zorg. De code schept de (valse) verwachting dat de bestuurder in staat is om uiteenlopende belangen in de feitelijke besturing van de zorginstelling pijnloos samen te brengen. De code bepaalt verder dat aan alle benoemde belanghebbenden verantwoording wordt afgelegd. Die verantwoording heeft betrekking op de visie en de strategie van de zorgorganisatie, de bestuursstructuur, het verslag van de RvT, de dialoog met belanghebbenden, prestatie-indicatoren over kwaliteit en toegankelijkheid en personeel en over de financieel-economische resultaten (de jaarrekening). De gekozen formulering 'verantwoording af leggen' wekt de suggestie dat er sprake is van meervoudig toezicht. Als zou een organisatie van belanghebbenden in staat zijn om de RvB (en RvT) op basis van de verschafte informatie ter verantwoording te roepen en maatregelen te nemen. Dat is, een uitzondering daargelaten, niet het geval en ook niet de bedoeling.

Het in omloop zijnde wetsvoorstel voor de Maatschappelijke Onderneming gaat verder en introduceert de mogelijkheid van belanghebbendenvertegenwoordiging, inhoudende een recht van advies en de mogelijkheid tot het invoeren van geschillenbeslechting indien een advies niet wordt gevolgd. Dat door de regering wordt gezocht naar wettelijke maatschappelijke verantwoording heeft eigenlijk maar één reden: de eerder beschreven scheiding tussen beleid en uitvoering en de daarmee samenhangende beperking van de ministeriële verantwoordelijkheid. Het daarmee gepaard gaande gevoel van democratisch verlies van het parlement, wordt met deze onderdelen van de code en wellicht het wetsvoorstel Maatschappelijke Onderneming ogenschijnlijk gecompenseerd. Feit blijft dat het benoemen van een orgaan dat cliënten van de zorginstelling vertegenwoordigt inmiddels wettelijk verplicht is. Met het afleggen van rekenschap geeft de zorginstelling openheid van zaken aan die cliënten. Die openheid van zaken stelt een dergelijk orgaan, zoals een cliëntenraad, in staat om jegens bestuurder (en toezichthouder) aandacht te vragen voor zaken aangaande het beleid en bereikte resultaten. Cliëntenvertegenwoordigende organen beschikken over adviesrecht en het recht van enquête. De samenstelling van deze organen is voldoende bepaalbaar. Leden van deze organen

hebben een direct belang en kunnen vanuit hun betrokkenheid met de zorginstelling ook een zinvolle bijdrage leveren aan het streven naar kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van zorg. Dit in tegenstelling tot vertegenwoordigende organen van belanghebbenden waar de directe betrokkenheid en het directe belang van de leden met het reilen en zeilen van de zorginstelling niet op voorhand is aangetoond.

1.3.3 Bestuur

Goed bestuur betekent voor bestuurders van instellingen in de zorg dat zij streven naar een evenwicht tussen maatschappelijke belangen en risico's van ondernemerschap. Met andere spelers in de zorgsector is een gedeelde maatschappelijke visie nodig om dat streven te kunnen delen en op voorhand vertrouwen te krijgen. Daarnaast hebben die andere spelers ook een eigen rol bij het vorm geven van goed bestuur voor de zorgsector als geheel. Uit gesprekken met bestuurders, privaatrechtelijke – en publiekrechtelijke toezichthouders en vertegenwoordigers van belanghebbenden in de zorgsector komt naar voren dat in de praktijk geen of in beperkte mate sprake is van rolvastheid. Goed bestuur dreigt daardoor van niemand en iedereen te worden. Dit neemt niet weg dat veel bestuurders de eigen rol niet onderschatten én tegelijkertijd de individuele capaciteiten niet overschatten. Niet voor niets vinden zij elkaar in de Vereniging van Bestuurders in de Gezondheidszorg (hierna: NVZD). Deze vereniging richt zich, naast belangenbehartiging van haar leden, op de ontwikkeling en het behoud van de kwaliteit van de bestuurder in de gezondheidszorg. Onder meer door middel van het stellen van eisen aan de individuele functie-uitoefening, alsmede mogelijkheden om de professionaliteit en deskundigheid van bestuurders in de zorg te bevorderen. Verder kunnen bestuurders op basis van het principe van zelfbeoordeling en analyse van de eigen rol en functioneren binnen de organisatie de ontwikkeling van goed bestuur versterken.

Met de invoering van de WTZi werden wettelijke eisen gesteld aan de bestuurstructuur en de bedrijfsvoering van zorginstellingen, die vallen onder de reikwijdte van deze wet. Die eisen zijn verder uitgewerkt in het Uitvoeringsbesluit WTZi. Deze regelgeving vormt samen met de code het raamwerk voor goed bestuur. Het zal niet verbazen dat de meeste zorginstellingen binnen de reikwijdte van de WTZi inmiddels worden bestuurd door een Raad van Bestuur (hierna: RvB). Het wettelijk stelsel, waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen, geeft ook kaders voor de feitelijke invulling van de kwaliteitsniveaus in zorginstellingen. In de wetenschap dat zorginstellingen van aard verschillen is het aan de bestuurder van de zorginstelling om daaraan invulling te geven.

Zorginstellingen maken verder al langer op eigen initiatief gebruik van kwaliteitssystemen, instrumenten en instituten om kwaliteit in de ruime betekenis van het woord te borgen en te verbeteren. Accreditatie en certificering zijn daarvan voorbeelden. Deze instrumenten zijn dus niet primair bedoeld voor het openbaar afleggen van rekenschap of verantwoording jegens de privaatrechtelijke toezichthouder, maar verschaffen wel informatie over de ontwikkelingen in de zorginstelling.

De combinatie van wet- en regelgeving, code en aanvullende instrumenten bieden een solide basis om kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid in de zorgsector door de bestuurder te (doen) realiseren. Het is aan het individuele lid van de RvB om de regels na te leven, aan (zelf opgelegde) vereisten te (laten) voldoen en beschikbaar gestelde instrumenten en mogelijkheden te (laten) benutten.

1.4 Van ruilen komt huilen

Een uitruil tussen publiekrechtelijk toezicht en privaatrechtelijk toezicht ontbeert een grondslag in de wetgeving, is feitelijk niet nodig en bovendien ongewenst. De aanname dat publiekrechtelijk toezicht kan worden verminderd onder gelijktijdige uitbreiding van privaatrechtelijk toezicht is gebaseerd op een aantal onjuiste veronderstellingen. Waarvan de belangrijkste raakt aan de idee dat de wettelijke bevoegdheid toegekend aan organen van de overheid tot het uitoefenen van publiekrechtelijk toezicht ook aan private personen of organisaties kan worden toegekend. Het privaatrechtelijk toezicht heeft en

krijgt steeds meer betekenis voor het bestuur van de zorginstelling. Gelet op de grondslag, de aard en de inhoud van het privaatrechtelijk toezicht is het niet wenselijk om de RvT te belasten met publiekrechtelijke toezichthoudende taken. Zij worden dan immers een verlengde arm van de publiekrechtelijke toezichthouder.

Toezicht beweegt zich langs verticale lijnen, want is gebaseerd op een hiërarchische verhouding. Daar past de term verticale verantwoording tot op zekere hoogte bij. De RvB wordt immers door de RvT ter verantwoording geroepen wanneer daar aanleiding toe bestaat. De toevoeging 'verticaal' is eigenlijk overbodig, maar is ingegeven om aan het informeren over en publiceren van de resultaten van een zorginstelling meer betekenis toe te kennen. Aan ieder die kennis heeft van die resultaten wordt "horizontaal" verantwoording afgelegd, is de idee achter dit onderscheid in verantwoording. Het is een kunstmatig onderscheid. Een RvB en individuele bestuurder geven openbaar rekenschap over de resultaten van de zorginstelling. Daarover kan iedereen zich een oordeel vormen. Iedereen kan daar ook uitspraken over doen. Dit betekent niet dat iedereen de RvB ter verantwoording kan roepen. De RvT ziet toe en RvB en RvT hebben een verantwoordingsplicht, waarvan de reikwijdte en organen waaraan verantwoording wordt afgelegd door de zorginstelling worden bepaald en vastgelegd. In voorkomende gevallen volgt dit uit wettelijke verplichtingen.

De besturing, verantwoordingsmechanismen, kwaliteitszorgsystemen, privaatrechtelijk - én publiekrechtelijk toezicht dragen in samenhang met elkaar bij aan de kwaliteit van de dienstverlening in de zorgsector. Die samenhang is bepalend voor de ontwikkeling van de zorgsector en het borgen en bewaken van de verschillende belangen. De inzet in het politiek-bestuurlijk debat hoort zich te richten op verbetering van de samenhang tussen bestuur, toezicht en verantwoording. Om te beginnen door het aantal instrumenten voor toezicht terug te brengen en de samenwerking binnen publiekrechtelijk toezicht een impuls te geven.

De kafkafonische discussies over bestuur, toezicht en verantwoording over dat bestuur en het toezicht daarop is vooral te herleiden tot de onbedoelde effecten van de scheiding tussen beleid en uitvoering als belangrijke beleidsdoelstelling bij de introductie van gereguleerde marktwerking in de zorgsector. Ingegeven door een historisch verlangen om de ministeriële verantwoordelijkheid tot aan het bed te doen gelden, beperkt het parlement zich in dit politiek-bestuurlijk paradigma niet tot de systeemverantwoordelijkheid van de regering voor de bevordering van de gezondheidszorg. Incidenten in de zorgsector worden aangegrepen om de minister ter verantwoording te roepen. Terwijl in feite het parlementaire vertrouwen lijkt te ontbreken in de voorgestane ontwikkeling van de zorgsector. Dat parlementaire wantrouwen werkt door in de wijze waarop de zorgsector wordt gereguleerd. De ontstane afstand van de overheid tot het door de bestuurder gevoerde beleid en de bereikte resultaten in de zorginstelling, wordt langs verschillende wegen overbrugd. De gewenste democratische legitimiteit op het niveau van de zorginstelling wordt een plek gegeven door de (wettelijke) regeling van de bestuursstructuur, transparantie-eisen en de positionering van belanghebbenden in de zorgsector.

Deze en andere vormen van compensatie van die onbedoelde neveneffecten dragen niet bij aan de noodzakelijke rolvastheid van parlement, regering, bestuurders, privaatrechtelijke - en publiekrechtelijke toezichthouders in de zorgsector. Daar waar goed bestuur is gebaat bij rolvastheid, gelet op ieders verantwoordelijkheden, bevoegdheden en taken, ontstaat op zijn minst onduidelijkheid over ieders invulling van belangrijke dimensies van toezicht. Of zoals een bestuurder het treffend verwoord: "Wie zit er op welke én vooral mijn stoel?" Terwijl goed bestuur vooral tot uitdrukking behoort te komen in de handel en wandel van individuen, wordt onevenredig veel energie gestoken in het stelsel, regels en procedures. Die regelzucht staat haaks op de beoogde vermindering van regeldruk, zoals is verwoord in de beleidsvisie op de WTZi, en versterkt bovendien de hang naar publiekrechtelijk toezicht op de naleving van die regels en procedures.

1.5 Een balancerend evenwicht: complementair publiekrechtelijk toezicht

De vraag naar de minimale niveaus van bestuur, verantwoording en (privaatrechtelijk) toezicht in een zorginstelling is jammer genoeg niet eenduidig te beantwoorden. Een dergelijke situatie vraagt dus om een groot (wederzijds) vertrouwen en een goede samenhang tussen bestuur, privaatrechtelijk toezicht, verantwoording en publiekrechtelijk toezicht. Waarbij elk object van toezicht, al naar gelang het risico, weer tot een ander samenstel noopt. In de wereld van de accountancy geldt het adagium 'vertrouwen is goed, controle is beter'. Voor een aantal onderwerpen in de gezondheidszorg valt deze stelling zeker te verdedigen. Daarbij moet wel worden aangetekend dat 'toezicht' zeker niet als een panacee moet worden waarmee je problemen eerder en beter zou kunnen oplossen. Bovendien ervaren veel bestuurders (Cools, 2006) dat het omgekeerde veel beter werkbaar is: 'controle is goed, vertrouwen nog beter'. Uit een aantal jaarverslagen van zorginstellingen blijkt dat men zich hiervan ook bewust is. Elke instelling spreekt in meerdere of mindere mate over het streven naar verbetering van het kwaliteitssysteem. Gericht op verbeterde beheersing van risico's uitgaande van vertrouwen in het feitelijk handelen binnen de zorginstelling. Het lijkt er dus op dat het wenselijk is om daarvoor een 'richtinggevend kader' te hanteren, in de zin van 'voor onderdeel X is een deugdelijk systeem van verantwoording afdoende, maar voor onderdeel Y is toezicht met mogelijkheden tot interventie noodzakelijk'. Zoals hierboven al opgemerkt, verantwoording kan uitgelegd worden als een 'motie van vertrouwen', toezicht als 'motie van wantrouwen'. In zijn algemeenheid kan men zeggen dat mensen tot meer genegen zijn, wanneer ze zich vertrouwd weten. Toch zijn er ook zaken die nu eenmaal een bepaald niveau van toezicht nodig hebben. Al was het maar omdat in het privaatrechtelijk toezicht ook aspecten van het publiekrechtelijke toezicht doorwerken.

De mate waarin zorginstellingen in staat zijn te voldoen aan geformuleerde eisen al dan niet zelf geformuleerd of voortvloeiend uit wet- en regelgeving en de reactie daarop van de privaatrechtelijke toezichthouders vormt de grondslag voor het uit te oefenen publiekrechtelijk toezicht. Daarbij wordt in het stelsel gebruik gemaakt van geaccepteerde prestatie-indicatoren. Rekening houdend met de aard van de activiteiten van de zorginstelling en de risico's voor de maatschappij, kan het natuurlijk zo zijn dat de publiekrechtelijke toezichthouder zondermeer kiest voor een repressieve benadering. Dit ongeacht de ontwikkeling van het niveau van naleving, privaatrechtelijk toezicht en verantwoording bij de zorginstelling. Mits voldoende gemotiveerd hoeft publiekrechtelijk toezicht in deze vorm niet in de weg te staan aan de ontwikkeling van naleving bij zorginstellingen.

De complexe verhouding tussen bestuur, privaatrechtelijk toezicht, verantwoording en publiekrechtelijk toezicht staat er aan in de weg om privaatrechtelijk en publiekrechtelijk toezicht uit te ruilen. Belangrijker is het om met behulp van een ordenend denkraam, vast te stellen op welke groep van prestatie-indicatoren het bestuur (in de zin van sturing) van de zorginstelling achter blijft en om welke redenen. Die analyse vormt vertrekpunt voor de toepassing van een efficiënte en effectieve mix van privaatrechtelijk toezicht, verantwoording, evenals complementair publiekrechtelijk toezicht.

2 Inleiding

2.1 Achtergronden

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (hierna: de Raad) is een onafhankelijk adviesorgaan voor parlement en regering. De Raad zet zich in voor de gezondheid van de burger en de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. De Raad brengt hierover strategische adviezen uit op het gebied van onder andere de jeugd-, ouderen-, geestelijke gezondheids- en ziekenhuiszorg. Daarbij komen allerlei beleidsaspecten aan bod, zoals financiële en organisatorische kwesties, medisch-ethische zaken en patiëntenrechten. Thema's die in de adviezen aan de orde komen, zijn de kosten van de gezondheidszorg, wachtlijsten en schaarste, verslavingsproblemen in Nederland, de taak van de gemeente op deze terreinen, bedreigingen voor de volksgezondheid etc. Durf, visie en realiteitszin kenmerken deze adviezen. De Raad stelt zijn kennis beschikbaar aan de zorgsector.

De zorgsector ondergaat grote veranderingen. De Raad speelt hierop in door continue met het veld in gesprek te zijn. Door enerzijds veranderingen op de voet te volgen en anderzijds eigen kennis beschikbaar te stellen aan de zorgsector, behoudt en versterkt de Raad zijn deskundigheid op beleidsvormend en uitvoerend niveau.

Governance in de zorgsector

Eén van de vraagstukken waar de Raad zich voor ziet geplaatst is de ontwikkeling van bestuur, toezicht op het bestuur en verantwoording over dat bestuur en het toezicht in de zorgsector (governance). Dit vraagstuk is, gelet op het belang dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: de minister) hieraan hecht, toegevoegd aan het werkprogramma 2007 van de Raad.

Over dit vraagstuk stelt de Raad in haar plan van aanpak 'Governance in de zorgsector'⁵: "(dat) in de afgelopen decennia de maatschappelijke inbedding van zorginstellingen sterk is afgenomen doordat de directe binding met specifieke maatschappelijke organisaties, zoals kerken, gemeentelijke overheden, is vervallen. Daarmee zijn ook de rechtstreekse verantwoording en toezicht vervallen en is er sprake van een 'democratisch legitimeringskort'. Tegelijkertijd heeft in de sector enorme schaalvergroting plaatsgevonden. Tegen de achtergrond van een sociaal ziektekostenverzekeringsstelsel, en de daaraan gerelateerde behoefte aan beheersing van de publieke financieringsstromen, hebben deze ontwikkelingen geresulteerd in een tendens tot zwaardere verantwoording- en controleverplichtingen van dienstverlenende instellingen in deze semi-publieke sector. In termen van de WRR: 'een uitdijende controlebureaucratie door stapeling van toezicht en verantwoording, waar onverantwoord hoge kosten aan verbonden zijn die hoger zijn dan de baten' (Bewijzen van goede dienstverlening, 2004).

Achtereenvolgende kabinetten onderkennen dit probleem en streven er sindsdien naar om meer verantwoordelijkheden en bevoegdheden over te laten aan de instellingen die publieke diensten verlenen. Door het accent op interne controle en horizontale verantwoording aan belanghebbenden te leggen, wordt ruimte geschapen voor een terugtrek van de centrale overheid. 'Tussen horizontale verantwoording en verticale controle bestaat immers een omgekeerd evenredige verhouding: naarmate horizontale verantwoording en daarmee gepaard gaande maatschappelijke inbedding beter zijn geregeld, kan de verticale controle van overheidswege selectiever en gericht worden ingezet' (SER, Ondernemerschap voor de publieke zaak, 2005). Ook het nieuwe kabinet huldigt dit uitgangspunt. Zo staat in het coalitieakkoord onder meer dat 'bij de invulling van publieke voorzieningen en

⁵ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 'Governance in de gezondheidszorg, plan van aanpak'; Den Haag, 24 juli 2007.

overheidszorg zoveel mogelijk ruimte wordt gelaten voor maatschappelijke betrokkenheid en eigen initiatief’.

Ook het nieuwe zorgstelsel is (mede) gestoeld op dit uitgangspunt. De introductie van gereguleerde marktwerking in de zorg beoogt nadrukkelijk een andere verantwoordelijkheidsverdeling voor betrokken partijen. Dit vraagt om een eigentijdse invulling van het toezicht. En hoewel met dit nieuwe stelsel belangrijke fundamenten zijn gelegd, leidt dit vooralsnog niet tot een afname van de regeldruk – en daarmee gepaard gaande administratieve lasten - voor zorginstellingen, noch tot afbouw van het verticale toezicht; eerder het tegendeel lijkt waar. Mede als gevolg van incidenten en daaruit voortvloeiende Kamervragen kan de wetgever kennelijk maar moeizaam afscheid nemen van de vertrouwde sturings- en controlesystematiek en blijft daarmee op meerdere gedachten hinken.

De kans is groot dat de (gereguleerde) markt hierdoor niet goed gaat functioneren, wat tot nieuwe pleidooien voor meer controle zal leiden. Deze impasse houdt dus een risico in voor de gezondheidszorg en moet worden doorbroken.”

Aan de centrale vraagstelling van het door de Raad uit te brengen advies liggen bovenstaande denklijnen mede ten grondslag.

2.2 Centrale vraagstelling en kanttekeningen van de Raad

De Raad beoogt met een advies aan de minister over de richting van de ontwikkelingen van governance in de zorgsector een bijdrage te leveren aan de mogelijkheden om de geconstateerde impasse te doorbreken. De Raad heeft, met het oog op het uit te brengen advies, UJG verzocht een deelstudie uit te voeren op aspecten samenhangende met toezicht en verantwoording in het licht van de centrale onderzoeksvraag. Deze vraag luidt:

‘Is een uitruil tussen extern en intern toezicht in de gezondheidszorg mogelijk? Zo ja, op welke onderdelen, op welke wijze en aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan?’

In haar plan van aanpak plaatst de Raad een aantal kanttekeningen bij de centrale onderzoeksvraag. Die kanttekeningen hebben ook bij de uitvoering van deze deelstudie betekenis en zijn hieronder volledigshalve overgenomen.

Kanttekeningen van de Raad bij de centrale vraagstelling

- a. de centrale vraagstelling heeft een principiële en een meer pragmatische component en valt daarom uiteen in twee deelvragen. Het advies richt zich vooral op voorwaarden en mogelijkheden voor de uitruil tussen verticaal overheidstoezicht en intern toezicht/horizontale verantwoording, maar laat de principiële component niet onbesproken. Wat is precies de taak van de overheid in de semi-publieke sector en is dit een exclusieve taak of kan deze (ten dele) ter hand worden genomen door de private sector? En levert dit dan ook een verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening op?
- b. Governance is een ruim begrip, dat vaak wordt omschreven als ‘een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording over bestuur en toezicht’ (Hoek, 2007). In dit advies ligt de nadruk op toezicht en verantwoording.
- c. De vraag wordt toegespitst op de relatie tussen overheid en zorgaanbieders. Dit neemt niet weg dat (ook) de rol van zorgverzekeraars aan bod komt, omdat zij als zorginkoper tegenwicht kunnen bieden aan zorgaanbieders en de werking van dit mechanisme mede van invloed is op de aard, omvang en intensiteit van het noodzakelijk geachte toezicht. Het advies gaat echter niet over de structuur van het (overheids)toezicht op de zorgverzekeraars.

- d. Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel heeft al een herordering van de structuur van het overheidstoezicht op de zorgsector plaatsgevonden (zie onder meer: Verdien(d) vertrouwen: toezichtvisie curatieve zorgstelsel, 2006). Daarin is niet ingegaan op de vraag of het toezicht 'slimmer' - d.w.z. minder belastend voor de sector - georganiseerd kan worden en is met name geen aandacht besteed aan initiatieven die externe toezichthouders zelf ontwikkelen, noch aan normen en correctiemechanismen die de sector zelf ontwikkelt. En dus ook niet aan een mogelijke trade off tussen extern en intern toezicht. In zijn toezichtvisie curatieve zorgstelsel geeft de toenmalige minister van VWS aan dat het kabinet dit aspect nadrukkelijk mee zal nemen in zijn plannen voor een herordering van het rijkstoezicht en een verdere verschuiving van verantwoordelijkheden in de richting van de samenleving. Het advies van de Raad beoogt voor dit aspect handreikingen te bieden.

De Raad zal haar advies mede op basis van een viertal deelstudies baseren. Deze vier deelstudies hebben, samengevat, betrekking op:

1. Toezicht & verantwoording,
2. Medezeggenschap van cliënten,
3. Vereenvoudiging van het toelating- en vergunningsstelsel en
4. Afstemming van de activiteiten samenhangende met kwaliteitssystemen.

De Raad wenst met het uit te brengen advies een bijdrage te leveren aan de verdere uitbouw van het nieuwe zorgstelsel door handreikingen te bieden voor het wegnemen van een aantal obstakels die aan het overlaten van verantwoordelijkheden in de weg staan. Daarnaast kan het advies bijdrage aan het verminderen van de regeldruk voor de sector.

De Raad formuleert in het plan van aanpak een aantal beleidsvragen met betrekking tot bovenstaande vier deelstudies. De relevante beleidsvragen voor de onderhavige deelstudie naar extern en intern toezicht zijn overgenomen in het volgende hoofdstuk. Daarin is ook beschreven op welke wijze UJG aan deze deelstudie uitvoering heeft gegeven. In het vierde hoofdstuk worden de uitkomsten van deze deelstudie gepresenteerd.

3 Deelstudie 'Toezicht & verantwoording'

3.1 Opdracht deelstudie & relevante beleidsvragen en randvoorwaarden

De Raad heeft de opdracht voor deze deelstudie als volgt geformuleerd:

'een verkenning en onderzoek naar de mogelijkheden van versterking van het interne toezicht, van verticale naar horizontale verantwoording, vermindering regeldruk en administratieve lasten; mede op basis van een vergelijking met andere sectoren'.

De door de Raad geformuleerde beleidsvragen en randvoorwaarden zijn in de feitelijke onderzoeksactiviteiten betrokken. Daarbij is ook gelet op de interferentie met de andere deelstudies.

Beleidsvragen en randvoorwaarden

1. In de literatuur en relevante beleidsstukken wordt als randvoorwaarde voor een uitruil tussen extern en intern toezicht versterking van de interne controle en horizontale verantwoording genoemd. Vraag is hoe dit te bewerkstelligen is en of dit inderdaad leidt tot verhoging van de kwaliteit van de dienstverlening en reductie van de administratieve lasten. In dit verband wordt aandacht besteed aan:
 - a. professionalisering van het interne toezicht; ontwikkelingen van Raden van Toezicht sinds hun introductie (hoe functioneren zij en waarop houden zij toezicht), samenstelling profiel en competenties, overeenkomsten/verschillen per deelsector; ontwikkeling toezichthoudend systeem (inclusief verantwoording) NVTZ;
 - b. toezicht op toezicht: accountantsverklaring, procedure bij de ondernemingskamer van het Gerechtshof Amsterdam (recht van enquête);
 - c. waarin verschillen verticale en horizontale verantwoording? Leidt verschuiving van verticale naar horizontale verantwoording tot afname van administratieve lasten?
 - d. voorziet het Jaardocument zorg in de behoefte aan horizontale verantwoording?
 - e. de spanning tussen maatschappelijk gewenste volledige openbaarheid en behoefte/noodzaak van zorgaanbieders aan geheimhouding van concurrentiegevoelige informatie (Hoek, 2007).
2. Als tweede randvoorwaarde wordt genoemd democratisering van het interne toezicht; hiermee wordt versterking van de invloed/medezeggenschap van de cliënt/patiënt bedoeld. Relevante vragen/aspecten in dit verband zijn de volgende:
 - a. Wat is het wenselijke niveau waarop belanghebbenden zich kunnen uitspreken:
 - over welke onderwerpen;
 - individueel en/of collectief, en is een taakverdeling mogelijk indien beide vormen worden voorgestaan?
 - intern en/of extern georganiseerde zeggenschap en is een taakverdeling mogelijk indien beide vormen worden voorgestaan?
 - in welke stadia (voorafgaand, tijdens of na besluitvorming)?
 - op welk niveau binnen een concern is medezeggenschap nog effectief/wenselijk?
 - Representativiteit van degenen die medezeggenschap hebben.en verschilt dit per deelsector (langdurige versus kortdurende zorg)?
 - b. Alleen cliënten betrekken of ook potentiële cliënten en andere betrokkenen? En in het laatste geval, wat is dan een wenselijke invloed van cliënten op de samenstelling van een belanghebbendenraad (wetsvoorstel MO)?

- c. Is medezeggenschap van cliënten verenigbaar met een stelsel van gereguleerde marktwerking? Medezeggenschap 'bindt' de cliënt aan de zorgaanbieder en dat lijkt in te druisen tegen het uitgangspunt van concurrentie.
 - d. Dilemma: invloed van de cliënt op het bestuur van de instelling of op de samenstelling en het profiel van de raad van toezicht en de mogelijkheid tot ingrijpen bij disfunctioneren? Medezeggenschap van cliënten t.a.v. bijvoorbeeld de strategische koers van de instelling lijkt problematisch; het bestuur is verantwoordelijk en aansprakelijk en moet meerdere belangen tegen elkaar afwegen. Het bestuur moet dus zelf kunnen beslissen.
 - e. Welke mogelijkheden zijn er voor cliënten om invloed uit te oefenen op de samenstelling en het profiel van de raad van toezicht en ingrijpen bij disfunctioneren? Is uitbreiding gewenst/noodzakelijk? (bindend voordrachtsrecht, aanbevelingsrecht, beroepsmogelijkheid, enquêterecht).
3. In hoeverre kan aan de randvoorwaarden onder 1 en 2 worden voldaan door de introductie van een nieuwe rechtsvorm (in het bijzonder de rechtsvorm maatschappelijke onderneming)?
 4. Als aan de randvoorwaarden kan worden voldaan, waar kan dan daadwerkelijk uitruil plaatsvinden door regelgeving – en het bijbehorende overheidstoezicht en handavingsmechanisme - af te schaffen of te vereenvoudigen? Daarbij dient tenminste aandacht te worden besteed aan de volgende aspecten:
 - a. de overheid blijft te allen tijde verantwoordelijk voor de borging van de publieke belangen in de zorg. Om de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de zorg te borgen hanteert de overheid een toelating- en vergunningsstelsel, dat forse administratieve lasten voor zorgaanbieders met zich meebrengt. De bewindslieden van VWS hebben het voornemen het bouwregime voor zorginstellingen af te schaffen en de toelatingsprocedure te vereenvoudigen. Hoe worden de betreffende publieke belangen in dat geval geborgd en is ander (overheids)toezicht nodig en hoe zou dat eruit moeten zien?
 - b. Ter borging van de kwaliteit blijft een belangrijke rol weggelegd voor overheidstoezicht door de IGZ. De IGZ werkt al met gelaagd en gefaseerd toezicht. Toch is de vraag aan de orde of de overheid niet meer kan profiteren van al bestaande toezicht- en handavingsactiviteiten in de sector zelf of van andere toezichthouder(s) door activiteiten op elkaar af te stemmen en/of informatie te delen. Zo heeft ook de NZA in deze een taak, zij het als afgeleide. Namelijk niet als toezichthouder op de kwaliteit van zorg zelf, maar wel wat betreft transparantie van kwaliteitsinformatie. Sluiten bestaande toezicht- en handavingsmechanismen goed op elkaar aan en genereren die de juiste informatie?
 - c. Informatie- en/of verantwoordingsverplichtingen van zorgaanbieders.

3.2 Uitvoering van de deelstudie

In deze deelstudie zijn de in de vorige paragraaf onder 1 a, b en c, alsmede 4 geformuleerde onderwerpen betrokken. Verder is het wetsvoorstel 'maatschappelijke onderneming' bestudeerd. Voorop staat dat deze deelstudie zich richt op mogelijkheden extern – en intern toezicht 'uit te ruilen'. Niet als doel op zich, maar om te bewerkstelligen dat de belangen van de gereguleerde marktwerking in de zorgsector worden gewaarborgd met een minimum aan lasten. Dat aan een feitelijke uitruil randvoorwaarden zijn verbonden is logisch, maar deze worden niet gezien als een reden om uitruil bij voorbaat af te wijzen. Voortbordurend op de kennis over ontwikkelingen in bestuur, toezicht op bestuur en verantwoording in verschillende sectoren, is in deze deelstudie de relatie tussen die ontwikkelingen en het publiekrechtelijke toezicht in beeld gebracht.

Allereerst door het verzamelen, ordenen, bestuderen en analyseren van relevante documentatie; wet- en regelgeving, jurisprudentie en literatuur. In bijlage I is de lijst van geraadpleegde documenten en literatuur opgenomen. In het vierde hoofdstuk zijn de begrippen die in de gedachtevorming over

bestuur, toezicht op bestuur en verantwoording over bestuur en toezicht een prominente rol spelen opgenomen. De beschrijving van deze begrippen en hun (soms wettelijk vastgelegde) betekenis draagt bij aan een heldere en duidelijke beeldvorming over de uitkomsten van dit onderzoek in het perspectief van de ontwikkeling van governance in de zorgsector.

Vervolgens is in het vijfde hoofdstuk het palet geschetst van verantwoordelijkheden voor de gezondheidszorg, het bestuur, toezicht op bestuur en verantwoording daarover in het perspectief van de dominante politiek-bestuurlijke tradities bij de benadering van maatschappelijke vraagstukken.

Voor het inzicht in de wisselwerking tussen privaatrechtelijk toezicht en het publiekrechtelijk toezicht is ook de relevante wet- en regelgeving betrokken, zoals:

- Wet toelating zorginstellingen (WTZI); deze wet is op 1 januari 2006 in werking getreden en regelt de wijze waarop zorginstellingen als zodanig toegelaten worden.
- Wet marktordening gezondheidszorg (WMG); deze wet regelt de oprichting van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), diens taken, bevoegdheden en instrumenten.
- Zorgverzekeringswet (Zvw); deze wet regelt de verplichte zorgverzekering, de omvang van de dekking van die verzekering en de verplichte acceptatie door zorgverzekeraars.
- Kwaliteitswet zorginstellingen; deze wet stelt globale eisen aan de kwaliteit van de zorgverlening, die door instellingen zelf worden uitgewerkt en toegepast.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg; deze wet schept voorwaarden voor het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. De wet regelt onder meer titelbescherming, registratie, voorbehouden handelingen en tuchtrecht.
- Gezondheidswet; deze wet regelt de organisatie van het toezicht van de overheid op de Volksgezondheid, zoals de organisatie van de Gezondheidsraad en het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.
- (Voorstel van) Wet bestuurlijke handhaving IGZ, waarmee de inspectie de bevoegdheid krijgt tot het opleggen van bestuurlijke boetes en last onder dwangsom.
- (Voorstel van) Wet maatschappelijke onderneming.

In het perspectief van ontwikkelingen op het terrein van governance & compliance in de zorgsector en andere sectoren wordt in het zesde en laatste hoofdstuk in gegaan op het belang van de samenhang tussen bestuur, toezicht en verantwoording voor een evenwichtig stelsel van privaatrechtelijk en publiekrechtelijk toezicht.

4 Toezicht: een begrip met betekenis

Toezicht is een ambigu begrip. Iedereen praat over toezicht. Maar zonder zich voldoende te realiseren dat er zoveel definities over toezicht zijn als deelnemers aan het gesprek. Deelnemers die bovendien verschillende opvattingen hebben over goed toezicht. Of het onderscheid tussen extern – en intern toezicht. Over verantwoording en rekenschap. Anders wel over de lasten die samenhangen met het toezicht. Voor bedrijven en instellingen, maar ook voor toezichthouders. En de lijst met elementen en aspecten die vooral leiden tot verwarrende gesprekken over toezicht is lang. Alvorens in de tweede paragraaf stil te staan bij de begrippen en hun betekenis worden hierna enkele woorden aan de ontwikkelingen op het gebied van toezicht gewijd. In het bijzonder aan extern toezicht of liever nog *publiekrechtelijk* toezicht; toezicht op de naleving van bij of krachtens de wet gestelde regels en uitgeoefend door bij of krachtens een wet aangewezen toezichthouders, als bedoeld in de Algemene wet bestuursrecht (hierna: Awb). Alle *andere* met toezicht aangeduide activiteiten van andere instanties of personen rekenen we tot *privaatrechtelijk* toezicht. Een duidelijker onderscheid dan het vaker gehanteerde intern – versus extern toezicht kunnen we niet maken. En daarmee krijgt het begrip 'toezicht' een eenduidige betekenis.

4.1 Ontwikkelingen in toezicht

Eind 2005 stuurde de regering haar kaderstellende visie op toezicht 'Minder last, meer effect; zes principes van goed toezicht' naar de Tweede Kamer⁶. Met meer verantwoordelijkheid in de samenleving en het aanvaarden van risico's komt, zo is de mening van het kabinet, goed toezicht het best tot zijn recht. In die kaderstellende visie wordt, voortbouwend op de eerste drie principes uit de toezichtvisie uit 2001, een drietal nieuwe principes voor toezicht geformuleerd om te komen tot nog beter toezicht. De zes principes zijn dan: onafhankelijk, transparant, professioneel, selectief, slagvaardig en samenwerkend. Deze principes zijn in meer of mindere mate terug te vinden in de sinds 2006 gepresenteerde visies van toezichthouders, ook in de zorgsector.

De commissie Stevens⁷ stelde in 2006 dat de regellast die door bedrijven en instellingen wordt ervaren wel aan het functioneren van toezichthouders is te wijten, maar dat de eersten ook de hand in eigen boezem mogen steken. Vertrouwen vragen, betekent verantwoordelijkheid nemen én rekenschap afleggen voor bedrijven en instellingen. Om zo minder gebukt te gaan onder lasten die samenhangen met (extern) toezicht. Waarbij wantrouwen jegens bedrijven en instellingen plaats moet gaan maken voor vertrouwen in de ontwikkeling van competenties van bedrijven en instellingen.

Uit onderzoek door UJG⁸ in 2006 en 2007 blijkt dat tussen het juridisch kader, de competentie van bedrijven en instellingen en de vorm en stijl van toezicht sprake is van een continue wisselwerking. Het juridisch kader omvat niet alleen de formele regelgeving, maar ook jurisprudentie en materiële regelgeving (zoals gedragscodes en protocollen, die geen grondslag hebben in het formele recht). Formele regelgeving is in zekere mate statisch van aard. Jurisprudentie en materiële regelgeving zijn eerder aan verandering onderhevig. De competentie van bedrijven en instellingen heeft betrekking op (effecten van) de organisatie van het stelsel van maatregelen, middelen, bevelen en toezicht om de naleving van regels te realiseren. Dit stelsel wordt in de literatuur aangeduid met Good governance & compliance. In de zorgsector bestaan verschillende (kwaliteits) systemen die hierin beogen te voorzien. Uiteindelijk gaat het om de merkbare effecten van goed bestuur, niet het bestaan van instituties en systemen als zodanig. En dat geldt ook voor goed toezicht.

⁶ Brief Minister BZK, Kenmerk 2005-0000248053, Aanbiedingsbrief Tweede kamer bij kaderstellende visie op toezicht 2005.

⁷ Commissie Stevens: Het gezicht van toezicht, aanbevelingen tot vermindering van de toezichtlast, Den Haag, maart 2006.

⁸ Hübner, M., Veldkamp, A. & Verbree, M; 'Veranderend toezicht, over de maat der dingen'; UJG; Utrecht, juni 2007.

Bedrijven en instellingen wensen op basis van vertrouwen in hun bedoelingen en rekening houdend met de bedrijfsspecifieke kenmerken door publiekrechtelijke toezichthouders te worden benaderd. De beoogde activiteiten in het kader van de verdere vermindering van regeldruk⁹ in de huidige kabinetsperiode sluiten daarop aan. Organisaties hechten niet alleen aan proportioneel toezicht, maar ook aan de effectiviteit van het toezicht, al was het maar om oneerlijke concurrenten aangesproken te zien worden. Het kabinet brengt in de loop van 2008 de lasten van toezicht per toezichtdomein integraal in kaart met het 'Meetmodel Toezichtslasten' (hierna: MTL). Het MTL is nauw verwant aan het standaardkostenmodel en brengt zowel de administratieve lasten als de ervaren lasten in beeld.

4.2 Begrippen en hun betekenis

Publiekrechtelijk toezicht

In de Nederlandse wetgeving is geen algemene omschrijving van het begrip toezicht, in de betekenis van toezicht op basis van een wettelijke grondslag door een instelling van de overheid, opgenomen. Dit neemt niet weg dat er in de parlementaire geschiedenis, de literatuur en de rechtspraak omschrijvingen van het begrip toezicht zijn gegeven. De Hoge Raad omschrijft het begrip toezicht in 1895 als volgt: *'het bewaken, nagaan en gadeslaan van de handelingen of zaken van anderen met het oog op de naleving der verordeningen van de bevoegde macht uitgegaan'*.¹⁰ De omschrijving die te vinden is in de Aanwijzingen voor de regelgeving¹¹ komt materieel daarmee overeen: *'de werkzaamheden die door of namens een bestuursorgaan worden verricht om na te gaan of voorschriften worden nageleefd'*.¹²

Meer recent heeft de regering onder andere in de kaderstellende visie op toezicht twee omschrijvingen van toezicht gegeven:

'Onder toezicht wordt [in deze visie] zowel de controle op de naleving van wet- en regelgeving als ook het bestuurlijke toezicht op medeoverheden en zelfstandige bestuursorganen verstaan'.

En ook: *'Toezicht is het verzamelen van de informatie over de vraag of een handeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, het zich daarna vormen van een oordeel daarover en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren'*.¹³

Een (externe) toezichthouder heeft dus drie taken: informatie verzamelen, een oordeel daarover vormen en zondig ingrijpen. Van Rossum wijst er op dat wanneer de definitie van toezicht als element 'interveniëren bevat, het onderscheid tussen de begrippen 'toezicht' en 'handhaving' niet altijd even scherp is.¹⁴ Maar dat is meer voor de fijnproevers.

De Memorie van Toelichting op de Algemene wet bestuursrecht kenschetst toezicht op de naleving als: *'de uitvoering van controles zonder dat van de overtreding van een wettelijk voorschrift hoeft te zijn gebleken'*.¹⁵ Deze omschrijving benadrukt dat toezicht ook resultaat kan hebben zonder dat er sanctiemiddelen hoeven worden ingezet. In deze optiek gaat toezicht aan handhaving vooraf.¹⁶

⁹ Brief Minister van Financiën, Kenmerk IPAL 2007-136 M, Aanbiedingsbrief Plan van aanpak 'Merkbaar minder regeldruk voor ondernemers 2007-2011!', Den Haag, juli 2007.

¹⁰ HR 11 maart 1895, W 6637.

¹¹ Aanwijzingen voor de regelgeving (doorlopende tekst tot en met 7^e wijziging, Stcrt. 2005, 87); Circulaire van de Minister-President van 18 november 1992; Ministerie van Justitie, Den Haag, 2005.

¹² Aanwijzingen voor de regelgeving nr. 132.

¹³ Kamerstukken II 2000-2001, 27831, nr. 1, p. 6-7.

¹⁴ A.A. van Rossum, Civielrechtelijke aansprakelijkheid voor overheidstoezicht, in: Preadvies NJV 2005-1, p. 11, Den Haag, 2005.

¹⁵ Memorie van Toelichting derde tranche Awb, p. 128.

¹⁶ A.A. van Rossum, p. 11.

Nalevingstoezicht kan dan als volgt worden omschreven: *'de werkzaamheden die door of namens een bestuursorgaan worden verricht om na te gaan of voorschriften worden nageleefd'*.¹⁷

Een andere gehanteerde definitie is: *'het door toezichthouders op basis van wettelijke bevoegdheden verzamelen van informatie over de naleving van wettelijke normen die tot burgers en bedrijven zijn gericht en het rapporteren daarover aan de tot sanctioneren bevoegde organen'*.¹⁸ Vaak worden overigens de termen nalevingstoezicht en handhavingstoezicht door elkaar gebruikt, maar helemaal zuiver is dat dus niet. Een ander onderscheid is dat tussen preventief en repressief toezicht. Preventief toezicht houdt in dat bepaalde gedragingen of handelingen van tevoren door een toezichthouder moeten worden goedgekeurd. Onder repressief toezicht vallen bevoegdheden die aan de toezichthouders zijn verleend om de wet kunnen handhaven. Hierbij kan gedacht worden aan de bestuurlijke boete, de last onder dwangsom etc.¹⁹ Een meer materieel onderscheid is dat tussen algemeen en concreet toezicht. Bij algemeen toezicht gaat het om zonder directe aanleiding en in algemene zin te controleren op naleving. Bij concreet toezicht gaat de toezichthouder af op concrete aanwijzingen voor niet-naleving, bijvoorbeeld klachten of publicaties in de media.

De Algemene wet bestuursrecht kent het begrip 'toezichthouder'. Art. 5:11 Awb omschrijft dit begrip als volgt: *'een persoon bij of krachtens wettelijk voorschrift belast met het houden van toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens enig wettelijk voorschrift'*. Twee dingen vallen op in deze definitie: het gaat om toezicht op de naleving en het moet gaan om een persoon. Vooral dat laatste is relevant, want dat houdt in dat bestuursorganen of andere instanties die in specifieke wetten met toezicht zijn belast, geen bevoegdheden kunnen ontlenen aan afdeling 5.2 Awb. In dat geval moeten aan hen dus in de bijzondere wetgeving specifieke bevoegdheden worden toegekend. Een voorbeeld is art. 36 Gezondheidswet dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aanwijst als toezichthouder ten aanzien van de volksgezondheid. Daarmee is de Inspecteur voor de Gezondheidszorg ook van rechtswege toezichthouder geworden in de zin van art. 5:11 Awb en beschikt hij ook over de daarbij behorende bevoegdheden. De eerder aangehaalde Van Rossum maakt verder nog het onderstaande onderscheid in toezichthouders:

- a. toezichthouders die binnen de overheid werkzaam zijn en onder ministerieel gezag opereren (bijv. Arbeidsinspectie, Voedsel en Waren Autoriteit);
- b. idem, maar met een zekere mate van zelfstandigheid (bijv. IGZ);
- c. toezichthouders die op afstand van de minister staan, maar wel tot de overheid behoren (bijv. NMa, DNB); dit zijn zelfstandige bestuursorganen;
- d. 'algemene' toezichthouders (bijv. provincies, gemeenten en waterschappen).

Privaatrechtelijk toezicht

In het (nieuw in te voeren) artikel 2:307j BW²⁰ zijn de introductie, samenstelling en taken van de raad van toezicht van de maatschappelijke onderneming opgenomen. De taakstelling van de raad van toezicht is ontleend aan het vennootschapsrecht (vgl. art. 140 lid 2 BW). De raad heeft tot taak toezicht te houden op het beleid van het bestuur en de algemene gang van zaken in de door de maatschappelijke onderneming in stand gehouden onderneming(en) en instellingen. De raad staat het bestuur met raad terzijde. De raad van toezicht dient zich bij de taakvervulling te richten op het belang van de maatschappelijke onderneming en de door haar in stand gehouden onderneming(en) of instelling(en) met een bijzondere nadruk op het nagestreefde maatschappelijke belang. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel wordt expliciet gemaakt dat de raad van toezicht niet de verlengde arm is van de overheid. De behartiging van publieke belangen die de overheid zich stelt, moet een publiekrechtelijke grondslag hebben en langs publiekrechtelijke weg worden verzekerd, zo valt in de

¹⁷ Aanwijzing voor de regelgeving nr. 124.

¹⁸ Rogier/Hartmann/V.d Hulst, Nalevingstoezicht, Monografieën financieel bestuursstrafrecht 2002, p. 11.

¹⁹ Van Rossum, p. 12-13.

²⁰ Voorstel van wet tot wijziging van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek in verband met de introductie van een rechtsvorm voor de maatschappelijke onderneming

toelichting te lezen. De raad van toezicht kan het bestuur krachtens dit artikel opdragen kwaliteitsbevorderende instrumenten te gebruiken, zoals visitaties, en daarover te rapporteren. Om recht te doen aan de diversiteit van de (beoogde) maatschappelijke ondernemingen is afgezien van een definitie van toezicht in het wetsvoorstel. De maatschappelijke onderneming is als rechtsvorm *niet* verplicht. Instellingen kunnen straks gebruik maken van deze rechtsvorm. Andere nu gangbare rechtsvormen, zoals de stichting, blijven bestaan. De nieuwe rechtsvorm biedt ten opzichte van de stichting en vereniging het voordeel van regulering van de structuur voor toezicht en verantwoording.

In de Zorgbrede governancecode (hierna: de code) is de taak van de raad van toezicht omschreven als het toezicht houden op het besturen door de raad van bestuur en op de algemene gang van zaken in de zorgorganisatie. In hoofdstuk 3 van de code zijn deze taak en de daarmee samenhangende aspecten verder beschreven. Daaruit volgt dat de raad van toezicht ten minste toezicht houdt op:

- de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie;
- de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie;
- de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen;
- de financiële verslaglegging;
- de naleving van wet- en regelgeving; en
- het als zorgorganisatie op passende wijze uitvoering geven aan het zijn van een zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Administratieve lasten

Administratieve lasten worden gedefinieerd als de kosten voor het bedrijfsleven om te voldoen aan informatieverplichtingen die voortvloeien uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie. De begrippen uit deze definitie worden hieronder kort toegelicht.

Kosten

Met kosten worden in principe alle kostensoorten bedoeld die betrekking hebben op het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie. Het gaat om kosten die concreet, objectief en dus meetbaar zijn.

Bedrijfsleven

Tot het bedrijfsleven behoren bedrijven zoals opgenomen in de definitie van de Nationale Rekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS): alle sectoren van de economie, met uitzondering van het openbaar bestuur en overheidsdiensten, de verplichte sociale verzekeringen en het onderwijs. Voor deze uitzonderingen geldt, dat de private onderdelen daarbinnen wél weer onder het bedrijfsleven vallen.

Informatieverplichtingen

Alleen de kosten die terug te voeren zijn tot een wettelijke verplichting vallen onder administratieve lasten. Ook al leveren bepaalde informatieverplichtingen irritatie op of worden ze als een last ervaren, het gaat bij het in kaart brengen van administratieve lasten alleen om de last in de betekenis van objectieve kostenposten.

Wet- en regelgeving

Het gaat om wet- en regelgeving van de overheid, dus ook om de verplichtingen die voortvloeien uit algemeen verbindende voorschriften en beleidsregels.

Overheid

Met overheid bedoelen we alle eenheden die voornamelijk gecontroleerd en gefinancierd worden door de overheid zelf. Hiertoe behoren alle instellingen, ook als ze werkzaam zijn in het buitenland, zoals ambassades. Omgekeerd worden buitenlandse ambassades en internationale instellingen die in Nederland gevestigd zijn, zoals Europol en het Internationaal Gerechtshof, niet tot de Nederlandse overheid gerekend. Vennootschappen maken in principe geen deel uit van de overheid, zelfs al zijn ze geheel of gedeeltelijk eigendom van overheidsinstellingen.

Handelingen: verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie

Centraal hierbij staan zaken die betrekking hebben op het voorzien in de informatiebehoefte door de overheid. Dit kan een directe overdracht naar de overheid zijn (bijvoorbeeld bij statistieken), maar ook kan de overheid vragen informatie achter de hand te houden (bijvoorbeeld de plicht van werkgevers om identificatiebewijzen van werknemers te bewaren) of informatie aan derden (bijvoorbeeld consumenten) ter beschikking te stellen. Essentieel is de verplichting dat op ieder moment de gegevens beschikbaar moeten zijn en dus direct opgeleverd moeten kunnen worden.

Nulmeting

De nulmeting maakt duidelijk wat de administratieve lasten per wet zijn. Het is ook mogelijk om de alternatieven van voorgenomen wet- en regelgeving en de bijbehorende effecten door te rekenen. Voor de berekening wordt gebruik gemaakt van het standaardkostenmodel (SKM). De nulmeting maakt de uitgangspunten en basisgegevens inzichtelijk waardoor de effecten van reductievoorstellen goed kunnen worden gekwantificeerd.

Standaardkostenmodel

Het SKM²¹ is een rekenmodel waarmee in kaart wordt gebracht wat de administratieve lasten per wet zijn. Het wordt ook gebruikt om de alternatieven van een voorgenomen wet door te rekenen op administratieve lasten. Het bestaande model wordt overigens uitgebreid met een kwalitatieve beoordeling door ondernemers.

Toezichtlasten

Toezichtlasten worden gangbaar omschreven als de lasten die bedrijven of instellingen ondervinden om te voldoen aan de informatieverplichtingen vanwege het toezicht. In deze omschrijving wordt het begrip 'toezicht' geïncorporeerd. De commissie Büller²² omschreef in haar rapport 'Zorg voor minder last' toezicht als 'het verzamelen van informatie over de vraag of een handeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, het zich daarna vormen van een oordeel daarover en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren' en gebruikte dus de door het kabinet in de Kaderstellende visie op toezicht gehanteerde definitie. Een definitie die is gebaseerd op de Awb.

²¹ Ministerie van Financiën; 'Meten is weten', Handleiding voor het definiëren en meten van administratieve lasten voor het bedrijfsleven ; Den Haag, december 2003.

²² Prof. dr. H.A. Büller, voorzitter Raad van Bestuur Erasmus MC Rotterdam.

De commissie Büller verdeelde het door haar gemeten toezicht in:

1. De tijd en kosten die een organisatie kwijt is aan het rondleiden en informeren van een inspecteur (administratieve lasten van toezicht);
2. De nalevingslasten van toezicht (het geld dat een bedrijf uitgeeft naar aanleiding van een inspectie); en
3. De last van toezicht die een organisatie ervaart.

In het rapport 'Zorg voor minder last' werd aangenomen dat het hiervoor omschreven toezicht ook zou kunnen worden uitgeoefend door anderen dan de wettelijke toezichthouders. Dat is een onjuiste aanname wanneer de begrippen 'toezicht' en 'toezichthouder' langs de maatlat van de Awb worden gelegd. De Awb omschrijft immers het begrip 'toezicht' en wanneer een persoon 'toezichthouder' is. En laat dus geen ruimte aan een persoon of organisatie die niet bij of krachtens wettelijk voorschrift met toezicht is belast om *publiekrechtelijk* toezicht uit te oefenen. Veel door bedrijven en instellingen ervaren lasten hebben wel te maken met enigerlei vorm van toezicht, controle of informatieverwerving, maar komen niet direct voort uit het bij of krachtens de wet uitgeoefende toezicht door bij of krachtens de wet ingestelde toezichthouders en inspectiediensten. Deze lasten, zoals de commissie Büller deed, benoemen als 'aan toezicht verwante lasten' is feitelijk onjuist en scheidt onnodige verwarring. Al was het maar door de introductie van weer een "nieuwe" last, die moet worden gemeten.

Meetmodel toezichtlasten

Het meetmodel toezichtlasten (MTL) is afgeleid van het verbeterde SKM en is een rekenmodel om de administratieve lasten en ervaren lasten van *toezicht* in kaart te brengen.

Bij de ervaren lasten gaat het vooral om hoe de toezichthouder zich naar het oordeel van het bedrijf opstelt, hoe de werkwijze van de toezichthouder bij het bedrijf wordt beleefd en hoe de toegevoegde waarde van een inspectie voor het bedrijf wordt ervaren.

Nalevingskosten

Nalevingskosten zijn alle kosten die een bedrijf of instelling moet maken om aan regels van de overheid te voldoen. Administratieve lasten zijn daar een onderdeel van maar bedrijven en instellingen moeten ook op andere terreinen kosten maken om aan normen, voorschriften en procedures te voldoen. Met behulp van het meetmodel nalevingskosten wordt het mogelijk om de kosten van een bedrijf of instelling beter toe te delen.

Kafkafonische discussies

De uitgevoerde literatuurstudie en gesprekken met vertegenwoordigers van de verschillende spelers in de zorgsector hebben ons duidelijk gemaakt dat toezicht als begrip én het object van toezicht onvoldoende zijn bepaald. Die onbepaaldheid van toezicht brengt met zich mee dat de daaraan gerelateerde inhoudelijke aspecten onuitputtelijk zijn. Ruimte laat voor interpretatie en uiteindelijk leidt tot kafkafonische discussies over toezicht met een ongewisse uitkomst. In het onderhavige onderzoek hebben wij de verantwoordelijkheid genomen om de in dit hoofdstuk gepresenteerde begrippen te hanteren. In de verwachting dat met behulp van een helder en duidelijk denkraam (in het zesde hoofdstuk) vragen worden beantwoord en kafkafonische discussies vermeden.

5 Bestuur, toezicht & verantwoording én nogmaals toezicht

5.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk zijn belangrijke definities en gangbare omschrijvingen van de begrippen die samenhangen met de onderwerpen van dit onderzoek overzichtelijk gepresenteerd. Het vormt daarmee de opmaat voor de verkenning van de mogelijkheden van versterking van het interne toezicht, van verticale naar horizontale verantwoording, alsmede vermindering van regeldruk en administratieve lasten. In de literatuur en relevante beleidsstukken wordt verondersteld dat een uitruil tussen publiekrechtelijk en privaatrechtelijk toezicht mogelijk is. Ervan uitgaande dat tegelijkertijd sprake is van een versteviging van de interne controle én horizontale verantwoording.

In dit hoofdstuk wordt stil gestaan bij dimensies van goed bestuur (§ 5.3), het bestuur van de zorginstelling (§ 5.4), de ontwikkeling én in het bijzonder professionalisering van het privaatrechtelijke toezicht op dat bestuur (§ 5.5) en de verantwoording over dat bestuur en het privaatrechtelijke toezicht (§ 5.6). In paragraaf 5.7 wordt in gegaan op veronderstelde andere vormen van privaatrechtelijk toezicht, zoals de accountantsverklaring, het recht van enquête en accreditatie. De achtste paragraaf is gewijd aan het publiekrechtelijke toezicht. De volgende paragraaf (§ 5.2) beschrijft ter introductie het politiek-bestuurlijk paradigma op de zorgsector. Enige bekendheid op hoofdlijnen van de wet- en regelgeving, codes en andere documenten die de kaders, randvoorwaarden en instrumenten bieden om tot goed bestuur te komen wordt verondersteld.

5.2 Gezondheid; zorg door of verantwoordelijkheid van de overheid?

De overheid draagt sinds 1848 een grondwettelijke verantwoordelijkheid om maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. Iedere burger heeft recht op kwalitatief goede, doelmatige en toegankelijke gezondheidszorg. De minister van VWS heeft als belangrijkste uitgangspunten voor het beleid in de zorgsector geformuleerd:

- algemene toegankelijkheid en
- goede kwaliteit van de zorg,
- betaalbaarheid,
- gelijke behandeling,
- solidariteit en
- beheersen van de uitgaven.

Deze uitgangspunten kunnen anno 2008 kortweg geformuleerd worden als het zorg dragen voor een algemeen toegankelijke, doelmatige gezondheidszorg van goede kwaliteit. Kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid zijn de objecten. De zorgaanbieders, zorgontvangers en zorgverzekeraars zijn subjecten van de verantwoordelijkheid van de overheid.

Wanneer de overheid zelf (letterlijk) uitvoering zou geven aan de gezondheidszorg noodzaakt die verantwoordelijkheid *niet* op voorhand tot het stellen van kaders en scheppen van voorwaarden om toegankelijke, doelmatige gezondheidszorg van goede kwaliteit door andere partijen te laten bewerkstelligen. Beleid, uitvoering en verantwoording vormen een ononderbroken cyclisch proces. In die situatie, de verticale traditie van overheids*bestuur*, werkt de ministeriële verantwoordelijkheid door tot aan het bed. De eisen die in deze traditie aan het bestuurlijk functioneren worden gesteld hebben betrekking op operationele, beleidsmatige en constitutionele kwaliteit. Operationele kwaliteit ziet op de geleverde prestaties. Beleidsmatige kwaliteit raakt vooral aan de processen, in het bijzonder de billijkheid en eerlijkheid van handelen van publieke organisaties. Aspecten van legitimiteit, legaliteit, openbaarheid en behoorlijk bestuur vinden we terug onder de noemer van beleidsmatige kwaliteit. Voor vertrouwen in de publieke organisatie is het van belang dat de organisatie toekomstbestendig is. Verder

onder meer in staat is om flexibel in te spelen op veranderende omstandigheden en het hoofd weet te bieden aan crises. Die eisen verdwijnen niet naar de achtergrond bij de introductie van andere reguleringsparadigma's of arrangementen. De overheid had begin jaren tachtig van de vorige eeuw verschillende motieven om tot andere vormen van bestuur te besluiten. De overheidsbureaucratie bleek niet in staat om snel in te spelen op veranderende omstandigheden. Dit vertraagde handelen werd negatief beïnvloed door de omloopsnelheid en beschikbaarheid van (digitale) informatie. De overheidsbureaucratie kreeg steeds meer moeite met sturing geven aan de uitvoering van zorg in private instellingen. In het toenmalige paradigma van nieuw publiek management werd mede daarom de scheiding tussen politiek/beleid en uitvoering geïntroduceerd (de zogenaamde "knip"). De politiek-bestuurlijke wensen staan hierin niet langer voorop, maar de wensen van bedrijven, instellingen en burgers. Vanuit de veronderstelling dat besluiten op het niveau worden genomen waar de meeste informatie en de vereiste kennis beschikbaar is. De globale eisen in de Kwaliteitswet zorginstellingen brengen dat idee ook in juridische zin tot uitdrukking. Onder het motto 'dicht bij de burger' werden in de loop der jaren veel verantwoordelijkheden en taken (wettelijk) functioneel of territoriaal gedecentraliseerd. Verder werden uitvoeringstaken losgeweekt van beleid en vervolgens op afstand gezet in agentschappen (interne verzelfstandiging) of zelfstandige bestuursorganen (externe verzelfstandiging). Deze scheiding tussen beleid en uitvoering beoogde ook bij te dragen aan doelmatig en doeltreffend functioneren in combinatie met een zekere mate van concurrentie. Prestatiesturing bleek een volgende logische stap in het denken vanuit nieuw publiek management. Daarnaast was er sprake van verdergaande privatisering van een aantal sectoren. Tenslotte werd op een aantal beleidsterreinen marktwerking ingevoerd. Het toepassen van het marktmechanisme, zo veronderstelde de regering in die tijd, zou bij dragen aan het oplossen van vraagstukken, zoals het beheersen van de omvang van de zorg én de daarmee gepaard gaande kosten in de zorgsector. De overheid stapte begin jaren tachtig in de rol van marktmeester. De mythen over marktwerking en vraagsturing waren de stuwende kracht achter deze ontwikkeling. En zo deed marktwerking ook in de zorg zijn intrede. Eind jaren negentig constateerde De Vries²³ al dat ondoordachte introductie van dit politiek-bestuurlijk paradigma niet zonder gevolgen kon blijven.

De introductie van marktwerking in de gezondheidsector werd vooral ingegeven door het willen beheersen van oplopende uitgaven. De overheid ging verschillende op principes van marktwerking gestoelde instrumenten hanteren. Ze veronderstelde daarbij dat het marktmechanisme altijd weer naar een evenwicht van vraag en aanbod beweegt. Maar ook dat de omvang van de eigen bemoeienis minder zou worden en daarbij ook de omvang van de overheid (als uitvoeringsorganisatie) zelf zou afnemen. Tegelijkertijd werd vanuit de onderliggende eisen aan het bestuurlijk functioneren gekozen voor regulering van de zorgmarkt om ongewenste imperfecties te voorkomen. Voor een goed functionerende markt is, naast vertrouwen, de aanwezigheid van een overheidsbureaucratie²⁴ een *conditio sine qua non*. In theorie geeft de overheid vanuit haar verantwoordelijkheid duidelijk richting aan, maar laat het verlenen van zorg over aan andere organisaties. Organisaties die, zo was de gedachte, niet behept zijn met de geschetste bureaucratische beperkingen. De overheid heeft zich gepositioneerd als systeemverantwoordelijke voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Daar houdt de ministeriële verantwoordelijkheid op. Het samenbrengen van de vraag en het aanbod van zorg is in deze benadering de verantwoordelijkheid van partijen in de gereguleerde private markt. In het bijzonder de bestuurder van een zorginstelling. Voorbeelden van de uitwerking van dit denkraam vinden we terug in een aantal wetten, zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet BIG, WTZI en WMG. Deze en andere wet- en regelgeving voorzien in het systeem waarbinnen gereguleerde marktwerking met borging van de kwaliteit van de zorg plaats kan vinden. Het laten verlenen van zorg

²³ J. de Vries e.a., Politiek bestuurlijk management, Een blik achter de gouden muur, Samson, Alphen aan den Rijn, 1998.

²⁴ Weber, M., Gezag en bureaucratie, (red. en vert. A. van Braam), Rotterdam, 1972.

binnen dit systeem is de verantwoordelijkheid van de bestuurder van de zorginstelling. De feitelijke zorg wordt binnen die juridische structuur verleend door de medisch professionals.

Regels, in de zin van *formele* wet- en regelgeving, zijn door deze ontwikkelingen in absolute aantallen afgenomen. Maar daarvoor in de plaats zijn nieuwe *beleids- en materiële* regels ontstaan. Om, zoals gezegd, imperfecties tegen te gaan en grenzen te stellen aan de omvang van de marktwerking. Regels waarmee publiekrechtelijke toezichthouders inhoud geven aan de systeemverantwoordelijkheid van de overheid. Maar ook instellingen moeten noodgedwongen *zelf* regels formuleren om aan door de overheid gewenste verplichtingen te kunnen voldoen. En daar inzicht in te verschaffen (als veronderstelde vorm van publieke verantwoording) met de bijbehorende procedures. De globale wettelijke kaders worden door verschillende spelers vanuit verschillende invalshoeken concreet ingevuld. Op die breukvlakken van verantwoordelijkheden, bevoegdheden, percepties en belangen krijgen regels praktisch betekenis of juist niet.

Het bevorderen van de volksgezondheid was, is en blijft de verantwoordelijkheid van de overheid. Het feitelijk gereguleerd aanbieden van zorg is de eindverantwoordelijkheid van de bestuurder van de zorginstelling. Daadwerkelijke zorg wordt niet door de 'klassieke' overheidsorganisatie als zodanig verleend.

De introductie van marktwerking in de zorgsector als resultante van het streven naar een scheiding tussen beleid en uitvoering had tegen de achtergrond van maatschappelijke ontwikkelingen een aantal (onbedoelde) effecten. Enkele van die effecten worden hierna aangestipt²⁵. Ten eerste werd de ministeriële verantwoordelijkheid door de scheiding tussen beleid en uitvoering begrensd tot het stelsel van zorg. Over de feitelijke individuele zorg, de handen aan het bed, ging de regering niet meer. In de wetgeving werden dienovereenkomstig de bevoegdheden van de regering beperkt. De ministeriële verantwoordelijkheid stopt bij de wettelijke grenzen van de bevoegdheid van de minister, maar omvat tegelijkertijd alles wat onder de reikwijdte van die bevoegdheden valt. In deze zienswijze is de ministeriële verantwoordelijkheid duidelijk wettelijk afgebakend. Vanuit deze zienswijze in combinatie met de scheiding van beleid en uitvoering voelde, tegen de achtergrond van een historisch gegroeide traditie van incidentalisme, de volksvertegenwoordiging zich op afstand geplaatst. En veranderde het broze vertrouwen tussen regering én parlement in wantrouwen. Niet de scheiding van beleid en uitvoering als zodanig, maar het achterblijven van de acceptatie bij het parlement van de consequenties voor de ministeriële verantwoordelijkheid, leidde tot wantrouwen. Dat wantrouwen tussen regering en parlement vormde in combinatie met een stelsel van regels in aanbouw de wankelende basis voor de ontwikkeling van de zorgsector. Vertrouwen in de jonge gereguleerde zorgmarkt heeft daardoor vanaf het begin ontbroken, omdat het nooit als zodanig is gegeven.

Een tweede effect hangt samen met de gekozen bedrijfsmatige benadering van de zorgsector. Daarin werden onverenigbare doelstellingen met elkaar verbonden (Frissen, 2008). De overheid beoogde door middel van de introductie van marktwerking het volume van de zorg én de kosten van de zorg gelijktijdig te beheersen. Dat is niet mogelijk want in een markt waar volume af neemt, neemt de prijs per product toe. En neemt de prijs per product af, dan neemt het volume toe. Die onverenigbare economische doelstellingen, sloten niet aan bij de beleidsmatige doelstellingen van de regering. De regering wilde niettemin koste wat het kost de doelmatigheid van de zorg beheersen. Het leidde tot het tweede effect van de introductie van marktwerking in de zorgsector: een toename van bureaucratie ingegeven door dwangmatige beheersing van de kosten.

De voorgaande effecten van de introductie van marktwerking leidde tot een derde effect. Dat wat inmiddels bekend staat als de stapeling van toezicht. De controlezucht van de overheid werd ingegeven

²⁵ De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid gaat in het rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening' (Amsterdam University Press, Amsterdam, 2004) en daaraan voorafgaande voorstudies en achtergronden uitgebreid in op de effecten van de introductie van marktwerking in de zorg en andere sectoren.

door de krampachtige wens om politieke verantwoording af te kunnen leggen over de feitelijke uitvoering van de zorg. Die zucht naar controle werd bovendien versterkt door de behoefte van de overheid om grip te krijgen op de realisatie van de geformuleerde conflicterende beleidsdoelstellingen door zorginstellingen. Deze en elders opgetekende effecten komen terug in de door de Raad geformuleerde onderzoeksvragen (zie paragraaf 3.2), die in het kader van deze deelstudie een rol spelen.

5.3 Dimensies van goed bestuur

De scheiding tussen beleid en uitvoering in de zorgsector is ook een scheiding in het bestuur binnen de zorgsector. De overheid neemt, gegeven haar verantwoordelijkheid voor het bevorderen van de volksgezondheid, een deel van dat bestuur voor haar rekening. Bestuurders van instellingen in de zorg voorzien in de daadwerkelijke invulling van de behoefte aan zorg. Goed bestuur in de zorgsector is daarmee een zaak van de overheid en de bestuurders van de zorginstellingen. Verantwoording, alsmede privaatrechtelijk – en publiekrecht toezicht dragen bij aan de kwaliteit van bestuur, mits deze niet verworden tot schaduw of – erger nog – vervangend bestuur. Uit gesprekken met bestuurders, privaatrechtelijke – en publiekrechtelijke toezichthouders en vertegenwoordigers van belanghebbenden in de zorgsector komt naar voren dat in de praktijk geen of in beperkte mate sprake is van rolvastheid. Goed bestuur is daardoor van niemand en iedereen. In het licht van de achtergrondstudies bij het rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening' van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (hierna: WRR)²⁶ valt dat moeilijk te rijmen. In één van die studies staat goed bestuur centraal. Daarin wordt goed bestuur (of good governance) door Van Montfort met behulp van vier dimensies gekenschetst²⁷. Die dimensies van goed bestuur behoren terug te komen in het bestuur door de overheid (public governance) én door private partijen (corporate governance) in de zorgsector. Die dimensies zijn:

1. Gemeenschappelijke maatschappelijke visie;
2. Wet en recht;
3. Democratische principes; en
4. Uitvoering.

Van Montfort omschrijft deze dimensies als volgt: 'Goed bestuur investeert in het tot stand brengen van een gemeenschappelijke visie en reflectie op, en publiek debat over, wat van de verschillende partijen in een bepaald onderdeel van het publieke domein mag worden verwacht, en over hoofddoelen en kernwaarden in dat onderdeel van het publieke domein. Goed bestuur houdt zich aan de wet, is rechtmatig en hanteert algemene beginselen van behoorlijk bestuur. Goed bestuur heeft een basis in de parlementaire democratie en zorgt er daarnaast voor dat belanghebbenden zijn betrokken bij het tot stand komen van publieke diensten en goederen, maakt publieke verantwoordelijkheden voor succes en falen duidelijk, zorgt voor een brede publieke verantwoording aan alle relevante stakeholdergroepen en creëert exit, voice en/of bijsturingmogelijkheden voor stakeholders als de uitvoering niet naar wens is. Goed bestuur sluit aan bij een maatschappelijke vraag of een maatschappelijk probleem, is innovatief, doelmatig, voldoet aan kwaliteitscriteria en voorkomt handelingsblokkades.'

De invulling van verantwoordelijkheden en rollen in die dimensies behoort bij te dragen aan de geformuleerde doelstellingen, gebaseerd op een gemeenschappelijke maatschappelijke visie. Het achterblijven van de parlementaire acceptatie van de toedeling van verantwoordelijkheden bij de introductie van gereguleerde marktwerking in de zorgsector is een belangrijke oorzaak voor de ontstane bureaucratie en controlezucht. Tot nu toe wordt aan dit onjuist toegepaste democratisch

²⁶ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 'Bewijzen van goede dienstverlening', Amsterdam University Press, Amsterdam, 2004.

²⁷ C.J. van Montfort, 'Ruimte voor goed bestuur', WRR webpublicatie nr. 2., Tilburg/Den Haag, 2004.

principe voorbij gegaan in de zoektocht naar oplossingen om ongewenste effecten van gereguleerde marktwerking in de zorgsector het hoofd te bieden. De discussie gaat over instrumenten om parlementair wantrouwen weg te nemen, niet over dat wantrouwen zelf. In zo'n discussie raakt vertrouwen in goed bestuur dat is verankerd in een passend stelsel van toezicht en verantwoording op de achtergrond.

5.4 Goed bestuur: de realisatie van kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid

Goed bestuur betekent voor bestuurders van instellingen in de zorg dat zij streven naar een evenwicht tussen maatschappelijke belangen en risico's van ondernemerschap. Met andere spelers in de zorgsector is een gedeelde maatschappelijke visie nodig om dat streven te kunnen delen en op voorhand vertrouwen te krijgen. Daarnaast hebben die andere spelers ook een eigen rol bij het vorm geven van goed bestuur voor de zorgsector als geheel.

Met de invoering van de WTZi werden wettelijke eisen gesteld aan de bestuurstructuur en de bedrijfsvoering van zorginstellingen, die vallen onder de reikwijdte van deze wet. Die eisen zijn verder uitgewerkt in het Uitvoeringsbesluit WTZi. Deze regelgeving vormt samen met de code het raamwerk voor goed bestuur. Het zal niet verbazen dat de meeste zorginstellingen binnen de reikwijdte van de WTZi inmiddels worden bestuurd door een Raad van Bestuur (hierna: RvB). De RvB is het hoogste orgaan van de rechtspersoon die de zorginstelling beheert of exploiteert. Daarover hoeven geen misverstanden te ontstaan. Dit vloeit namelijk voort uit de wet (Boek 2 BW) en uit de statuten van de instelling. In de code is dit als volgt omschreven: 'De Raad van Bestuur bestuurt de zorginstelling. Haar komen alle taken en bevoegdheden toe die volgens de wet c.q. de statuten tot het bestuur behoren. De Raad van Bestuur is daarvoor eindverantwoordelijk en kan daarop worden aangesproken.' De RvB delegeert in de praktijk een deel van de taken naar lagere managementniveaus in de organisatie.

De Zorgbrede Governancecode (hierna: de code) biedt, voor de leden (die de rechtsvorm 'stichting' hebben) van de bij deze code betrokken brancheverenigingen, een set regels om vorm en inhoud te geven aan goed bestuur. De code wordt door de initiatiefnemers gepresenteerd als de samenbundeling van moderne en breed gedragen algemene opvattingen over goed bestuur. Verder maken zij twee belangrijke kanttekeningen bij de gepresenteerde code. Die kanttekeningen kunnen hier niet onvermeld blijven. Ten eerste laat goed bestuur zich niet puur in regels vangen. Goed bestuur moet tot uitdrukking komen in het doen en laten van personen. Principes van goed bestuur krijgen pas betekenis als bestuurders en toezichthouders zich herkennen in de bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid van hun zorgorganisatie en zij zich hierop laten aanspreken. Vanuit die gedachte richt de code zich op de kwaliteit van het bestuur, de kwaliteit van het toezicht daarop, de interactie tussen Raad van Bestuur en Raad van Toezicht en tenslotte op het op gepaste wijze betrekken van belanghebbenden bij het beleid van de zorgorganisatie. Een tweede kanttekening raakt aan de toepassing van de code. De opstellers van de code geven aan dat het toepassen van de bepalingen van deze code niet zondermeer leidt tot een goede en doelmatige ingevuld goed bestuur. Onder omstandigheden kan juist een afwijking of alternatieve invulling van de bepalingen van de code leiden tot een betere operationalisering van de daarin opgenomen beginselen. Wel dient de zorgorganisatie in dat geval over die afwijkingen gemotiveerd verantwoording af te leggen in haar jaarlijkse verantwoording. Deze opvatting vormt de basis voor de in de code opgenomen "pas toe of leg uitregel" en het is dit uitgangspunt dat alle betrokken zorgorganisaties voldoende ruimte biedt voor een in de praktijk goed bruikbare code.

Binnen het (wettelijke) raamwerk van goed bestuur en de formulering van de taken van de RvB wordt in de code in verhouding veel aandacht besteed aan de maatschappelijke verantwoordelijkheid en verantwoording aan belanghebbenden. De RvB dient wel te zorgen dat de activiteiten van de zorginstelling bestuurlijk, financieel, juridisch én organisatorisch goed zijn geregeld. Want anders verworden de maatschappelijke verantwoordelijkheid en verantwoording aan belanghebbenden tot een

lege huls. Die ruimere aandacht voor de bestuursstructuur en verantwoording is, gelet op de *oorzaken* van de onbedoelde effecten van de invoering van gereguleerde marktwerking in de zorgsector, wel te verklaren.

De eindverantwoordelijkheid van de RvB hoeft, in het licht van de huidige (juridische) kaders, in de relatie met de arts niet ter discussie te staan. De arts is weliswaar verantwoordelijk voor de geneeskundige behandeling en verzorging van patiënten in de zorginstelling, maar behoort daarbij het door de RvB aangegeven organisatorische en financiële kader, in acht te nemen. De RvB heeft vanuit haar eindverantwoordelijkheid rekening te houden met de door medisch specialisten vastgestelde zorginhoudelijke randvoorwaarden.

De Vereniging van Bestuurders in de Gezondheidszorg (hierna: NVZD) richt zich, naast belangenbehartiging van haar leden, op de ontwikkeling en het behoud van de kwaliteit van de bestuurder in de gezondheidszorg. De NVZD heeft een gedragscode opgesteld waarin normen aan de individuele functie-uitoefening van de bestuurder worden gesteld. De NVZD ziet deze code als een aanvulling op de wet- en regelgeving. De NVZD biedt gelegenheid om de professionaliteit en deskundigheid van bestuurders in de zorg te bevorderen. De NVZD biedt in samenwerking met het Erasmus Centrum voor Management Development in de zorg (Erasmus CMDz) programma's voor (toekomstige) bestuurders in de gezondheidszorg. Verder kunnen bestuurders op basis van het principe van zelfbeoordeling en analyse van de eigen rol en functioneren binnen de organisatie de ontwikkeling van goed bestuur versterken.

De combinatie van wet- en regelgeving, code en aanvullende instrumenten bieden een solide basis om kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid in de zorgsector door de bestuurder te (doen) realiseren. Het is aan het individuele lid van de RvB om de regels na te leven, aan (zelf opgelegde) vereisten te voldoen en beschikbaar gestelde instrumenten en mogelijkheden te benutten.

5.5 Betekenis van privaatrechtelijk toezicht voor goed bestuur

De WTZi verplicht zorginstellingen tot het instellen van een toezichthoudend orgaan. Dat is meestal een Raad van Toezicht (hierna: RvT), maar dit RvT model is niet wettelijk verplicht. Op grond van artikel 6.1 onder a van het Uitvoeringsbesluit WTZi moet er een orgaan zijn dat toezicht houdt. Niemand kan lid zijn van het toezichthoudend orgaan én de algemene of dagelijkse leiding hebben. De RvT bestuurt niet, maar controleert en adviseert de RvB. De wet regelt verder de functiescheiding op individueel niveau, de onafhankelijkheid van leden van het toezichthoudend orgaan en het vastleggen van de verdeling van bevoegdheden tussen RvB en RvT. De code reikt handvatten aan voor de regeling van de taak en werkwijze van de RvT. Toezicht omvat zoals blijkt uit de code tenminste de realisatie van de doelstellingen van de zorgorganisatie, de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie, de opzet en werking van de interne risicobeheersing- en controlesystemen, de financiële verslaglegging, de naleving van wet- en regelgeving, evenals het als zorgorganisatie op passende wijze uitvoering geven aan het zijn van een zorgonderneming met een bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid.

De Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen (hierna: NVTZ) werkt in een referentiemodel²⁸ de op de wet en de code gebaseerde bevoegdheden van de RvT in vijf 'prestatievelen' uit, te weten: toezicht, werkgeverschap van het bestuur, meedenken en klankborden, de regeling van de besturing en de goedkeuringsbevoegdheden. De NVTZ beoogt, net als de NVZD, een bijdrage te leveren aan het functioneren en de bekwaamheid van toezichthouders en bestuurders in de gezondheidszorg. De activiteiten, publicaties, zoals de reeks 'Instrumenten voor governance bij zorginstellingen' en diensten van de NVTZ richten zich onder andere op (inhoudelijke) professionalisering, (postacademische) opleidingen, expertbijeenkomsten, accreditatie en certificering.

²⁸ Referentiemodellen voor de regeling van de besturing, NVTZ, Zoetermeer, 2006.

Privaatrechtelijk toezicht krijgt betekenis voor goed bestuur door de bereikte institutionalisering van dat toezicht en verdere professionalisering daarvan door (leden van) de RvT. In de verhouding met de RvB behoort de RvT een 'countervailing power' te zijn. Op dit moment ligt de oriëntatie bij het privaatrechtelijk toezicht op de realisatie van de operationele doelstellingen. In de verhouding met de RvB is het van belang om bij privaatrechtelijk toezicht een primaire oriëntatie te hebben op de effecten van bestuur in relatie tot de vastgestelde strategische doelstellingen. Operationeel toezicht (de resultaten van de inzet van mensen en middelen) vormt een onderligger voor tactisch toezicht, toezicht gericht op de vertaling van strategische doelstelling, en strategisch toezicht, dat is gericht op de langere termijn doelstellingen van de zorginstelling. De NVTZ constateert bij monde van de directeur dat sprake is van een verschuiving in de richting van evenwichtig toezicht: strategisch, tactisch én operationeel.

Binnen het raamwerk van privaatrechtelijk toezicht is de RvT niet onderworpen aan een bovengeschikt orgaan dat toe ziet op haar functioneren. De RvT legt door middel van een eigen verslag wel publiekelijk rekenschap af over dat functioneren. De RvB én RvT kunnen onder omstandigheden aansprakelijk worden gehouden voor de gevolgen van hun afzonderlijk of gezamenlijk functioneren.

5.6 Verantwoording of rekenschap?

Elke zichzelf respecterende bestuurder weet dat rekenschap geven over het functioneren van een zorginstelling, het bestuur en het toezicht daarop, bij draagt aan goed bestuur en het beeld over de zorginstelling. Bespreekbaar maken van dat functioneren en open staan voor een kritische en constructieve beschouwing over het gevoerde beleid en de bereikte resultaten dienen goed bestuur en daarmee de kwaliteit van de zorg.

Bestuurders en privaatrechtelijke toezichthouders van zorginstellingen verschaffen inzicht in de organisatie van goed bestuur, de bereikte resultaten van de zorginstelling en de wijze van uitoefening van hun taken. Onder andere door de verantwoordelijkheidsverdeling schriftelijk vast te leggen en kenbaar te maken, maar vooral door jaarlijkse in een openbaar document verslag te doen van het gevoerde beleid en over de in dat jaar geleverde prestaties. De zorginstelling geeft daarmee openbaar rekenschap van haar bijzondere maatschappelijke verantwoordelijkheid. In deze handelwijze is vastgesteld, noch gelegd wie tot de kring van belanghebbenden van de zorginstelling worden gerekend. Iedereen kan kennis nemen van het gevoerde beleid en zich daar een mening over vormen.

De code lijkt een stap verder te gaan. Ter uitvoering van de code voorziet de zorginstelling in beleid om met belanghebbenden van gedachten te kunnen wisselen over tenminste de onderwerpen die in de code worden genoemd. De code institutionaliseert het overleg met belanghebbenden en veronderstelt dat een bont samenstel van personen en organisaties een gemeenschappelijk beeld heeft over de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van zorg. De code schept de (valse) verwachting dat de bestuurder in staat is om uiteenlopende belangen in de feitelijke besturing van de zorginstelling pijnloos samen te brengen. De code bepaalt verder dat aan alle benoemde belanghebbenden verantwoording wordt afgelegd. Die verantwoording heeft betrekking op de visie en de strategie van de zorgorganisatie, de bestuursstructuur, het verslag van de RvT, de dialoog met belanghebbenden, prestatie-indicatoren over kwaliteit en toegankelijkheid en personeel en over de financieel-economische resultaten (de jaarrekening). De gekozen formulering 'verantwoording af leggen' wekt de suggestie dat er sprake is van meervoudig toezicht. Als zou een organisatie van belanghebbenden in staat zijn om de RvB (en RvT) op basis van de verschaft informatie ter verantwoording te roepen en maatregelen te nemen. Dat is, een uitzondering daargelaten, niet het geval en ook niet de bedoeling.

Het in omloop zijnde wetsvoorstel voor de Maatschappelijke Onderneming gaat verder en introduceert de mogelijkheid van belanghebbendenvertegenwoordiging, inhoudende een recht van advies en de mogelijkheid tot het inroepen van geschillenbeslechting indien een advies niet wordt gevolgd. Dat door

de regering wordt gezocht naar wettelijke maatschappelijke verantwoording heeft eigenlijk maar één reden: de eerder beschreven scheiding tussen beleid en uitvoering en de daarmee samenhangende beperking van de ministeriële verantwoordelijkheid. Het daarmee gepaard gaande gevoel van democratisch verlies van het parlement, wordt met deze onderdelen van de code en wellicht het wetsvoorstel Maatschappelijke Onderneming ogenschijnlijk gecompenseerd. Feit blijft dat het benoemen van een orgaan dat cliënten van de zorginstelling vertegenwoordigt inmiddels wettelijk verplicht is. Met het afleggen van rekenschap geeft de zorginstelling openheid van zaken aan die cliënten. Die openheid van zaken stelt een dergelijk orgaan, zoals een cliëntenraad, in staat om jegens bestuurder (en toezichthouder) aandacht te vragen voor zaken aangaande het beleid en bereikte resultaten. Cliëntenvertegenwoordigende organen beschikken over adviesrecht en het recht van enquête. De samenstelling van deze organen is voldoende bepaalbaar. Leden van deze organen hebben een direct belang en kunnen vanuit hun betrokkenheid met de zorginstelling ook een zinvolle bijdrage leveren aan het streven naar kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van zorg. Dit in tegenstelling tot vertegenwoordigende organen van belanghebbenden waar de directe betrokkenheid en het directe belang van de leden met het reilen en zeilen van de zorginstelling niet op voorhand is aangetoond.

De WTZi vereist voor zorginstellingen, die de rechtsvorm stichting of vereniging²⁹ hebben, dat in de statuten de bevoegdheid is vastgelegd tot het indienen van een enquêteverzoek bij de Ondernemingskamer van het Gerechtshof in Amsterdam door een orgaan dat cliënten van de zorginstelling vertegenwoordigt. Dit enquêterecht heeft de wetgever geïntroduceerd als een ultimatum remedium om binnen het privaatrechtelijk stelsel van bestuur, toezicht en verantwoording in te laten grijpen bij misstanden in de zorginstelling, die valt onder de reikwijdte van deze wet. Het enquêterecht is een zwaar middel en de enquêteprocedure voorkomt dat dit instrument al te lichtvaardig wordt gehanteerd.

5.7 Borging en verbetering van kwaliteit

De inbreng van de externe account, accreditatie en certificering worden vaak in één adem genoemd als instrumenten ter beoordeling van goed bestuur. Het zijn vanzelfsprekend instrumenten die een indicatie geven van de kwaliteit van de verschillende facetten van de zorginstelling. Door middel van accreditatie en certificering beoogt de RvB primair de kwaliteit van de zorginstelling te borgen en te verbeteren. Door een accreditatie-instelling, zoals het NIAZ, wordt in opdracht van de zorginstelling het traject van accreditatie uitgevoerd. Met het HKZ Certificaat brengt de zorginstelling tot uitdrukking dat wordt voldaan aan vooraf vastgestelde kwaliteitsnormen van de geleverde zorg.

Deze en andere vergelijkbare instrumenten kunnen een verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening door de zorginstelling opleveren. Daarbij gaat het niet om de uitkomsten als zodanig, maar de mate waarin en de wijze waarop de bestuurder van de zorginstelling deze toepast bij de beleidsontwikkeling en de uitvoering.

De RvT betreft de resultaten van de controle door de account en de accreditatie- en certificeringcyclus bij het toezicht op de RvB. De RvB zal bij het rekenschap geven over het gevoerde beleid en de uitvoering aanhaken bij die resultaten om inzicht te geven in noodzakelijke en beoogde maatregelen om verbetering te realiseren. Door erkende instituten geaccrediteerde of gecertificeerde instellingen onderscheiden zich van anderen in de sector. Het biedt cliënten en andere belanghebbenden in de zorgsector een gemakkelijk houvast als het gaat om de keuze van of meningsvorming over een zorginstelling.

²⁹ Artikel 344 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek

De initiële grondslag voor de introductie en toepassing van dit soort instrumenten is bepalend voor de kwalificatie. Wanneer krachtens een wet in een markt certificering wordt geïntroduceerd, maakt het instrument deel uit van het stelsel van uitvoering, naleving, toezicht en handhaving. Zonder wettelijke verplichting is sprake van vrijwillig (opgelegde) certificatie uit oogpunt van verbetering van de bedrijfsprestaties.

Zorginstellingen hebben te maken met veel partijen die in meerdere of mindere mate een rol spelen bij bestuur, privaatrechtelijk toezicht op dat bestuur, rekenschap & verantwoording over dat bestuur en toezicht, evenals publiekrechtelijk toezicht. Sommige partijen hebben oog voor één aspect van het functioneren van de zorginstellingen, maar beschouwen dat wel in het perspectief van het totaalbeeld. Anderen richten zich op het totale beeld en hanteren daarbij informatie van te onderscheiden objecten, subjecten of facetten van de zorginstelling.

In het rapport 'Zorg voor minder last' (Commissie Meting Toezicht Lasten, 2007) zijn de toezichtlasten van vier ziekenhuizen onderzocht. Een belangrijke constatering van deze commissie raakt aan de afbakening van het begrip 'toezicht'. Die constatering³⁰ luidt:

“Gebleken is dat in de meting van de toezichtlasten zoals die thans is uitgevoerd, een groot deel van de wel als lasten ervaren gevolgen van informatieuitraag controle en toezicht niet is gemeten. Deze (niet gemeten) lasten hebben veelal wel te maken met enigerlei vorm van toezicht, controle of informatieverwerving, maar komen niet direct voort uit de lasten van de wettelijk geregelde toezichthouders en inspectiediensten. Zij worden in dit rapport aangeduid als “aan toezicht verwante lasten”. Dit betreft bijvoorbeeld de lasten die worden veroorzaakt door niet overheidspartijen zoals verzekeraars en derden, zoals visitaties door wetenschappelijke verenigingen en accreditaties van opleidingen, maar ook de lasten van accreditatie door beroepsgroepen die kwaliteitsnormen voor de eigen beroepsgroep vaststellen. Deze lasten berusten overigens meestal wel op een wettelijke verplichting of hangen samen met de wettelijke regeling van die beroepsgroepen. Verder gaat het hier om min of meer vrijwillige enquêtes die beogende transparantie van de “ziekenhuismarkt” voor buitenstaanders inzichtelijk te maken. Het inzichtelijk maken is overigens wel weer een wettelijke plicht ingevolge de WTZi. Ook is in de ziekenhuizen sprake van lasten die de ziekenhuizen tot op zekere hoogte zelf veroorzaken zoals kwaliteitsonderzoeken en certificering, waaruit blijkt welke kwaliteitsranking ziekenhuizen hebben.”

In het vierde hoofdstuk hebben wij de begrippen en hun betekenis gepresenteerd. Tegen die achtergrond is de door de commissie gekozen uitbreiding van het begrip toezichtlasten ongelukkig te noemen. Het zuiver onderscheiden van lasten vanuit vaststaande begrippen maakt namelijk duidelijk of de bestuurder een keuzevrijheid heeft. Een vrije keuze voor (bijvoorbeeld) certificering leidt weliswaar tot een toename van de kosten voor de zorginstelling, maar niet tot een toename van administratieve lasten. Ten onrechte wordt door 'aan toezicht verwante lasten' ook de suggestie gewekt dat het toepassen van instrumenten gericht op verbetering van het functioneren van de zorginstelling is te herleiden tot toezicht. Daarvan kan sprake zijn wanneer wettelijk is bepaald dat accreditatie of certificering onderdeel zijn van het stelsel van regels, toezicht en handhaving. Voorbeelden daarvan vinden we in het milieurecht. De toepassing van kwaliteit -, certificering - en accreditatiesystemen draagt bij aan de verbetering van de prestaties van de zorginstelling. En dat komt de kwaliteit ten goede. Niet de uitkomsten als zodanig, maar wat er mee wordt gedaan is bepalend voor de ontwikkeling van de kwaliteit. Borging en verbetering van kwaliteit van zorg bestaan niet bij de gratie van publiekrechtelijk toezicht, maar hebben zelfstandige betekenis.

³⁰ Commissie Meting Toezichtlasten, rapport 'Zorg voor minder last'; p. 4; Den Haag, 2007.

5.8 Nut en noodzaak van publiekrechtelijk toezicht

Voor het zeker stellen van de publieke belangen in de zorgsector is publiekrechtelijk toezicht onontbeerlijk. De verantwoordelijke minister maakt dat met zoveel woorden duidelijk in zijn visie op het publiekrechtelijk toezicht in de curatieve sector³¹. Dat toezicht beschouwt de minister als één van de instrumenten om zijn ministeriële verantwoordelijkheid te kunnen nemen en verantwoording af te leggen aan het parlement over het gevoerde beleid. Daarnaast veronderstelt de minister dat publiekrechtelijk toezicht de mogelijkheid tot kiezen voor burgers vergroot en bij draagt aan het vertrouwen van de burger in de (kwaliteit van) zorg. In de praktijk zijn die veronderstelde effecten van publiekrechtelijk toezicht nog niet aan getoond. Publiekrechtelijk toezicht als zodanig beoogt toe te zien op de naleving van gestelde normen om zo nodig op basis van bevindingen over die naleving te interveniëren. Goed publiekrechtelijk toezicht draagt onder omstandigheden bij aan de ontwikkeling van de kwaliteit in de zorg. Het voorstel van Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving (31.122) is de weerslag van deze visie van de minister. Dit wetsvoorstel breidt in een aantal wetten op het gebied van de volksgezondheid de handhavingmogelijkheden van de minister (in feite de IGZ) uit met de bevoegdheid tot het opleggen van bestuurlijke boetes. Hierdoor mag de IGZ boetes opleggen aan zorginstellingen die in de zorg te kort schieten. Met dit voorstel krijgt de IGZ, in het kader van het toezicht, ook de bevoegdheid om zonder toestemming van de patiënt diens dossier in te zien. Het voorstel is 22 mei 2008 aangenomen door de Tweede Kamer en ligt nu ter behandeling voor in de Eerste Kamer. In de visie van de minister omvat het (publiekrechtelijk) toezicht op de zorgaanbieder een aantal aspecten. Het betreffende deel uit het schema 'publieke belangen en overheidstoezicht' uit de visie is hieronder ter illustratie overgenomen.

Uit: 'Schema publieke belangen en overheidstoezicht'

Toezicht op zorgaanbieder	
kwaliteit van zorg (IGZ)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ verantwoorde zorg ▪ klachtmogelijkheid cliënten
levering van zorg (IGZ en daartoe aangewezen personen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ naleving WTZi: <ul style="list-style-type: none"> ○ naleven toelating en vergunning WTZi ○ sanering ○ afstoten onroerend goed ▪ verbod uitvoeren bijzondere medische verrichtingen
zorgspecifieke markten (NZa en FIOD-ECD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ zorgspecifiek marktgedrag (marktontwikkeling en aanmerkelijke marktmacht) ▪ hanteren eenduidige product- en prestatiebeschrijvingen ▪ vaststellen tarieven en toezien op hanteren tarieven conform WMG
mededinging (NMa)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ beoordelen fusies ▪ verbod misbruik economische marktmacht ▪ handhaven kartelverbod

De noodzaak tot publiekrechtelijk toezicht wordt door de minister benadrukt en door de zorgsector niet betwist. Waar het de zorgsector om te doen is, is of de omvang van het uitgeoefende publiekrechtelijke toezicht wel nut heeft. In het bijzonder de lasten van het uitgeoefende publiekrechtelijke toezicht drukken zwaar op zorginstellingen. Niet omdat het feitelijke toezicht inefficiënt is, maar eerder omdat de

³¹ Minister van VWS; 'Verdien(d) vertrouwen; toezichtvisie curatieve zorgstelsel'; Den Haag, februari 2006.

objecten van dat toezicht ook in het stelsel van verantwoording en privaatrechtelijk toezicht de revue passeren. Publiekrechtelijk toezicht is in de praktijk niet of onvoldoende complementair. En dreigt met de voorliggende wijziging van wetgeving een te repressief instrument te worden.

Publiekrechtelijk toezicht wordt gedefinieerd als: 'het verzamelen van informatie over de vraag of een handeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, het zich daarna vormen van een oordeel daarover en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren'. Het kenmerkende verschil met rekenschap en verantwoording komt tot uitdrukking in de zinsnede "en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren". De toezichthouder heeft de bevoegdheid en is wettelijk in de positie gesteld om, ook al is dat niet de wens van degene die onder toezicht staat, tot interventie over te gaan.

Publiekrechtelijk toezicht richt zich ten eerste op naleving van normen opgenomen in wet- en regelgeving. Het publiekrechtelijk toezicht zelf is gebaseerd op een wettelijke grondslag. In de kaderstellende visie op toezicht heeft het kabinet de wijze waarop publiekrechtelijk toezicht wordt georganiseerd en uitgevoerd afgebakend. De uiteindelijke stijl van toezicht is een afgeleide van de wettelijke norm, de organisatie en werkwijze van de publiekrechtelijke toezichthouder.

Als het gaat om het uitoefenen van publiekrechtelijk toezicht op naleving dan laat de Nederlandse praktijk in verschillende sectoren het volgende beeld zien³². Toezichthouders geven expliciet aan waar het feitelijke toezicht zich op richt en de redenen (uit het oogpunt van de toezichthouders) om specifieke wettelijke bepalingen na te (laten) leven. Bedrijven en instellingen worden voorafgaand aan feitelijk toezicht geïnformeerd over de aard en de doelstellingen van dat toezicht. Verder richt toezicht op naleving zich op situaties die toezichthouders als risicovol beoordelen. Ook de IGZ houdt risicogericht toezicht. De door toezichthouders gehanteerde variabelen om tot het oordeel 'risicovol' te komen, worden voor een deel bepaald door politiek-bestuurlijke belangen. Dit laatste brengt met zich dat een situatie objectief gezien sprake is van geen of lage risico's, maar dat politieke motieven leiden tot de keuze om daar toch toezicht op te houden. Daartegenover staat dat in toenemende mate door de toezichthouder rekening wordt gehouden met de specifieke omstandigheden van de bezochte bedrijven en instellingen. Ook bij de inzet van het instrumentarium voor toezicht. Nochtans is het zo dat de toezichthouder het initiatief neemt en heeft in het toepassen van maatwerk. Maatwerk waarin overigens geen sprake is van ondersteuning van de naleving. Toezichthouders publiceren meer en meer de resultaten van uitgevoerde inspecties. Het bekend maken van geconstateerde overtredingen bij bedrijven en instellingen beoogt een afschrikwekkende werking te hebben op potentiële overtreders, maar gaat voorbij aan de perceptie van bedrijven en instellingen over daderschap³³.

Toezichthouders bundelen meer en meer hun krachten door intensivering van de samenwerking. Deze samenwerking, in het kader van de uitwerking van de kaderstellende visie, richt zich vooralsnog op een drietal domeinen: horeca, land- en tuinbouw en ziekenhuizen³⁴. Dit domeingericht toezicht stelt een branche of sector centraal. Toezichthouders laten daarbij de klassieke invalshoek voor toezicht, namelijk de politiek-bestuurlijke verantwoordelijkheden en de eigen disciplines, los en werken nadrukkelijk vanuit de perceptie van een bedrijf of instelling.

Handhaving is de meest traditionele interventiemethode wanneer een toezichthouder een overtreding van de regels constateert bij een bedrijf of instelling. Er wordt verlangd dat de overtreding wordt beëindigd en gedreigd wordt met dwingende maatregelen. Die uiteindelijk ook worden opgelegd wanneer het bedrijf of de instelling de overtreding laat voortduren of bij herhaling blijft plegen. Traditioneel staat het normatieve karakter van de wet centraal en spelen de context van de overtreding,

³² Hübner, M., Veldkamp, A. & Verbree, M; 'Veranderend toezicht, over de maat der dingen'; UJG; Utrecht, juni 2007.

³³ Leon Bouts, 'Toezien op gedrag en doorzien van perceptie, in vier stappen naar regelovertreding'; Den Haag, december 2006.

³⁴ Plan van aanpak Eenduidig Toezicht, Kamerstukken II, 2005-2006, 29362, nr. 107.

de gevolgen daarvan en de competenties van het bedrijf nauwelijks een rol bij het opleggen van de sanctie. De (hoge) risico's van niet naleven zijn onacceptabel en noodzaken tot ingrijpen. De interventies zijn tijdrovend en vaak risicovol: de toezichthouder neemt de verantwoordelijkheid om de naleving aan de overtreder op te leggen. Dat betekent dat de toezichthouder ingrijpt in het "going concern", de werkprocessen en de dagelijkse praktijk van het betreffende bedrijf of de instelling. Vaak met gebruikmaking van juridische bevoegdheden en middelen. Dat vergt dat de toezichthouder (vaak achteraf) ook verantwoording dient af te leggen over de proportionaliteit en effectiviteit van de gepleegde interventie(s). Meer dan bij andere vormen van interventie vanwege de ingrijpendheid van de toegepaste methode. Het blijkt in de praktijk dat wanneer deze fase is aangebroken dat de juridische, maar ook inhoudelijke basis van constateren en het daarop volgende bestuursrechtelijke optreden steeds vaker door de rechter onder een vergrootglas wordt gelegd en achteraf wordt getoetst. De toets op de aangegeven motieven en bewijslast is de afgelopen jaren verzaamd en meer naar een strafrechtelijk toetsingsniveau gegroeid. Het blijkt dat het vooral voor normerende regelgeving lastig is om in de rechterlijke toets de interventie gestand te doen houden. In deze gevallen moet de toezichthouder de norm naar de praktijk van de bedrijfsvoering interpreteren en vertalen en vervolgens toepassen in een veelal ingrijpende maatregel. Tijdens de belangenafweging door de rechter sneuvelt deze vertaling/interpretatie nogal eens vanwege de oorspronkelijke vaagheid van de wettelijke normstelling. In deze fase wordt vooral het adagium "zeg wat je doet en doe wat je zegt" aangehangen, waarbij zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van zeer concrete maatregelen en eisen. Immers de praktijk heeft uitgewezen dat een strak geregisseerde procedure met heldere eindtermen de meeste kans van slagen heeft bij de rechter maar ook bij de overtreder zelf. Er is dan geen of nauwelijks mogelijkheid om alsnog een ontsnapping te zoeken. Dat vergt een grote inhoudelijke kennis, ruim voldoende capaciteit in mensen en middelen en standvastige houding van de betreffende toezichthouder. Maar voor alles consistent beleid én rolvastheid van alle actoren.

Het nut en de noodzaak van publiekrechtelijk toezicht in de zorgsector staan buiten kijf. Gereguleerde marktwerking kan niet zonder publiekrechtelijk toezicht. Toezicht dat complementair is en kan zijn aan de mate van bestuur, privaatrechtelijk toezicht op dat bestuur en (de effecten van de) verantwoording daarover. Het feitelijke publiekrechtelijk toezicht behoort ook zonder last of ruggespraak uit geoefend te kunnen worden. De ministeriële verantwoordelijkheid is wettelijk beperkt tot het systeem van toezicht als zodanig. Terecht stelde de minister onlangs dat het niet aangaat om de uitkomst van het oordeel van een toezichthouder terzijde te schuiven, omdat een deel van de Tweede Kamer zich bij die uitkomst niet wenste neer te leggen. Dit voorbeeld van ontbreken van rolvastheid in de Tweede Kamer leidt tot onverkwikkelijke discussies, maar erger nog wantrouwen in het publiekrechtelijk toezicht als zodanig.

Om inzichtelijk te maken welke organen en instanties betrokken (kunnen) zijn bij rekenschap geven, verantwoording afleggen en toezicht in zorginstellingen, is op de volgende pagina een schema opgenomen. In het schema zijn in de linkerkolom de organen en instanties opgenomen die betrokken zijn bij het thema 'rekenschap en verantwoording'. Termen die hier bij horen zijn onder andere 'inspraak', 'medezeggenschap' en 'toetsing'. De organen en instanties die betrokken zijn bij 'toezicht' vinden we aan de rechterzijde van het schema. Tenslotte is een plaats ingeruimd voor rechterlijke beoordeling in het private domein. In bijlage II zijn beknopte beschrijvingen van de diverse organen en instanties uit het schema opgenomen.

Bestuur, rekenschap, verantwoording & toezicht

Rekenschap & Verantwoording	Bestuur & toezicht
Intern	Privaatrechtelijk
Cliëntenraad (CR) Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ) Faculteitsraad (FR) Ondernemingsraad (OR) Vereniging Medische Staf (VMS) Stafconvent (SC) Verpleegkundigen Convent (VC) Commissie Medische Ethiek (CME) Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) Centrale Opleidingscommissie (COC) Dierexperimentencommissie (DEC) Ombudsfunctionaris (OF) Klachtencommissie (KC)	Raad van Toezicht (RvT) Raad van Bestuur (RvB) Divisies / clusters (medisch) Afdelingen (medisch) Andere eenheden (niet-medisch)
Extern	Publiekrechtelijk
Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) CliëntenBelang Utrecht Zorgbelang Nederland Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV) Nationale Ziekenhuisraad Vereniging van ziekenhuizen (NVZ) Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) Orde van Medisch Specialisten (Orde)	Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) Provincie Gemeente Brandweer GGD College Ziekenhuisopleidingen (CZO) Calibris Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) Beroepsverenigingen Douane Belastingdienst Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst / Economische Controledienst College Bescherming Persoonsgegevens Autoriteit Financiële Markten (AFM) Landelijke Inspectiedienst Dierenbescherming (LID) Erfgoedinspectie Waterschap Arbeidsinspectie (AI) VROM-Inspectie (VI) Inspectie Verkeer en Waterstaat (IVW)
Rechtspraak	
Tuchtrecht Ondernemingskamer Gerechtshof Amsterdam (OK)	

Belangrijke spelers in de zorgsector, als het gaat om publiekrechtelijk toezicht, zijn de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa). Het extern evenwicht komt tot uitdrukking in de missies en uitgangspunten van deze publiekrechtelijk toezichthouders.

De IGZ heeft haar missie³⁵ als volgt geformuleerd: 'De IGZ bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. De inspectie adviseert de bewindspersonen en maakt ten opzichte van de zorgaanbieders gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg. De inspectie onderzoekt en oordeelt onpartijdig, deskundig, zorgvuldig en onafhankelijk van politieke kleur of heersend zorgstelsel'.

Voor het toezicht hanteert de IGZ als uitgangspunt dat de zorgaanbieder primair verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg die hij levert. De inspectie handhaaft risicogericht. Ze ontwikkelt in samenwerking met het zorgveld kaders en indicatoren waarmee de kwaliteit van geleverde zorg te meten is. Deze kwaliteitskaders die het veld als norm voor verantwoorde zorg vaststelt en de daarbij horende kwaliteitsindicatoren, hanteert de inspectie vervolgens als handavingsnorm. Burgers zijn primair zelf verantwoordelijk voor het al dan niet gebruikmaken van zorg en het kiezen van een bepaalde zorgaanbieder. Er zijn echter aanzienlijk veel/ grote groepen burgers die onvoldoende, nog niet of niet meer zijn toegerust deze verantwoordelijkheid waar te maken. Ook zijn er veel situaties in de zorg die door geen enkele burger goed zijn te overzien. Door toezicht en opsporing draagt de inspectie bij aan de bescherming van deze kwetsbare groepen en de bewaking van dergelijke complexe situaties.

Het bovenstaande is verder uitgewerkt in het meerjarenbeleidsplan 2008 – 2011 van de IGZ, dat in november 2007 verscheen. Het beleidsplan is gestoeld op de principes uit de door het kabinet in 2005 uitgebrachte kaderstellende visie op toezicht. Jaarlijkse werkplannen voorzien in het leggen van accenten en stelt de IGZ in staat om inzicht te geven in de wijze waarop zij inspeelt en richting geeft aan actuele ontwikkelingen. Het voorstel van Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving (31.122) verschaft de IGZ het instrumentarium om die beoogde stijl van publiekrechtelijk toezicht en handhaving te bewerkstelligen.

De NZa heeft haar missie³⁶ als volgt geformuleerd: 'De NZa maakt en bewaakt goed werkende zorgmarkten. De belangen van de consument staan daarbij centraal. Efficiëntie op korte en lange termijn, markttransparantie, keuzevrijheid, toegang tot zorg en de kwaliteit zijn gewaarborgd. De consument krijgt zo de beste waar en waarde voor zijn zorgeuro'.

De NZa hanteert een combinatie van instrumenten om een goede mix te krijgen. Daarbij wordt steeds getracht effectief toezicht te bereiken op een lichte, proportionele wijze, die optimale ruimte laat voor individuele vrijheidsgraden. Hierbij hoort dat de NZa niet zozeer op normatieve uitkomsten wil sturen, maar vooral op goede condities en randvoorwaarden. Waar mogelijk worden voor efficiënt marktgedrag methoden van (gereguleerde) marktwerking gebruikt. Het bevorderen van concurrentie is een natuurlijk proces van afstemming op de wensen van consumenten. Daarom komen andere methoden, zoals het stimuleren van marktwerking, in principe pas op de tweede plaats aan de orde.

De NZa heeft het bovenstaande uitgewerkt in het 'Plan Handhaving, Handavingsinstrumenten van de NZa toegelicht'. Het verscheen in 2007 en richt zich vooral op het repressief toezicht van de NZa, namelijk die situaties waarin sprake is van een geconstateerde overtreding.

³⁵ Meerjarenbeleidsplan 2008 – 2011 'Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg'; Inspectie voor de Volksgezondheid, Den Haag, november 2007.

³⁶ www.nza.nl/NZA/missie

5.9 Het belang van toezicht

Voor bestuurders, privaatrechtelijke toezichthouders en andere partijen in de zorgsector staan het nut en de noodzaak van publiekrechtelijk toezicht buiten kijf. De publiekrechtelijke toezichthouders (en daarvan zijn er veel) zien toe op de naleving van regels die uiteenlopende (beleidssectorale) belangen en doelstellingen waarborgen. In dit verband wordt aandacht geschonken aan een constatering van de NVTZ betreffende het publiekrechtelijk toezicht op grond van de WTZi. De IGZ is belast met het toezicht op de naleving van hetgeen bij of krachtens de WTZi is bepaald. Dit neemt niet weg dat zij zelf grotendeels de agenda bepaalt voor activiteiten in het kader van dat toezicht. De NVTZ constateert ten aanzien daarvan dat vraagstukken die samen hangen met de bestuursstructuur van de zorginstelling onvoldoende aandacht van de IGZ genieten. Terwijl de verdere ontwikkeling van goed bestuur juist gebaat is bij publiekrechtelijk toezicht. Het is naar de mening van de NVTZ onjuist om tot de conclusie te komen dat er geen toezichthoudend orgaan is op het bestuur en de privaatrechtelijke toezichthouders. De IGZ is dat orgaan, maar neemt daarin niet het initiatief. De roep om andere vormen toezicht is in feite een oproep aan de publiekrechtelijke toezichthouder om invulling te geven aan de wettelijk opgedragen taak.

Die roep om andere vormen van toezicht is niet nieuw. De overheid is gedreven door het beheersen van de eigen uitgaven al langer op zoek naar andere toezichtarrangementen. De daarbij gepresenteerde motieven hebben betrekking op herverdeling van verantwoordelijkheden tussen burgers, bedrijven en overheid. De minister van Justitie schreef daarover in reactie op het rapport 'Vreemde ogen. Naar een andere kijk op toezichtarrangementen'³⁷ aan de Kamer³⁸: 'Achtergrond van de opdracht aan de werkgroep was dat het wenselijk kan zijn om andere actoren dan de overheid een grotere rol te laten spelen in het toezicht op publieke normen dan nu meestal het geval is. In het rapport (van de werkgroep [red]) worden deze actoren aangeduid met de term «vreemde ogen». Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om afnemers, klanten, belanghebbenden bij het product of bij het productieproces. De voordelen hiervan kunnen bijvoorbeeld zijn:

- grotere betrokkenheid van de samenleving zélf bij de inrichting van de maatschappij,
- grotere effectiviteit van toezicht;
- grotere maatschappelijke aanvaarding van toezicht en sanctionering;
- minder kosten en lasten.'

In deze benadering van het vraagstuk van toezicht draait het uiteindelijk om de effectieve en efficiënte borging van het publiek belang. En kan het, aldus de minister, zo zijn dat niet per definitie voor het stellen van een norm in regelgeving wordt gekozen om dat belang te borgen. In 2004 was de regering bereid om het door de werkgroep aangeboden afwegingskader toe te laten passen. Waarbij werd aangenomen dat een juiste toepassing kon leiden tot het overlaten van toezicht op de borging van publieke belangen aan partijen buiten de overheid. Uiteraard als onderdeel van een stelsel waar ook sprake is van het klassieke toezicht door de overheid. En zo, denkt men, kan in vier stappen tot een uitruil van toezicht worden gekomen. Die, door de werkgroep geformuleerde en het kabinet onderschreven, stappen zijn:

1. Baken het publiek belang af en identificeer de partijen die daarbij een rol (kunnen) spelen.
2. Toets, met behulp van het door de werkgroep ontwikkelde afwegingskader, voor iedere fase van het toezichtstraject of het mogelijk en gewenst is om vreemde ogen in te zetten en formuleer eventuele aanvullende acties die nodig zijn om dat te doen.

³⁷ Ministerie van Economische Zaken en Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Rapport 'Vreemde ogen, naar een andere kijk op toezichtarrangementen', 2004.

³⁸ Brief van de Minister van Justitie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal; Den Haag, 15 juli 2004, Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 279, nr. 13 1

3. Formuleer aldus een aantal opties waarbij concreet invulling wordt gegeven aan de betrokkenheid van vreemde ogen in het gehele toezichtarrangement.
4. Kies het toezichtarrangement dat leidt tot de meest effectieve en efficiënte borging van het publiek belang.

De werkgroep benadrukt daarbij het gebruik van het ontwikkelde afwegingskader om alternatieven in beeld te brengen voor de wijze waarop rekening houdend met de beoogde doelstellingen het betrokken publieke belang kan worden geborgd. Anders gezegd: meer verantwoordelijkheid, meer rekenschap, minder normen en dus minder regels én vooral minder publiekrechtelijk toezicht. In dit denkraam kunnen normstelling, informatieverzameling, oordeelsvorming en interventie over gelaten worden aan burgers en bedrijven. Toezicht wordt dan ook uitgeoefend door private partijen én eventueel als sluitstuk van het toezichtarrangement door de overheid. Het uitruilen van verschillende soorten toezicht lijkt dan mogelijk. De consequentie hiervan is dat er navenant minder (wettelijke) bevoegdheden voor de minister resteren om in te grijpen en ook de politieke verantwoordelijkheid wordt beperkt. Ten slotte neemt ook de invloed van het parlement op de feitelijke borging van publieke belangen af.

Het huidige stelsel van bestuur, toezicht op het bestuur en verantwoording daarover, alsmede publiekrechtelijk toezicht in de zorgsector is geënt op het rapport 'Vreemde ogen, naar een andere kijk op toezichtarrangementen'. Het stelsel is gebaseerd op het onderscheid tussen publiekrechtelijke normen en door de zorginstelling geformuleerde normen. Deze laatste normen dienen deels ter invulling van globale wettelijke kaders, maar zijn daarnaast ook het resultaat van autonoom goed bestuur. De bestuurder legt vast welke normen voor de zorginstelling gelden uit oogpunt van het borgen van alle (dus ook de publieke) belangen, zoals die in een begrip als verantwoorde zorg zijn gevat. Op deze normen én de overheidsnormen wordt privaatrechtelijk toezicht gehouden door de Raad van Toezicht van de instelling. Daarvoor staan een aantal bevoegdheden ter beschikking zoals de goedkeuring van jaarstukken en (in het uiterste geval) het ontslaan van bestuursleden. Daarnaast oefent onder andere de IGZ het publiekrechtelijk toezicht uit op de naleving van de regelgeving en de handhaving daarvan. Het belang, het nut en de noodzaak van toezicht staan buiten kijf. Niemand trekt ook in twijfel dat goed bestuur en openheid over het functioneren van de zorginstelling en het privaatrechtelijk toezicht bijdragen aan de kwaliteit van de sector. Toch staat dit stelsel onder druk. Niet door slecht bestuur, inadequaat toezicht of gebrekkige verantwoording. Het stelsel staat onder druk door het ontbreken van (politiek) vertrouwen in gereguleerde marktwerking. De suggestie tot stapeling van toezicht, de zoektocht naar andere arrangementen en de idee van vertegenwoordiging door belanghebbenden, anders dan cliënten getuigen van dat ontbrekend (politiek) vertrouwen. Het wankel evenwicht tussen partijen in de zorgsector raakt hierdoor verstoord wanneer we ons realiseren dat bijvoorbeeld de RvB en de zorgverzekeraar op meerdere momenten zich tot elkaar verstaan, maar in wisselende rollen en met wisselende opdrachten. Terwijl de kern van de huidige problematische ontwikkeling van toezicht is gelegen in het ontbreken van rolvastheid.

6 Een balancerend evenwicht: complementair toezicht

De vraag welke niveaus van verantwoording en (privaatrechtelijk) toezicht er minimaal aanwezig moeten zijn in een zorginstelling is niet eenduidig te beantwoorden. Voor de goede orde: het wezenlijke verschil tussen verantwoording en toezicht is dat er bij het laatste de mogelijkheid bestaat tot interventie en/of sanctionering. Bij het afleggen van verantwoording over de realisatie van doelstellingen ligt het initiatief dus primair en in principe volledig bij de bestuurder.

Een dergelijke situatie vraagt dus om een groot (wederzijds) vertrouwen en een goede samenhang tussen bestuur, privaatrechtelijk toezicht, verantwoording en publiekrechtelijk toezicht. Waarbij elk object van toezicht, al naar gelang het risico, weer tot een ander samenstel noopt. In de wereld van de accountancy geldt het adagium 'vertrouwen is goed, controle is beter'. Voor een aantal onderwerpen in de gezondheidszorg valt deze stelling zeker te verdedigen. Daarbij moet wel worden aangetekend dat 'toezicht' zeker niet als een panacee moet worden waarmee je problemen eerder en beter zou kunnen oplossen. Bovendien ervaren veel bestuurders (Cools, 2006) dat het omgekeerde veel beter werkbaar is: 'controle is goed, vertrouwen nog beter'.

De kafkafonische discussies over bestuur, toezicht en verantwoording over dat bestuur en het toezicht daarop is te herleiden tot de onbedoelde politiek-bestuurlijke effecten van de scheiding tussen beleid en uitvoering als belangrijke beleidsdoelstelling bij de introductie van gereguleerde marktwerking in de zorgsector. Ingegeven door een historisch verlangen om de ministeriële verantwoordelijkheid tot aan het bed te doen gelden, beperkt het parlement zich niet tot de systeemverantwoordelijkheid van de regering voor de bevordering van de gezondheidszorg. Incidenten in de zorgsector worden aangegrepen om de minister ter verantwoording te roepen. Terwijl in feite het parlementaire vertrouwen lijkt te ontbreken in de voorgestane ontwikkeling van de zorgsector. Dat parlementaire wantrouwen werkt door in de wijze waarop de zorgsector wordt gereguleerd. De ontstane afstand van de overheid tot het door de bestuurder gevoerde beleid en de bereikte resultaten in de zorginstelling, wordt langs verschillende wegen overbrugd. De politiek gewenste democratische legitimiteit op het niveau van de zorginstelling wordt een plek gegeven door de (wettelijke) regeling van de bestuursstructuur, transparantie-eisen en de positionering van belanghebbenden in de zorgsector.

Deze en andere vormen van compensatie van die onbedoelde neveneffecten dragen niet bij aan de noodzakelijke rolvastheid van parlement, regering, bestuurders, privaatrechtelijke - en publiekrechtelijke toezichthouders in de zorgsector. Daar waar goed bestuur is gebaat bij rolvastheid, gelet op ieders verantwoordelijkheden, bevoegdheden en taken, ontstaat op zijn minst onduidelijkheid over ieders invulling van belangrijke dimensies van toezicht. Of zoals een bestuurder het treffend verwoord: "Wie zit er op welke én vooral mijn stoel?"

Terwijl goed bestuur vooral tot uitdrukking behoort te komen in de handel en wandel van individuen, wordt onevenredig veel energie gestoken in het stelsel, regels en procedures. Die regelzucht staat haaks op de beoogde vermindering van regeldruk, zoals is verwoord in de beleidsvisie op de WTZi, en versterkt bovendien de hang naar controle. Controle op de naleving van die regels en procedures, maar niet het realiseren van doelstellingen als zodanig.

Zorginstellingen maken al langer op eigen initiatief gebruik van instrumenten en instituten om kwaliteit in de ruime betekenis van het woord te borgen en te verbeteren. Accreditatie en certificering zijn daarvan voorbeelden. Deze instrumenten zijn niet primair bedoeld voor het afleggen van openbaar rekenschap of verantwoording jegens de privaatrechtelijke toezichthouder, maar verschaffen wel informatie over de ontwikkelingen in de zorginstelling.

Uit een aantal jaarverslagen van zorginstellingen blijkt dat men zich hiervan ook bewust is. Elke instelling spreekt in meerdere of mindere mate over het streven naar verbetering van het kwaliteitssysteem. Een term die hierbij nogal eens valt is 'risicoanalyse'. Hiermee kan in kaart gebracht worden welke zaken in aanmerking (kunnen) komen voor extra aandacht, bijvoorbeeld in de vorm van meer verantwoording en/of meer toezicht. Concrete opmerkingen ten aanzien van specifieke onderwerpen ontbreken echter vrijwel structureel. Het lijkt er dus op dat het wenselijk is om daarvoor een 'richtinggevend kader' te hanteren, in de zin van 'voor onderdeel X is een deugdelijk systeem van verantwoording afdoende, maar voor onderdeel Y is publiekrechtelijk toezicht met mogelijkheden tot interventie noodzakelijk'. Zoals hierboven al opgemerkt, verantwoording kan uitgelegd worden als een 'motie van vertrouwen', toezicht als 'motie van wantrouwen'. In zijn algemeenheid kan men zeggen dat mensen tot meer genegen zijn, wanneer ze zich vertrouwd weten. Toch zijn er ook zaken die nu eenmaal een bepaald niveau van toezicht nodig hebben. Al was het maar omdat in het privaatrechtelijk toezicht ook aspecten van het publiekrechtelijke toezicht doorwerken. De vraag is dus welke onderwerpen je op welk niveau van verantwoording en/of toezicht onderbrengt. Voor een systeem van verantwoording en rekenschap gebaseerd op vertrouwen kan goed gebruik gemaakt worden van bestaande prestatie-indicatoren (KPI's). De vraag blijft dan overigens nog wel staan wanneer verantwoording voldoende is en wanneer (een vorm van) toezicht noodzakelijk is. Waar loopt de scheidslijn? Volgt er een categorische indeling of moet dit per item bekeken worden? Feit blijft dat wanneer er eenmaal een dergelijk 'richtinggevend kader' is, de toezichtlasten omlaag kunnen gaan. Daarnaast zal het waarschijnlijk ook de arbeids- en verblijfomstandigheden ten goede komen.

Het privaatrechtelijke toezicht ontwikkelt zich momenteel in de gewenste richting. In plaats van toezicht langs lijnen van operationele doelstellingen en resultaten, worden ook strategische en tactische doelstellingen van het bestuur van de zorginstelling in het privaatrechtelijk toezicht betrokken. De omvang van de regels, procedures en de informatie om privaatrechtelijk toezicht mogelijk te maken, dragen bij aan het besef dat privaatrechtelijk toezicht een oriëntatie op een ander niveau vereist om goed bestuur te bewerkstelligen. In die zin is nog steeds sprake van een transitie binnen het privaatrechtelijke toezicht. Professioneel privaatrechtelijk toezicht vormt door de wijzigingen in de samenstelling van raden van toezicht, de profielen van leden van die raden en het geboden stelsel van borging en verbetering van kwaliteit onder andere door de NVTZ. Het gebruik van beschikbare informatie, die bijvoorbeeld in het kader van de financiële verplichtingen is verzameld, draagt bij aan efficiëntie en effectiviteit van privaatrechtelijk toezicht.

De bevoegdheid tot het indienen van een enquêteverzoek (het enquêterecht) is een ultimum remedium binnen het privaatrechtelijke stelsel van bestuur, toezicht en verantwoording. Het stelt (een beperkte kring van) belanghebbenden in staat om te laten ingrijpen bij misstanden in de zorginstelling, die valt onder de reikwijdte van de WTZi. De enquêteprocedure voorkomt dat dit instrument al te lichtvaardig wordt gehanteerd. Het vormt het sluitstuk van privaatrechtelijk toezicht, maar draagt bij aan het evenwicht in de relatie tussen bestuur, toezicht en verantwoording.

De complexe verhouding tussen bestuur, privaatrechtelijk toezicht, verantwoording en publiekrechtelijk toezicht staat er aan in de weg om privaatrechtelijk en publiekrechtelijk toezicht zondermeer uit te ruilen. Belangrijker is het om vast te stellen op welke groep van prestatie-indicatoren het bestuur (in de zin van sturing) van de zorginstelling achter blijft en om welke redenen. Die analyse vormt vertrekpunt voor de toepassing van een efficiënte en effectieve mix van privaatrechtelijk toezicht, verantwoording, evenals publiekrechtelijk toezicht.

De noodzaak tot publiekrechtelijk toezicht wordt door de minister benadrukt en door de zorgsector niet betwist. Gereguleerde marktwerking kan niet zonder publiekrechtelijk toezicht. Toezicht dat complementair is en kan zijn aan de mate van bestuur, privaatrechtelijk toezicht op dat bestuur en (de

effecten van de) verantwoording daarover. Waar het de zorgsector dan ook om te doen is, is of de omvang van het uitgeoefende publiekrechtelijke toezicht wel nut heeft.

Publiekrechtelijk toezicht heeft betekenis wanneer het zich richt op naleving van normen opgenomen in wet- en regelgeving. Wetgeving in de zorgsector laat veel ruimte voor de feitelijke invulling van die open normen. Deze vorm van regulering stelt eisen aan de toezichthouder, die immers wordt geconfronteerd met een zekere variëteit in de uitwerking van die open normen door de zorginstellingen. De kaderstellende visie op toezicht biedt aanknopingspunten voor de wijze waarop publiekrechtelijk toezicht feitelijk gestalte krijgt. De risicogerichte handhaving door de IGZ op basis van gemeenschappelijke ontwikkelde kwaliteitsindicatoren is een voorbeeld van complementair publiekrechtelijk toezicht. Om tot een balancerend evenwicht van complementair publiekrechtelijk toezicht te komen is het van belang om meer aan te sluiten bij de competenties van de zorginstelling en de kwaliteit van het bestuur, privaatrechtelijk toezicht en verantwoording daarover.

Bijlage I Geraadpleegde literatuur en documenten

Aanen 2006

D.K. Aanen, *De Zorgbrede Governancecode*, (<www.ntmo.nl>)

Advies KplusV

Advies bureau KplusV, *De waarde van governance codes*, juni 2005

Artikel Botros

Abdallah Botros, *Weg met het raad van toezicht-model*, artikel in ZM, juni 2007

Artikel Faber en Meurs

Marc Faber en Pauline Meurs, *De ondernemende verzorgingsstaat*, artikel in S&D november 2005, p. 16-47

Artikel Management Executive

O. Aartsen, B. Keet en S. Peij, *Public governance bij woningcorporaties, zorginstellingen en ZBO's*, Management Executive maart/april 2006

Artikel Schraven

Theo Schraven, *De weg van de raad van toezicht*, artikel in ZM, juni 2007

Artikel Van Ooijen

Marc van Ooijen, *Toezichthouders langs de meetlat*, artikel in ZM, juni 2007

Bestrafen, belonen en beïnvloeden

Joop van der Pligt, Wim Koomen, Frenk van Harreveld, *Bestrafen, belonen en beïnvloeden; een gedragswetenschappelijk perspectief op handhaving* (Project Handhaving en gedrag), Den Haag, Boom juridische uitgevers, 2007, ISBN 978 90 5454 804 1

Boek en Visser 2005

J.L.M. Boek, R.A. Visser. *Handhaven: eerst kiezen, dan doen. Spanningsvelden in de handhaving*, Den Haag: Ministerie van Justitie, Expertisecentrum Rechtshandhaving, februari 2005.

Bouts, Leon 2006

Leon Bouts, *'Toezien op gedrag, en voorzien van perceptie'*, Den Haag: SIWEB, 21 december 2006.

Brief "Koers op Kwaliteit"

"Koers op kwaliteit", brief van minister Klink en staatssecretaris Bussemaker aan de Tweede Kamer, 6 juli 2007, kenmerk MC-U-2775877

Brochure Boetes AI

Arbeidsinspectie, *Een boete van de Arbeidsinspectie. Kan dat? Boetes in het kader van de Arbeidsomstandighedenwet en de Arbeidstijdenwet*, (< www.arbeidsinspectie.szw.nl>; zie 'brochures')

Brochure Gedragtoezichthouder AFM 2005

Autoriteit Financiële Markten, *AFM, gedragtoezichthouder op de financiële markten* (corporate brochure), Amsterdam: AFM 2005, (<www.afm.nl/marktpartijen/>).

Brochure Goed bestuur in de zorg

Informatie over de transparantie-eisen Wet toelating zorginstellingen, Minister van VWS, februari 2006 (Postbus 51)

Consultatiebrief rechtsvorm maatschappelijke onderneming

Minister van Justitie, 12 juli 2007, Kenmerk 5494615/07/06

De integere onderneming, de bedrijfscode en het recht

Richard J. Hoff, *De integere onderneming, de bedrijfscode en het recht*, Zeist: Uitgeverij Kerckebosch 2006, ISBN 90-6720-394-7

Expertisecentrum Rechtspleging en Rechtshandhaving 2004

Ministerie van Justitie, Expertisecentrum Rechtspleging en Rechtshandhaving, *De 'Tafel van 11'*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2004, (<www.justitie.nl> via opsporing en handhaving/rechtshandhaving/expertisecentrum/producten, instrumenten en methoden).

Essay In regels gevangen

In regels gevangen. Een verkenning van mogelijke oorzaken van regeldruk, Werkgroep van de ministeries van Justitie, EZ, Financiën en BZK, februari 2006

Essay Meurs

Essay Pauline Meurs over verbetering van de kwaliteit van de publieke dienstverlening (<www.ntmo.nl>)

Expertisecentrum Rechtspleging en Rechtshandhaving 2005

Ministerie van Justitie, Expertisecentrum Rechtspleging en Rechtshandhaving, *Laveren tussen Scylla en Charybdis. Over de toekomst van handhaving*, Den Haag: Ministerie van Justitie mei 2005, (<www.justitie.nl>, via opsporing en handhaving/rechtshandhaving/expertisecentrum/publicaties).

Gerards Artikel ZM

Jacques J.K. Gerards, "*Eén corporate governance-code voor de zorg*", artikel in ZM oktober 2004

Governance & gezondheidszorg

Hans Hoek, *Governance & gezondheidszorg, private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland*, Assen: Koninklijke Van Gorcum BV 2007, ISBN 90 232 4297 1.

Het resultaat telt 2005

Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg, uitkomsten 2005, uitgave IGZ

Hoek Artikel ZM

Hans Hoek, "*Hoe zit governance van de zorgwerkelijk in elkaar?*" artikel in ZM, juni 2007

IG-Beraad 2006

Beraad van Inspecteurs-Generaal, Werkgroep Risicoanalyse, *Leidraad objectgericht risicomangement door rijkstoezichthouders*, 13 april 2006 (<www.justitie.nl>, zie 'onderwerpen/opsporing en handhaving/rechtshandhaving/publicaties'), 31

Instructie Arbeidstijdenwet AI 2005

Arbeidsinspectie, *Interne instructie Arbeidstijdenwet*, april 2005 (<tijdelijk niet beschikbaar via internet>).

Interventiestrategie VI 2006

VROM-Inspectie, *Interventiestrategie 'Eerst denken, dan doen'*, Den Haag: VROM 15 februari 2006

IVW 2005

Inspectie Verkeer en Waterstaat, *De Koers verlegd, het nieuwe toezichtarrangement Koopvaardij*, Inspectie Verkeer en Waterstaat, Toezichteenheid Zeevaart, december 2005

Informatie en communicatie in het handhavingsbeleid

Judith van Erp, *Inzichten uit wetenschappelijk onderzoek* (project Handhaving en gedrag), Den Haag: Boom Uitgevers 2007, ISBN 978 90 5454 803 4.

Invloeden op regelnaleving door bedrijven

Wim Huisman, Annemieke Beukelman, *Invloeden op regelnaleving door bedrijven, Inzichten uit wetenschappelijk onderzoek* (project Handhaving en gedrag), Den Haag, Boom juridische uitgevers 2007, ISBN 978 90 5454 802 7

Jaarplan VWA 2007

Voedsel en Warenautoriteit, *Jaarplan voor de horeca 2007*. Rijksinspecties, Den Haag: VWA, AI en VI, (<www.vwa.nl>, zoeken op 'jaarplan').

Kaderstellende visie 2001

Kaderstellende visie op toezicht 2001, TK 2000-2001, 27831, nr. 1, (<www.overheid.nl/op/>.)

Kaderstellende visie 2005

Aanbiedingsbrief Tweede Kamer bij de Kaderstellende visie, TK 2005-2006, 27831, nr. 15, (<www.overheid.nl/op/>.) en Kaderstellende visie *Minder last, meer effect. Zes principes van goed toezicht*, (<www.andereoverheid.nl.>.)

Leidraad effectmeting bij Inspecties

Werkgroep effectmeting IG-beraad, *Leidraad effectmeting bij Inspecties*, Ministerie van Justitie, Expertisecentrum Rechtshandhaving, 13 juni 2005

Motie Aptroot

Tweede Kamer 2005-2006, 29362, nr. 77 (motie Aptroot c.s.)

Nota BoZ 2005

Zuinig, Zinnig en Zuiver Toezicht in de zorg; Visie van de gezamenlijke branches van zorgaanbieders op toezicht (2005)

Plan van aanpak Eenduidig Toezicht 2006

Plan van aanpak Eenduidig Toezicht, Kamerstukken II, 2005-2006, 29362, nr. 107 (Kabinetsreactie op motie Aptroot, 23 februari 2006), (<www.overheid.nl/op/>.)

Rapport Ambtelijke Commissie Toezicht II 2005

Ambtelijke Commissie Toezicht II (ACT-II), *Justitie. Recht raakt mensen*, Den Haag: Ministerie van Justitie, Expertisecentrum Rechtshandhaving, mei 2005

Rapport AR 2004

Rapport Algemene Rekenkamer, *Verantwoording en toezicht bij rechtspersonen met een wettelijke taak*, 2004

Rapport Bestuurlijke Werkgroep Alders 2005

Bestuurlijke Werkgroep Alders, *Interbestuurlijk toezicht herijkt. Toe aan nieuw zicht op overheden*, Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties 2005, (<www.minbzk.nl>).

Rapport Commissie Stevens 2006

Rapport van de Commissie Stevens, *Het gezicht van toezicht. Aanbevelingen tot vermindering van de toezichtlast*, Den Haag: Ministerie van Economische Zaken 2006, (<www.ez.nl>).

Rapport EY 2006 (a)

Periodiek onderzoek naar de corporate governance bij de Top 100 zorginstellingen, meting 2006, Ernst & Young

Rapport EY 2006 (b)

Onderzoek corporate governance zorginstellingen – meting 2006, Ernst & Young

Rapport Modernisering AWBZ 2004

Marc van Ooijen (red.), *Modernisering AWBZ, Simultaan schaken op zes schaakborden*; op www.marcvanooijen.com

Rapport Projectgroep Rechtsvorm Maatschappelijke onderneming

Rapport in opdracht van het ministerie van justitie, september 2006

Rapport Projectgroep Public Governance

Projectgroep Public Governance, *Public governance en maatschappelijk ondernemerschap*, maart 2004

Rapport Samen Werkt! Andere Overheid 2005

Andere Overheid, Rapport *Samen werkt! Gezamenlijke bedrijfsbezoeken door rijksinspecties*, mei 2005, (<www.andereoverheid.nl>).

Rapport Vreemde ogen EZ en BZK 2004

Ministerie van Economische Zaken en Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Rapport *Vreemde ogen. Naar een andere kijk op toezichtarrangementen*, 2004, (<www.justitie.nl>, zie 'documenten'/rapporten').

Rapport VWA 2005 (a)

Voedsel en Warenautoriteit, *Effectief toezichthouden, hoe doe je dat?, Rapportage 'Naar prestaties met effect'*, januari 2005, (<www.vwa.nl>, zoeken onder 'alle rapporten').

Rapport VWA 2005 (b)

Voedsel en Warenautoriteit, *Zicht op toezicht. Een visie op Outcome Parameters*, februari 2005, (<www.vwa.nl>, zoeken onder 'alle rapporten').

Rapport VWA 2005 (c)

Voedsel en Warenautoriteit, *Handhavingscommunicatie in theorie en praktijk*, 2005, (<www.vwa.nl>, zoeken onder 'alle rapporten').

Rapport VWA 2006 (a)

Voedsel en Warenautoriteit, *Handhaven met verstand en gevoel*, juni 2006, (<www.vwa.nl>, zoeken onder 'alle rapporten').

Rapport VWA 2006 (b)

Voedsel en Warenautoriteit, *Naar een vernieuwd toezicht in de horeca. Project eenduidig toezicht*, juli 2006, (<www.vwa.nl>, zoeken onder 'alle rapporten').

Rapport, verkenningen, voorstudies en achtergronden WRR 2004

Rapport WRR, *Bewijzen van goede dienstverlening*, 2004

Responsive Regulation

Ian Ayres, John Braithwaite, *Responsive Regulation Transcending the Deregulation Debate*, New York Oxford 1992, Oxford University Press, Inc., ISBN 0-19-509376-3.

34

SER-advies 2005

Advies SER, *Ondernemerschap voor de publieke zaak*, 2005

Toezicht 2005

Prof. Mr. A.A. van Rossum e.a., *Toezicht, preadviezen, Handelingen Nederlandse Juristen Vereniging, 135e jaargang / 2005-1*, Deventer 2005, Kluwer uitgevers, ISBN 90 13 02714 8.

UJG 2005

M. Verbree en M. Hübner, *Een vergelijkend onderzoek naar de opzet, organisatie en werkwijze van toezicht en handhaving bij vier Rijksinspecties*, Utrecht, oktober 2005.

UJG 2007

A.M.E. Veldkamp, M. Verbree en M. Hübner, *Veranderend toezicht: over de maat der dingen*, Onderzoeksrapport, UJG 2007.

Van Ooijen 1

Marc van Ooijen, *Vijf jaar Health Care Governance*; op www.marcvanooijen.com

Van Ooijen 2

Marc van Ooijen, *Hoewel schitterend – toch een gebrek*; op www.marcvanooijen.com

VI 2006

VROM-Inspectie, *Compliance Assistance. De praktijk in 2005*, 2006, (<www.vrom.nl>, zie 'handhaving/publicaties').

VI 2006

VROM-Inspectie, *Compliance assistance bij individuele bedrijven, de balans tussen controleren en ondersteunen*, december 2006, (<www.vrom.nl>, zie 'handhaving/publicaties').

Werkplan IGZ 2007

IGZ, *Risico's eerst*, Werkplan IGZ 2007

Bijlage II Overzicht van verantwoording en toezichthoudende instanties en organen

Verantwoording

Cliëntenraad (CR)

Sinds 1996 bestaat in Nederland de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ). Elk zorginstelling - dus ook elk ziekenhuis - is vanaf 1996 verplicht een zogeheten Cliëntenraad te hebben. Sommige ziekenhuizen hadden al een Patiënten Advies Raad, bij andere instellingen is een Cliëntenraad in oprichting.

De positie van de Cliëntenraad is voor een belangrijk deel te vergelijken met de rol die de Ondernemingsraad speelt. De Raad van Bestuur (Directie) stelt secretariële ondersteuning ter beschikking van de Cliëntenraad, noodzakelijk voor het naar behoren kunnen functioneren van de raad. Er is een Raad van Toezicht, die (het woord zegt het al) in algemene zin toezicht houdt op het management van het ziekenhuis. Binnen de Raad van Toezicht is ook plaats voor een lid, voorgedragen door de Cliëntenraad. De Cliëntenraad brengt gevraagd en ongevraagd adviezen uit aan de Raad van Bestuur. In bepaalde gevallen zoals bij zaken direct de zorg betreffend heeft de Cliëntenraad een verzwaaard adviesrecht. Denk daarbij aan hygiëne, kwaliteit maaltijden, veiligheid, kwaliteit van de zorg, klachtenbehandeling et cetera. Aan dit advies kan de Raad van Bestuur niet voorbijgaan en bij een geschil wordt e.e.a. voorgelegd aan een onafhankelijke commissie die een bindende uitspraak doet. Daarnaast zijn er zaken zoals bijvoorbeeld benoeming van leidinggevenden, bouwzaken en besluitvorming over vormen van samenwerking met andere instellingen - hierbij wordt de Cliëntenraad gehoord en betrokken. Mocht de Raad van Bestuur een afwijkend standpunt hebben, dan dient zij een duidelijke argumentering te geven waarom men afwijkt van het standpunt van de Cliëntenraad. Een Cliëntenraad binnen een ziekenhuis is vooral van belang omdat de meeste patiënten meestal na een relatief kort verblijf het ziekenhuis verlaten en dus geen stem kunnen geven die een continu karakter draagt. De Cliëntenraad vertolkt echter als vast element de stem van de cliënten binnen het ziekenhuis. (www.ziekenhuis.nl)

Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ)

Sinds 1998 hebben de UMC's gezamenlijk een cliëntenraad. Deze heet de Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen (CRAZ). De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) verplicht vanaf 1998 zorginstellingen tot het instellen van een representatieve cliëntenraad. Doel van de wet is o.a. om advies- en medezeggenschapsmogelijkheden te creëren voor patiënten op Raad van Bestuurniveau. De acht UMC's en bijna 50 patiëntenverenigingen hebben bij de implementatie van de WMCZ in 1998 gezocht naar een vorm voor een cliëntenraad die representativiteit en doelmatigheid kan verenigen. De UMC's hebben, gelet op de herkomst en het karakter van de patiënten én na overleg met een aantal patiëntenorganisaties, gekozen voor een cliëntenraad in de vorm van de CRAZ. De CRAZ functioneert enerzijds als een gezamenlijke cliëntenraad voor gemeenschappelijke, alle UMC's aangaande onderwerpen én anderzijds als een cliëntenraad per UMC voor onderwerpen die lokaal één UMC aangaan. De CRAZ is samengesteld uit leden die zijn voorgedragen door patiëntenorganisatie en is een schakel tussen patiënt en Raad van Bestuur. Met de CRAZ streven de universitair medische centra ernaar patiënten invloed op het beleid te geven en hun betrokkenheid bij de kwaliteit van de zorg te vergroten. (www.nfu.nl)

Faculteitsraad (FR)

De faculteitsraad is het adviesorgaan van de decaan en houdt zich bezig met onderwijs en onderzoek in een UMC. De Faculteitsraad functioneert op basis van de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek (WHW). Hij heeft verschillende rechten: recht van initiatief, recht van advies, recht van instemming en recht van afkeuring. De faculteitsraad vergadert ongeveer eens per maand, waarbij de decaan ook geregeld aanwezig is. Deze is verplicht is om de mening van de

faculteitsraad over zaken als het onderwijs- en examenreglement en de jaarlijkse begroting, mee te nemen. De Faculteitsraad houdt zich in brede zin bezig met het wetenschappelijk onderzoek en het universitaire onderwijs geneeskunde en gezondheidswetenschappen. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar inhoud en kwaliteit, maar ook naar financiële en organisatorische aspecten.

(www.sams.med.uu.nl; www.umcutrecht.nl)

Ondernemingsraad (OR)

De ondernemingsraad dient ter verbetering van het functioneren van de onderneming in algemene zin, waarbij de raad de medewerkers vertegenwoordigt. Dit doet de raad bijvoorbeeld door het voeren van overleg met de bestuurder(s) van de onderneming en het geven van advies of instemming bij besluiten. Belangrijke bevoegdheden van de ondernemingsraad zijn het recht op overleg, het geven van advies en instemming. Dergelijke bevoegdheden worden ondersteund door het recht op informatie en een extra ontslagbescherming van werknemers die betrokken zijn bij de medezeggenschap.

(www.arbeidsrechter.nl)

Vereniging Medische Staf (VMS)

De medisch specialisten in een ziekenhuis zijn lid van de Vereniging Medische Staf. Deze vereniging heeft - naast belangenbehartiging van haar leden - als belangrijkste doelstellingen het bevorderen van een optimaal niveau van de geneeskundige zorg en het bieden van een forum aan in het ziekenhuis werkzame leden. De Vereniging Medische Staf tracht deze doelen onder meer te bereiken via regelmatig formeel en informeel overleg met de directie, het geven van adviezen, het doen van voorstellen en het leveren van een bijdrage aan het ziekenhuisbeleid, het medisch-ethisch handelen en het kwaliteitsbeleid. De voorzitter van de vereniging neemt zitting in het managementteam van het ziekenhuis. (www.wza.nl)

Stafconvent (SC)

Het Stafconvent is een wettelijk orgaan, ingesteld op grond van artikel 12.17 van de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek. Het Stafconvent heeft een tweeledige taak:

- adviseren over taken waarin de medisch inhoudelijke eindverantwoordelijkheid van de afdelingshoofden aan de orde is
- het leveren van een bijdrage aan het meebesturen van de patiëntenzorgorganisatie wanneer daarin medisch inhoudelijke aspecten aan de orde zijn.

In deze specifieke gevallen zal de Raad van Bestuur advies inwinnen van het Stafconvent.

(www.umcn.nl).

Verpleegkundige Convent (VC)

De taak van het Verpleegkundige Convent is: verbetering en waarborgen van kwaliteit van zorg en borging van de positie van de verpleegkundige beroepsgroep. Er vindt regelmatig afstemming plaats met de Raad van Bestuur en de Managers Zorg. (www.umcutrecht.nl)

Commissie Medische Ethiek (CME)

De Commissie Medische Ethiek (CME) adviseert de Raad van Bestuur over medisch-ethische (beleids)vraagstukken. Ook medewerkers met medisch-ethische vragen kunnen bij de commissie terecht. De commissie wordt voorgezeten door de hoogleraar medische ethiek van het UMC Utrecht. De CME ondersteunt en bevordert de medisch-ethische (probleem)analyse. (www.umcutrecht.nl)

Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC)

De METC beoordeelt protocollen voor medisch-wetenschappelijk onderzoek waarbij patiënten betrokken zijn. Daarnaast adviseert de commissie de Raad van Bestuur over de uitvoerbaarheid van de ingediende onderzoeksvoorstellen in het UMC Utrecht. Door de embryowet is voor elke afzonderlijke eiceldonatieprocedure ook toestemming vereist van de METC (embryowet art 5, lid 3). In 2006 is de

werkwijze van de METC gevisiteerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dat heeft geleid tot een aantal aanpassingen in de werkwijze. De Medisch Ethische Toetsingscommissie in het UMC Utrecht:

- Beoordeelt alle aanvragen voor medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- Toetst of de uitvoering van het onderzoek op medisch-ethische gronden aanvaardbaar is en voldoet aan de wettelijke regelgeving
- Geeft een oordeel of advies over het voorgestelde onderzoek
- Brengt advies uit aan de Raad van Bestuur over de uitvoering van medisch-wetenschappelijk onderzoek in het UMC Utrecht
- Beoordeelt onderzoeken van externe relaties en instellingen op afspraak
- In het UMC Utrecht moeten alle medisch wetenschappelijke onderzoeken met mensen aan de METC worden voorgelegd. Dus niet alleen onderzoek dat onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) valt. (www.umcutrecht.nl)

Centrale Opleidingscommissie (COC)

Het UMC Utrecht leidt bij 27 disciplines arts-assistenten (aios) op tot medisch specialist. In 2006 zijn in de regio Utrecht ongeveer 120 aios met hun opleiding gestart. De Centrale Opleidingscommissie heeft als doel een optimaal opleidingsklimaat te realiseren in het UMC Utrecht. In deze commissie hebben alle opleiders zitting, evenals een vertegenwoordiging vanuit de aios, de directie Onderwijs en Opleidingen en de Raad van Bestuur. (www.umcutrecht.nl)

Dierexperimentencommissie (DEC)

De Dierexperimentencommissie (DEC) van het UMC Utrecht toetst alle aan haar voorgelegde wetenschappelijke experimenten op proefdieren. De DEC sluit zich aan bij de wet: dierproeven zijn niet toegestaan tenzij vaststaat dat de verdere ontwikkeling van kennis, inzicht en technieken binnen de wetenschap niet mogelijk is zonder gebruik van dieproeven. Erkenning van de intrinsieke waarde van het dier staat voorop. Een dierexperimentencommissie (DEC) toetst alle aan haar voorgelegde wetenschappelijke experimenten in het kader van onderwijs en onderzoek, waarbij het gebruik van proefdieren is voorzien, aan de hand van de wettelijke regelingen zoals vastgelegd in de Wet op de Dierproeven 1977 (WOD) en in het Dierproevenbesluit 1985. De DEC heeft een wettelijke basis gekregen in de gewijzigde WOD van 1996. Hierbij werd bepaald, dat het niet is toegestaan een dierproef te starten zonder positief advies van een erkende DEC. Een DEC conformeert zich aan het door de wetgever bepaalde standpunt dat dierproeven niet zijn toegestaan, tenzij vaststaat dat de verdere ontwikkeling van kennis, inzichten en technieken binnen de wetenschap niet mogelijk is zonder gebruik te maken van dierproeven. Daarbij staat de erkenning van de intrinsieke waarde van het dier voorop. Een DEC toetst op basis van een onderwijs- of onderzoeksprotocol of het belang van de dierproef opweegt tegen de mate van ongerief dat het proefdier zal ondervinden. Indien er alternatieven bestaan is het verboden om gebruik te maken van dierproeven. Het ontwikkelen van alternatieven dient dan ook voortdurend de aandacht van iedere onderzoeker, die met proefdieren werkt, te hebben. Indien het gebruik van proefdieren onvermijdbaar is, moet het welzijn zo min mogelijk worden geschaad. Het aantal proefdieren en het ongerief voor de dieren dienen zo klein mogelijk gehouden te worden. (www.dec.uu.nl)

Ombudsfunctionaris (OF)

Een ombudsfunctionaris geeft de klacht door aan degene(n) tegen wie de klacht gericht is en vraagt om een reactie of een nadere toelichting. Als de cliënt dat wenselijk vindt, kan de ombudsfunctionaris tussen hem en degene(n) tegen wie de klacht gericht is, proberen te bemiddelen. Voordat er stappen gezet worden, zal de ombudsfunctionaris altijd eerst met de cliënt overleggen. Voor deze functie worden ook andere benamingen gebruikt, zoals bijvoorbeeld klachtenbemiddelaar. (www.wza.nl; www.umcutrecht.nl)

Klachtencommissie (KC)

Het kan gebeuren dat de cliënt na het contact met de ombudsfunctionaris en de stappen die er gezet zijn, nog niet tevreden is. In dat geval kan hij overwegen om de klachtencommissie van het ziekenhuis te vragen een uitspraak te doen over de klacht. Als de cliënt alleen een formele uitspraak wenst over zijn klacht, is het ook mogelijk dat hij zich meteen tot de klachtencommissie wendt. (www.wza.nl)

Externe verantwoording/rekenshap

Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC)

Naast ondersteuning van de bij de LOC aangesloten cliëntenraden rekent de LOC belangenbehartiging van alle raden én alle cliënten tot haar taak. De LOC is een serieuze gesprekspartner van overheid, zorgkantoren en de koepelorganisaties in de verpleging en verzorging. (www.loc.nl)

Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)

De NPCF heeft leden en aangesloten organisaties. Een organisatie begint als aspirant-lid. Leden dienen landelijk te werken vanuit patiëntenperspectief op het terrein van volksgezondheid (beleidsontwikkeling, innovatie en belangenbehartiging). Verder dient een (aspirant)lid representatief te zijn voor de groep die ze vertegenwoordigt en geen commerciële hoofdactiviteit te hebben (bijv. Astma Fonds). Naast lidorganisaties zijn er ook organisaties die bij de NPCF zijn aangesloten. Dit zijn organisaties die niet helemaal - kunnen - voldoen aan de toelatingscriteria, bijvoorbeeld regionale organisaties op het terrein van zorg en welzijn. De missie van de NPCF luidt als volgt:

'Realiseren van vraaggestuurde zorg voor patiënten en consumenten vanuit het patiëntenperspectief, uitgaande van solidariteit, keuzevrijheid en behoud van persoonlijke autonomie'.

Om deze missie te verwezenlijken streven patiënten- en consumentenorganisaties binnen de NPCF gezamenlijk de volgende doelstellingen na:

- Gezamenlijk ontwikkelen van visies, beleid, innovatie en activiteiten ten behoeve van gemeenschappelijke belangenbehartiging en het faciliteren daarvan.
- Behartigen van de gemeenschappelijke belangen van aangesloten patiënten- en consumentenorganisaties op federatief niveau voor zover de lidorganisaties daartoe mandaat verleend hebben.
- Signaleren van leemtes in de patiënten- en consumentenbeweging en samen met de lidorganisaties verantwoordelijk voor het initiëren van oplossingsmogelijkheden.

(www.npcf.nl)

CliëntenBelang Utrecht

CliëntenBelang Utrecht is de organisatie van cliënten- en patiëntenorganisaties in de provincie Utrecht. De organisatie is gestart op 1 januari 2006. CliëntenBelang Utrecht behartigt de belangen van cliënten bij aanbieders, dienstverleners, overheden en verzekeraars. CliëntenBelang Utrecht is het samenwerkingsverband van:

- Provinciale Federatie van Ouderverenigingen Utrecht (PFvO)
- Platform GGz Utrecht
- Het Provinciaal Utrechts WAO-Beraad
- Provinciaal Gehandicaptenplatform Utrecht (PGU)
- Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform Utrecht (PP/CP Utrecht)
- Samenwerkende Bonden van Ouderen Utrecht (SBO)

(www.clientenbelangutrecht.nl)

Zorgbelang Nederland

Zorgbelang Nederland is de brancheorganisatie van de 21 regionale Zorgbelangorganisaties die elk actief zijn in hun eigen regio. Zij werken aan optimale zorg- en welzijnsvoorzieningen. Ze laten de stem van burgers in de regio horen. Zorgbelang Nederland ondersteunt haar leden hierin door

belangenbehartiging richting bijvoorbeeld het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), koepels van zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties op landelijk niveau. (www.zorgbelang-nederland.nl)

Nederlandse Patiënten Vereniging (NPV)

De NPV (Nederlandse Patiënten Vereniging) is een landelijk werkzame organisatie die zich inzet voor de zorg voor het leven. De NPV gaat uit van bijbelse waarden en normen. Het uitgangspunt is dat ieder mensenleven bescherming verdient, ongeacht de levensfase of de kwaliteit van het leven.

De NPV heeft ruim 77.000 leden. Het landelijk bureau is gevestigd in Veenendaal. Verspreid door het land zijn er afdelingen en kringen die op lokaal en regionaal niveau patiëntenbelangen behartigen. (www.npvzorg.nl)

Privaatrechtelijk toezicht (intern toezicht)

Raad van Toezicht (RvT)

De Raad van Toezicht benoemt en ontslaat de Raad van Bestuur, keurt de begroting, de jaarrekening en het jaarverslag goed. Het beleid van de Raad van Bestuur wordt vastgesteld en getoetst door de Raad van Toezicht. De Raad is verantwoording verschuldigd aan de Minister van OC&W. Naast het toezichthouden is de Raad van Toezicht ook klankbord en adviseur voor de Raad van Bestuur. De Raad van Toezicht benoemt en ontslaat de externe accountant. De precieze taken en bevoegdheden van de RvT staan doorgaans omschreven in een reglement, dat meestal te vinden is op de website van de betreffende instantie. (www.wza.nl; www.lumc.nl; www.sfg.nl)

Raad van Bestuur (RvB)

De Raad van Bestuur bepaalt het beleid van het ziekenhuis als totale organisatie. Daarbij gaat het om de koers en grote lijnen, de taak en de functie, de missie en de ambitie van de instelling in relatie tot maatschappelijke, politieke en financiële ontwikkelingen. De RvB vertegenwoordigt het ziekenhuis bij overheid, financiers, de wetenschappelijke- en onderwijswereld en in de pers. De functie van de RvB is te vergelijken met die van hoofddirecties van grote concerns. Ook hier geldt dat de precieze taken, bevoegdheden en verplichtingen meestal staan omschreven in een reglement. (www.nvzd.nl ; www.wza.nl ; www.lumc.nl; www.sfg.nl)

Divisies / clusters (medisch)

In bijvoorbeeld het UMC Utrecht zijn 12 decentrale eenheden, divisies genaamd. Zij functioneren inhoudelijk en organisatorisch als zelfstandige onderdelen. Zij hebben een eigen budget en een eigen beleid, gericht op hun specifieke patiëntencategorie. De divisies houden zich bezig met directe patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. In het Wilhelmina Ziekenhuis Assen gebruikt men de benaming clusters. Overigens wordt in het UMC Utrecht een divisie manager vaak cluster manager genoemd, dus die termen lopen nogal door elkaar heen. (www.umcutrecht.nl; www.wza.nl)

Afdelingen (medisch)

De afdelingen in het UMC Utrecht vallen onder de verantwoordelijkheid van de divisieleiding van het betreffende specialisme. De afdelingen houden zich bezig met directe patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Voorbeelden van afdelingen zijn verpleegafdelingen, functieafdelingen en poliklinieken. In het WZA gebruikt men de term specialisatie-eenheden. (www.umcutrecht.nl; www.wza.nl)

Andere eenheden (niet-medisch)

Afdelingen die zich niet bezig houden met directe patiëntenzorg staan onder leiding van een directoraat. Dit betreft afdelingen zoals Onderwijs en P & O. In het WZA gebruikt men ook hier de term cluster. (www.umcutrecht.nl; www.wza.nl)

Publiekrechtelijk toezicht (extern toezicht)

Zorgspecifiek

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg en bewaakt de rechten van de patiënt. De IGZ handelt vanuit het perspectief van de burger en richt zich op problemen die burgers niet zelf kunnen beoordelen of beïnvloeden. De taken en publiekrechtelijke bevoegdheden van het Staatstoezicht zijn wettelijk vastgelegd in de Gezondheidswet van 1956, artikel 36. De handhavingstaak valt uiteen in toezicht en opsporing. Het toezicht kent een breed scala van activiteiten variërend van overleg en advies, stimulering, overreding, het uitvoeren van inspecties tot het (laten) treffen van maatregelen en eventueel sancties. Het toezicht heeft dus een preventieve én een repressieve kant. Als toezichthouder zal een inspecteur bij een zorgaanbieder aandringen op beëindiging van een ongewenste situatie, ook al is er geen sprake van overtreding van de wet. Alleen echte wetsovertredingen kunnen leiden tot opsporingshandelingen in het kader van het strafrecht. Er moet dan wel sprake zijn van 'een redelijk vermoeden van een strafbaar feit'.

Een aparte toezichttaak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is het toezicht op producten en hulpmiddelen, die binnen de gezondheidszorg worden gebruikt.

Een tweede kerntaak van het Staatstoezicht is de advisering aan centrale en lokale overheid over volksgezondheidsaangelegenheden. Omdat de Inspectie de wetgeving handhaaft, is zij goed op de hoogte van wat zich in de gezondheidszorg afspeelt. Deze informatie is van belang voor de beleidsontwikkeling en moet daarom beschikbaar zijn voor de beleidmakers. Dit is de zogeheten oog- en oorfunctie van de Inspectie. De Inspectie adviseert zowel gevraagd als ongevraagd over vele aspecten van de volksgezondheid.

IGZ-inspecteurs hebben om hun taken te kunnen uitvoeren een aantal algemene bevoegdheden. Voorbeelden hiervan zijn de bevoegdheid een pand binnen te treden, strafbare feiten op te sporen en onderzoek te verrichten. Naast de algemene bevoegdheden kennen verschillende wetten aan inspecteurs nog extra bevoegdheden toe. Voorbeelden van dergelijke wetten zijn de Opiumwet en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). Een inspecteur heeft bovendien de bevoegdheid een tuchtklacht in te dienen en zo nodig hoger beroep aan te tekenen bij het Regionaal Tuchtcollege of het Centraal Tuchtcollege als de beroepsuitoefening van artsen, tandartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, verpleegkundigen en apothekers daartoe aanleiding geeft. In de dagelijkse praktijk hoeft de inspecteur van deze bevoegdheden weinig gebruik te maken. Over het algemeen worden de adviezen geaccepteerd en zijn problemen op te lossen zonder lange juridische procedures. Zo nodig zijn er twee sanctiemogelijkheden:

- de aanwijzing als instrument van de minister om binnen een bepaalde termijn een verbetering aan te brengen;
- een bevel dat de inspecteur kan geven om een instelling of een praktijk, een deel ervan - tijdelijk - te sluiten.

Om inzicht te krijgen in het niveau van de zorgverlening en in de waarborgen voor goede kwaliteit, worden inspecties verricht.

Er zijn drie verschillende toezichtsvormen:

- 1) Algemeen toezicht: om toezicht te verkrijgen in het algemene niveau van zorgverlening zonder specifieke aanleiding.
- 2) Interventie- of crisistoezicht: in geval van grote problemen of calamiteiten. Diepgaand onderzoek naar de oorzaken en de gevolgen is dan noodzakelijk. Ook wordt dan onderzocht hoe herhaling van incidenten kan worden voorkomen.
- 3) Thematisch toezicht: om landelijk inzicht te krijgen in specifieke aspecten of sectoren van de gezondheidszorg.

Eén van de instrumenten die de IGZ hanteert, zijn de prestatie-indicatoren voor de ziekenhuizen. Prestatie-indicatoren zijn meetbare aspecten van de zorg die een aanwijzing geven over bijvoorbeeld de kwaliteit, de veiligheid, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de zorg.

De IGZ heeft in samenwerking met de vereniging van ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) en de Orde van Medisch Specialisten (Orde) een systeem van prestatie-indicatoren ontwikkeld dat jaarlijks aan de ziekenhuizen wordt voorgelegd. Op 19 december 2005 hebben deze partijen een samenwerkingsovereenkomst ondertekend voor de prestatie-indicatoren. Hiermee is het vervolg van deze succesvolle samenwerking een feit. De indicatoren zijn vragen over de zorg in het ziekenhuis waarop vóór 1 juni antwoord gegeven moet worden. Alle ziekenhuizen leveren hun antwoorden ieder jaar aan op de website www.ziekenhuizen transparant.nl. De indicatoren maken ook deel uit van het jaarverslag van het ziekenhuis en zijn zo een manier geworden voor het ziekenhuis om verantwoording af te leggen naar de maatschappij (en hun patiënten). De indicatoren worden ieder jaar herzien. Het is dus belangrijk om ze per jaar met de antwoorden te vergelijken. De IGZ stuurt de ziekenhuizen de vragen toe in de vorm van een boekje dat ook op de website wordt gepubliceerd. Dit boekje heet de Basisset prestatie-indicatoren. (www.igz.nl; www.snellerbeter.nl)

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De Nederlandse Zorgautoriteit, kortweg de NZa, is toezichthouder op alle zorgmarkten in Nederland. De NZa ziet toe op zowel zorgaanbieders als verzekeraars, op zowel curatieve markten als op de markten voor langdurige zorg. De NZa komt voort uit het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ). Beide colleges richtten zich op de beheersing van de totale kosten ('macrokosten') via bekostiging van zorgverleners en het bewaken van goede uitvoering van verzekeringswetten in de zorg. Hoewel die taken blijven bestaan, verschuift het accent in het werk van de NZa van uitvoering naar het pro-actief vaststellen van condities voor marktwerking en de handhaving daarvan. Doel van het nieuwe zorgstelsel is dat de consument waar voor zijn geld krijgt. Daarbij hebben efficiëntie, keuze, kwaliteit en toegankelijkheid van zorgmarkten een centrale plaats. De NZa wil de marktwerking in de zorg bevorderen en ziet erop toe dat de AWBZ-zorgaanbieders (eerlijk) met elkaar kunnen concurreren. Er mag geen sprake zijn van anti-competitief gedrag. Dit is gedrag dat marktwerking juist tegengaat, bijvoorbeeld als een grote zorgaanbieder een kleine AWBZ-zorgaanbieder van de markt drukt. In zogenoemde Monitors volgt de NZa het gedrag van marktpartijen. De NZa bekijkt met haar toezicht ook of zorgkantoren bij alle AWBZ-zorgaanbieders dezelfde spelregels in acht nemen. De NZa toetst of de zorgkantoren op een doelmatige manier de extramurale AWBZ uitvoeren. Kopen de zorgkantoren voldoende zorg in? Kopen ze niet onnodig dure zorg? Kortom, voeren ze de extramurale AWBZ doelmatig uit? De NZa onderzoekt dit om te waarborgen dat de cliënten voldoende zorg krijgen en dat de kosten van de AWBZ niet onnodig hoog worden. De AWBZ wordt immers betaald uit gemeenschapsgeld. De NZa is in eerste instantie terughoudend met ingrijpen in de markt. Vindt er gedrag plaats dat de marktwerking beperkt, dan is de NZa bevoegd om in te grijpen. Zo kan de NZa de zorgaanbieders verplichten om informatie openbaar te maken. Informatie moet transparant zijn, zodat de consument in staat is om een keuze te maken uit het aanbod. Daarnaast kan de NZa ingrijpen als partijen een machtspositie hebben. Dit verschijnsel heet aanmerkelijke marktmacht. Ingrijpen kan zowel bij de zorgaanbieders als de zorgkantoren. De NZa kan aan deze partijen verplichtingen opleggen die moeten voorkomen dat zij misbruik kunnen maken van hun machtspositie. (www.nza.nl)

Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)

T

De NMa ontleent haar taken aan wetgeving. De NMa houdt toezicht op de naleving van de mededingings- en energie- en vervoerswetten. De Mededingingswet verbiedt kartels, zoals prijsafspraken tussen ondernemingen, en misbruik van economische machtsposities. Ook moeten bepaalde fusies en overnames tevoren aan de NMa worden gemeld. De NMa kan onderzoek starten

naar aanleiding van een klacht, maar ook op eigen initiatief (ambtshalve). De belangrijkste bevoegdheden van NMa-ambtenaren zijn de volgende:

- Betreden van plaatsen (artikel 5:15 Algemene wet bestuursrecht, hierna: Awb); dat wil zeggen, de bevoegdheid tot het betreden van elke plaats (zoals bedrijfsruimtes en vervoermiddelen), met uitzondering van een woning, zonder toestemming van de bewoner. De bevoegdheid tot het betreden van plaatsen kan eventueel met behulp van de politie worden uitgeoefend.
- Inlichtingen vorderen (artikel 5:16 Awb); dat wil zeggen, de bevoegdheid inlichtingen in te winnen, zowel in mondelinge als schriftelijke vorm.
- Inzage vorderen (artikel 5:17 Awb); dat wil zeggen, de bevoegdheid zakelijke gegevens en bescheiden in te zien en te kopiëren (niet alleen schriftelijke stukken, maar ook langs elektronische weg vastgelegde gegevens kunnen worden ingezien en gekopieerd).

Als sprake is van een redelijk vermoeden dat de Mededingingswet wordt overtreden, hebben de NMa-ambtenaren twee additionele bevoegdheden. Deze bevoegdheden kunnen zij inzetten als zij inzage vorderen van zakelijke gegevens en bescheiden. Het betreft:

- het verzegelen van bedrijfsruimten en voorwerpen tussen 18.00 en 8.00 uur (artikel 54 Mw)
- het inschakelen van de politie (artikel 55 Mw).

(www.nmanet.nl)

Voedsel en Waren Autoriteit (VWA)

De Voedsel en Waren Autoriteit zorgt voor gezondheidsbescherming van mens en dier. Zij houdt toezicht op en bewaakt de veiligheid van voedsel en consumentenproducten en het welzijn van dieren. Medewerkers van de VWA controleren daarom of bedrijven en instellingen zich wel aan de geldende wetten en regels houden. Dat doen zij bij alle onderdelen van de productieketen, van grondstof en hulpstof tot eindproduct of consumptie. De VWA houdt onder meer toezicht op de handhaving van de Drank- en Horecawet en de Tabakswet. Dat betekent dat de VWA controleert of bedrijven zich aan deze wetten houden, strafbare feiten opspoor en waar nodig maatregelen treft (bijv. ten aanzien van het rookverbod in ziekenhuizen). Bij dierproeven kan dierenwelzijn in het geding zijn. De VWA ziet er op toe dat bij deze activiteiten goed met de dieren wordt omgesprongen. De interventies zijn onderverdeeld in twee categorieën: sanctionerende en corrigerende interventies. Sanctionerend: bestuurlijke boete en proces-verbaal. Corrigerend: waarschuwing, inbeslagname, intrekking vergunning (o.a.). Bij ziekenhuizen houdt de VWA onder andere toezicht op de naleving van het rookverbod, de voedselveiligheid en het gebruik van dierproeven. (www.vwa.nl).

Provincie

In Nederland zien de provincies onder meer toe op de kwaliteit van het zwembadwater, zowel in zwembaden en sauna's, als in (onbeheerde) waterplassen en op stranden. Een zwembad dat niet hygiënisch is, kan worden gesloten. De meeste provincies hebben ook een zwembadtelefoon, die dagelijks actuele informatie verschaft. Ziekenhuizen die over een zwembad beschikken, krijgen dus ook periodiek controle van de provincie. (www.keurmerk.nl)

Gemeente

De Woningwet bepaalt in artikel 100 en verder dat burgemeester en wethouders (B&W) zijn belast met de bestuursrechtelijke handhaving van het gestelde in de Woningwet. Het gaat dan om toezicht op de bouw, het gebruik, vergunningen, brandveiligheid etc. Zodra er een bouwvergunning is, kan men gaan bouwen. Dat moet wel gemeld worden bij de gemeente, zodat de inspecteur bouwtoezicht toe kan zien op de kwaliteit van het werk. De inspecteur kijkt er uiteraard naar of gebouwd wordt volgens de vergunning, maar hij let ook op de afscheiding van het bouwterrein, de veiligheid en hinder voor de omgeving, hoe men omgaat met sloopafval, enz. Tevens zorgt de inspecteur voor een goede afronding

van de bouwfase naar de gebruiksfase. De gemeente heeft een aantal sanctiemogelijkheden bij geconstateerde onregelmatigheden, zoals bestuursdwang, dwangsom en sloop van het pand. (www.utrecht.nl; www.wetten.nl/woningwet)

Brandweer

Op grond van de Woningwet, het Bouwbesluit en de Brandweerwet 1985 hebben B&W de volgende taken:

- het voorkomen, beperken en bestrijden van brand, het beperken van brandgevaar, het voorkomen en beperken van ongevallen bij brand en al hetgeen daarmee verband houdt;
- het beperken en bestrijden van gevaar voor mensen en dieren bij ongevallen anders dan bij brand.

De feitelijke uitvoering van de werkzaamheden ten aanzien van de brandveiligheid geschiedt door de Brandweer.

Een andere taak van de Brandweer is het beperken en bestrijden van rampen en zware ongevallen als bedoeld in artikel 1 van de Wet rampen en zware ongevallen.

De middelen die de Brandweer daarvoor gebruikt zijn onder andere het beoordelen van bouwtekeningen, het doen van inspecties, het afgeven van gebruiksvergunningen en het zorgen voor planvorming en bereikbaarheid. (www.rampenbeheersing.nl)

GGD

Alle gemeenten in Nederland hebben de taak de gezondheid van hun bewoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen. De gemeenten hebben voor het uitvoeren van deze taak een GGD. De 443 gemeenten in Nederland zijn verantwoordelijk voor 33 GGD'en. Dit betekent dat vaak meerdere gemeenten samen één GGD aansturen. De taken van de GGD'en zijn niet overal hetzelfde, want iedere GGD voert voor zijn gemeente specifieke opdrachten uit. Deze opdrachten staan beschreven in de gemeentelijke nota's over het lokale beleid volksgezondheid. Toch hebben alle GGD'en in Nederland een aantal uniforme taken. Deze basistaken staan omschreven in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv). In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van volksgezondheid vastgelegd. De gemeenten brengen de hieruit voortvloeiende werkzaamheden over het algemeen onder bij de GGD. De WCPV onderscheidt drie deelterreinen: collectieve preventie, infectieziektenbestrijding en jeugdgezondheidszorg. Ziekenhuizen kunnen onder andere bezoek van de GGD krijgen in het kader van de naleving van de voorschriften van de Wet Kinderopvang (uiteraard als die mogelijkheid aanwezig is). (www.ggd.nl)

College Ziekenhuisopleidingen (CZO)

Het CZO is opgericht door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ). Het CZO heeft als doelstelling de kwaliteit en de continuïteit van de ziekenhuisopleidingen te bewaken voor medisch ondersteunende en gespecialiseerde verpleegkundige functies. Het CZO bewaakt de kwaliteit van de medisch ondersteunende en verpleegkundige vervolgopleidingen door het landelijk erkennen van deze opleidingen en bewerkstelligt zo dat de diploma's in alle ziekenhuizen worden erkend. (www.ziekenhuisopleidingen.nl)

Calibris

Kenniscentrum Calibris, voorheen de Opleiding voor Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen (OVDB), is verantwoordelijk voor de erkenning van leerbedrijven en voor het onderhoud van de kwalificatiestructuur voor de sectoren Zorg, Welzijn en Sport. (www.calibris.nl).

Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO)

De Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO) is een bij verdrag tussen Nederland en Vlaanderen opgerichte publieke instelling die in beide regio's de kwaliteit van het hoger onderwijs waarborgt. De NVAO heeft de volgende taken:

- accrediteren van bestaande opleidingen in het hoger onderwijs (beoordelen basiskwaliteit);
- toetsen van nieuwe opleidingen in het hoger onderwijs (beoordelen te verwachten basiskwaliteit);
- leveren van een bijdrage aan de profilering van opleidingen en instellingen door het toetsen van bijzondere (kwaliteits)kenmerken van bestaande opleidingen;
- voeren van een actief internationaal beleid op het gebied van hoger onderwijs en het onderhouden van internationale contacten om tot afstemming en samenhang te komen;
- uitvoeren van andere aan de NVAO opgedragen werkzaamheden, zoals in Nederland bijvoorbeeld het adviseren over de verlenging van de cursusduur van masteropleidingen in het wetenschappelijk onderwijs;
- leveren van een bijdrage aan het publieke debat over de ontwikkelingen in het hoger onderwijs, gerelateerd aan de primaire taken van de NVAO.

De taken die de NVAO in Nederland uitvoert, vloeien voort uit de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) en komen neer op het accrediteren van bestaande opleidingen, het toetsen van nieuwe opleidingen in het hoger onderwijs en het adviseren over de mogelijke verlenging van masterprogramma's in het wetenschappelijk onderwijs. (www.nvao.net)

Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC)

Na de opkomst van de medische specialismen aan het eind van de 19e eeuw werd in 1932 de Specialisten Registratie Commissie (SRC) opgericht voor de erkenning en registratie van deze medisch specialisten. In 1998 is als gevolg van de wet BIG de naam veranderd in Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC). De MSRC is als volgt samengesteld:

- gewone leden: een medisch specialist uit elk erkend medisch specialisme, 3 leden vanuit de NVZ en 3 leden vanuit de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ)
- adviserend leden: 2 vertegenwoordigers namens de Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen (LVAG) en de secretaris van het Centraal College Medische Specialismen (CCMS). Net als bij het CCMS geldt dat de gewone leden niet tevens lid kunnen zijn van het Federatiebestuur van de KNMG, het bestuur van een beroepsvereniging, een college of de adviescommissie.

De MSRC heeft tot taak:

- Het instellen van specialistenregisters, die tot doel hebben het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.
- Het inschrijven van personen in een register en het hernieuwen van de inschrijving.
- Het vaststellen van het bedrag dat voor de behandeling van het verzoek tot registratie, voor de behandeling van het verzoek tot herregistratie of voor een andere activiteit van de MSRC moet worden betaald.
- Het erkennen van opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten, alsmede het schorsen of intrekken van de erkenning.
- Het houden van toezicht op de naleving van besluiten van het CCMS door opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten.

De MSRC publiceert inschrijvingen en doorhalingen in Medisch Contact, het officiële orgaan van de KNMG en doet daarvan mededeling aan de minister. (www.artsennet.nl)

Beroepsverenigingen

De medische wereld kent een groot aantal beroepsverenigingen. Deze houden zich onder meer bezig met o.a. patiëntenvoorlichting, nascholing, herregistratie en kwaliteitsbeleid. In het kader daarvan worden kwaliteitsbezoeken verricht.

(<http://www.medischestartpagina.nl/Artsen/Beroepsverenigingen/index.html>);

(<http://www.medischestartpagina.nl/Verpleegkundigen/Beroepsverenigingen/index.html>)

Niet-zorgspecifiek publiekrechtelijk toezicht

Douane

De Douane houdt zich onder meer bezig met het heffen en innen van belastingen. Dat is de 'heffings- en inningsfunctie' van de Douane. Het kan hierbij gaan om belastingen bij invoer, die gedeeltelijk in Europees verband worden vastgesteld. Daarnaast zorgt de Douane ook voor de heffing en inning van accijnzen, verbruiksbelastingen en belasting op personenauto's en motorrijwielen (BPM). De Douane berekent hoeveel belasting betaald moet worden (heffing) en zorgt er vervolgens voor dat deze belasting ook echt wordt betaald (inning).

De douaneambtenaar is in een aantal gevallen aangewezen als buitengewoon opsporingsambtenaar voor de opsporing van strafbare feiten. Deze opsporingsbevoegdheid gebruikt de Douane als zij bij haar controletaken overtredingen tegenkomt en strafbare feiten vaststelt.

(www.douane.nl).

Belastingdienst

De ruim 30.000 medewerkers van de Belastingdienst zijn verantwoordelijk voor een groot aantal verschillende taken. Het meest bekend is het heffen en innen van belastingen en premies. Jaarlijks verwerkt de Belastingdienst de verschillende aangiften van 6 miljoen particulieren en 1,1 miljoen ondernemers. De Belastingdienst int niet alleen, maar keert ook uit. Zo verzorgt de Belastingdienst bijvoorbeeld de uitbetaling van voorlopige teruggaven en van toeslagen die huishoudens kunnen krijgen voor de kosten van kinderopvang, huur of zorg.

Andere belangrijke werkprocessen zijn de opsporing van fraude en het houden van toezicht op de in-, uit- en doorvoer van goederen.

(www.belastingdienst.nl)

Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst / Economische Controledienst

De opsporingsdienst van de Belastingdienst is de FIOD-ECD. De FIOD-ECD is in 1999 ontstaan uit het samengaan van de Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst (FIOD) en de Economische controledienst (ECD). Toezicht en opsporing vormen de hoofdtaak van de FIOD-ECD. Toezicht vindt plaats op economisch en financieel gebied; opsporing op het gebied van economische, financiële en fiscale fraude. Deze verschillende vormen van fraude blijken in de praktijk vaak samen te gaan. Omdat fiscale, economische en financiële kennis gebundeld zijn binnen de Belastingdienst, kunnen ze uiterst effectief worden ingezet. De FIOD-ECD werkt voor vijf opdrachtgevende departementen: de ministeries van Buitenlandse zaken, Economische Zaken, Financiën, Justitie, en Volksgezondheid, Werkgelegenheid en Sport. Daarnaast is de FIOD-ECD de opsporingsdienst op het werkkterrein van verschillende toezichthouders in de financiële sector. (www.minfin.nl)

Autoriteit Financiële Markten (AFM)

De AFM - voluit de Autoriteit Financiële Markten - is de gedragstoezichthouder op de financiële markten in Nederland. Dat wil zeggen dat de AFM toezicht houdt op het gedrag van alle partijen die te maken hebben met de markten van sparen, lenen, beleggen en verzekeren.

De AFM ziet er op toe dat financiële instellingen in ons land je correct behandelen en je daarbij goed informeren over hun financiële producten en diensten. De AFM let er op dat alle partijen zich aan de relevante wet- en regelgeving houden. Ook adviseert de AFM het ministerie van Financiën bij het ontwikkelen van nieuwe wetgeving. De AFM bevordert normoverdracht door onder meer voorlichting te geven over nieuwe regels, interpretaties en algemene waarnemingen.

De AFM vraagt financiële instellingen zelf een evaluatie te maken of ze voldoende bijdragen aan de toezichtsdoelstellingen. Controles kunnen daardoor systematisch worden uitgevoerd: daar waar de risico's het grootst zijn.

De uitvoering van het toezicht door de AFM is gebaseerd op vier principes: de feiten kennen, aan de hand van deze feiten juridisch en economisch juiste analyses maken, zorgvuldig en evenwichtig beslissen op basis van feiten en analyses en scherp reageren als het erop aan komt.

De AFM is een zelfstandig bestuursorgaan. De bevoegdheden op het gebied van het gedragstoezicht op financiële markten zijn door het ministerie van Financiën gedelegeerd aan de AFM. Als zelfstandig bestuursorgaan draagt de AFM onafhankelijk de verantwoordelijkheid voor de concrete uitoefening van haar toezicht. De AFM oefent toezicht uit door middel van controle, handhaving en normoverdracht en let daarbij nadrukkelijk op signalen uit de markt en bevindingen van haar eigen controle-organisatie. Constateert de AFM een overtreding dan kan zij sancties opleggen. Zij kan een aanwijzing of een openbare waarschuwing geven, een stille curator aanstellen, een vergunning intrekken, registratie doorhalen of weigeren en aangifte doen bij het Openbaar Ministerie. Zij kan ook boetes en dwangsommen opleggen. Verder ontwikkelt, handhaaft en past de AFM regelgeving en beleid aan op het gebied van de financiële markten. Zij adviseert tevens het ministerie van Financiën op het gebied van ontwikkeling van nieuwe wet- en regelgeving. Daarbij is consultatie van marktpartijen een belangrijk instrument. (www.afm.nl)

Landelijke Inspectiedienst Dierenbescherming (LID)

De Stichting Landelijke Inspectiedienst Dierenbescherming (LID) spoort niet alleen overtredingen van de Nederlandse dierenwelzijnswetgeving op, maar houdt ook toezicht op locaties waar dieren aanwezig zijn. Bij wetsovertredingen kan de LID een proces-verbaal schrijven en, in overleg met het Openbaar Ministerie (OM), zelfs dieren in beslag nemen.

De LID werkt nauw samen met de politie en de AID (Algemene Inspectiedienst) van het Ministerie van Landbouw. (www.dierenbescherming.nl)

Erfgoedinspectie

De Erfgoedinspectie waakt op nationaal niveau over een belangrijk deel van het Nederlands erfgoed. Het toezicht is gericht op archeologische opgravingen, archieven bij de centrale overheid, het roerend cultureel erfgoed en onroerende monumenten. De sector archieven houdt namens de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) toezicht op het archiefbeheer van de organen van de centrale overheid. Het gaat hierbij om alle archieven van deze overheidsorganen, tot het moment waarop die archieven hetzij zijn vernietigd, dan wel zijn overgebracht naar een archiefbewaarpplaats. De Erfgoedinspectie voert zelfstandig inspecties uit, en rapporteert hierover aan de betreffende zorgdrager. In bijzondere gevallen kan de Erfgoedinspectie de minister van OCW op de hoogte stellen van de resultaten van een inspectie. De minister van OCW kan een orgaan van de centrale overheid een aanwijzing geven. In bijzondere gevallen kan de minister bestuursdwang toepassen.

(bron: www.erfgoedinspectie.nl).

Waterschap

Waterschappen zorgen met betrokken en deskundige mensen lokaal en regionaal voor veilige dijken, schoon water, droge voeten en voldoende water. Zonder het werk van de waterschappen zou Nederland voor een groot deel onbewoonbaar zijn. Waar te veel water is, voeren de waterschappen het af. Waar te weinig is, voeren ze het aan. Met vergunningen regelen ze het lozen van vervuild water. Ze zuiveren het rioolwater. Ook beheren ze wegen en vaarwegen en onderhouden ze dijken en duinen. Waterschappen zijn overheden, net als provincies en gemeenten. Ze zijn zelfstandig en hebben eigen bevoegdheden. Ze kunnen regels stellen waaraan burgers zich moeten houden en ze kunnen belastingen heffen. Het verschil zit hem in de taken. Gemeenten en provincies houden zich bezig met diverse zaken van algemeen belang: onderwijs, cultuur, milieu, ruimtelijke ordening. Het waterschap kent maar één zorg: het waterbeheer in een bepaald gebied. Een zorginstelling kan geïnspecteerd worden naar aanleiding van de vergunning Wet verontreiniging oppervlaktewater (Wvo).

(www.waterschappen.nl)

Arbeidsinspectie (AI)

De Arbeidsinspectie bevordert door middel van overleg, voorlichting, toezicht en handhaving de naleving van de wet op het terrein van veiligheid en gezondheid op het werk en bestrijdt illegale tewerkstelling en oneerlijke concurrentie. Daarbij wordt prioriteit gegeven aan de aanpak van ernstige schending van de wet. De wijze waarop in afzonderlijke sectoren en bedrijven invulling wordt gegeven aan de eigen verantwoordelijkheid speelt mee in de aanpak: 'hard waar het moet en zacht waar het kan'. De AI levert relevante informatie over de naleving op deze terreinen en draagt daarmee bij aan inzicht in de werking en vergroting van de effectiviteit van het overheidsbeleid.

Hoofdtaken van de Arbeidsinspectie (AI) zijn het houden van toezicht en opsporing en handhaving van de wetgeving op het brede terrein van de arbeidsbescherming (zie hieronder). Daarnaast onderzoekt de AI meldingen van z.g. meldingsplichtige arbeidsongevallen, zware ongevallen met gevaarlijke stoffen (major hazards) en klachten van werknemers over hun arbeidsomstandigheden en/of arbeidstijden. Speerpunten hierbij zijn het aanpakken van ernstige risico's en misstanden en het informeren van de bewindslieden en de beleidsmakers over de waargenomen situatie, de ontwikkelingen en de uitwerking van het beleid op de 'werkvloer'.

De Arbeidsinspectie houdt toezicht op/ handhaaft de volgende wetten en besluiten:

- de Arbeidsomstandighedenwet - de Arbeidstijdenwet
 - de Warenwet
 - de Wet Arbeid Vreemdelingen
 - het Besluit Risico's Zware ongevallen
- en handhaaft in de loop van 2007:
- de Wet Minimumloon en minimum vakantietoeslag

De AI richt zich in de eerste plaats op werkgevers. Zij zijn immers de eerstverantwoordelijken als het om de naleving van de wettelijke voorschriften en het (in)voeren van een arbeidsomstandigheden-, veiligheids- of integriteitsbeleid in hun bedrijf of organisatie gaat. In bepaalde gevallen kan, omdat ook zij hun wettelijke verantwoordelijkheden hebben, echter ook handhavend tegen werknemers worden opgetreden. In projectmatige inspecties wordt gecontroleerd of werkgevers en werknemers zich aan de wettelijke voorschriften houden. Het accent van de inspecties ligt bij branches waar misstanden en/of grote veiligheids- en gezondheidsrisico's voor werknemers worden verwacht. Als de AI tijdens de inspecties of onderzoeken overtredingen aantreft zal zij, afhankelijk van de betreffende wet en de ernst van de overtreding, de volgende maatregelen (sancties) nemen:

- het maken van een afspraak over het opheffen van de overtreding
- het geven van een officiële waarschuwing
- het geven van een bevel tot onmiddellijke stillegging van het werk of werkzaamheden
- het stellen van een eis tot naleving van de wet
- het aanzeggen van een bestuurlijke boete
- het aanzeggen van een proces-verbaal (strafrechtelijk)
- het aanzeggen van een last onder dwangsom

De sanctie(s) en de voorgeschreven maatregel(en) worden altijd schriftelijk door de AI bevestigd en de AI controleert steekproefsgewijs in een volgende inspectie of de vereiste maatregelen zijn genomen.

Als dat niet het geval is, worden nieuwe sancties (dwangmaatregelen) ingezet. De sancties zullen dan zwaarder zijn. (www.arbeidsinspectie.nl).

VROM-Inspectie (VI)

De VROM-Inspectie wordt beschouwd als de oren en ogen van het ministerie. Zij controleert en inspecteert op eigen initiatief. Naast een open oog voor mogelijke overtredingen en misstanden houdt de Inspectie de oren gespits. Er wordt goed gelet op signalen uit de samenleving over situaties die schadelijk kunnen zijn voor een gezonde en veilige leefomgeving. De VROM-Inspectie zorgt ervoor dat klachten en meldingen deskundig worden afgehandeld.

Wanneer er sprake is van niet of onvoldoende naleven of uitvoeren, zet de VI een mix van middelen in. Afhankelijk van de situatie kan het gaan om voorlichting, stimulering, waarschuwing en dwang. Boetes en sancties kunnen hierbij een rol spelen. Bij grote risico's verlangt de VI direct en dwingend maatregelen. Wordt crimineel gedrag vastgesteld of vermoed, dan worden via de informatie en opsporingsdienst (IOD) van VROM de daders of verdachten strafrechtelijk opgespoord.

Inspecties die door de VI bij ziekenhuizen worden uitgevoerd zien bijvoorbeeld op:

- waterkwaliteit van zwembad(en)
- legionellapreventie
- waterleidingnet

De inspectie van de naleving van de voorschriften uit de Kernenergiewet vindt plaats in samenwerking met de IGZ en de AI. (www.vrom.nl).

Inspectie Verkeer en Waterstaat (IVW)

De Inspectie Verkeer en Waterstaat bewaakt en bevordert een veilig en duurzaam gebruik van weg, water, lucht en rail door burgers en ondernemers en bericht over de resultaten van het werk in de openbaarheid. Om de veiligheid op luchthavens en in het luchtruim te waarborgen zijn veiligheidsregels en milieunormen opgesteld. De Inspectie Verkeer en Waterstaat controleert op naleving van deze regels. Toezicht vindt plaats door aangekondigde en onaangekondigde inspecties op locatie of via vergunningverlening. Als er sprake is van een overschrijding of een overtreding kan de inspectie ook maatregelen nemen in de vorm van een sanctie. De 'Richtlijn helihavens bij ziekenhuizen' bevat eisen waaraan moet worden voldaan als een helihaven bij een ziekenhuis wordt aangelegd. Deze eisen hebben o.a. betrekking op de inrichting (afmetingen en markeringen) van het landingsterrein, de benodigde blusmiddelen en het beheer van de helihaven. De eisen zijn zowel van toepassing op een helihaven op de grond als op een verhoging zoals een platform of een dak van het ziekenhuis. De procedure om een aanvraag voor de aanleg van een helihaven in te dienen is ook in deze richtlijn opgenomen. Na oplevering van de helihaven volgt een door de Divisie Luchtvaart uit te voeren keuring. Bij positief resultaat van de keuring wordt een certificaat afgegeven waarna de helihaven in gebruik kan worden genomen. Periodiek inspecteert de Divisie Luchtvaart of de helihaven voldoet aan de eisen voor een veilig gebruik. Eénmaal per twee jaar voert de Divisie Luchtvaart een integrale inspectie uit voor de verlenging van het certificaat. Het vervoer van gevaarlijke stoffen is in Nederland geregeld in de Wet vervoer gevaarlijke stoffen (WVGS). Deze wet vormt de basis voor het vervoer van gevaarlijke stoffen over land en water. De Inspectie Verkeer en Waterstaat houdt toezicht op de naleving van de regels. De inspectie doet dit voor het vervoer van gevaarlijke stoffen over de weg, het spoor, de binnenwateren, zee en door de lucht.

Inspecteurs van de Inspectie Verkeer en Waterstaat (IVW) hebben verschillende toezichthoudende en opsporingsbevoegdheden. Zij mogen onder meer:

- een vrachtauto aan de kant laten zetten en (eventueel) naar een plaats van controle begeleiden;
- inzage vragen van documenten. Ze mogen ook documenten voor korte tijd innemen om er een afschrift van te maken;
- maatregelen nemen en processen-verbaal opmaken;
- monsters nemen van een lading gevaarlijke stoffen, om deze te laten onderzoeken. Inspecteurs mogen hiervoor verpakkingen openmaken.

Bij ziekenhuizen houdt de IVW toezicht op de stromen van gevaarlijk ziekenhuisafval.

(www.ivw.nl).

Tuchtrecht

De tuchtrechtspraak in de Gezondheidszorg is opgedragen aan vijf Regionale Tuchtcolleges met elk een geografisch rechtsgebied. Deze colleges zijn gevestigd in Groningen, Zwolle, Amsterdam, Den Haag en Eindhoven.

Zij behandelen in eerste aanleg klachten tegen artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen.

Tegen beslissingen van de Regionale Tuchtcolleges staat hoger beroep open. Dit wordt behandeld door het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in Den Haag. Dit college is de hoogste rechter in Nederland op dit terrein. (www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl)

Ondernemingskamer Gerechtshof Amsterdam (OK)

De Ondernemingskamer is, als bijzondere Kamer van het Gerechtshof Amsterdam, landelijk bevoegd tot het behandelen en beslissen van onder meer de navolgende typen procedures en zaken:

- verzoeken tot het instellen van een enquête en tot het treffen van onmiddellijke voorzieningen, verzoeken tot het vaststellen van wanbeleid en tot het treffen van voorzieningen (enquêteprocedure, artt. 2:344 t/m 2:359 BW)
- vorderingen tot inrichting van de jaarstukken overeenkomstig rechterlijk bevel (jaarrekeningprocedure, artt. 999, 1000 Rv. en artt. 2:447, 448 BW)
- hoger beroep van een vonnis van een rechtbank in een geschillenregeling (art. 2:336 BW)
- hoger beroep tegen een beschikking van een rechtbank inzake verzet tegen fusie (artt. 2:316 BW, 997 Rv.)
- hoger beroep tegen een beschikking van een rechtbank inzake verzet tegen splitsing (artt. 2:334l BW, 997 Rv.)
- verzoeken tot ongegrondverklaring van een bezwaar tegen benoeming lid raad van commissarissen (art. 2:268 lid 9 BW)
- beroep van een ondernemingsraad tegen een adviesplichtig besluit van een ondernemer en - -
- verzoeken tot het treffen van voorlopige voorzieningen (art. 26 WOR)
- verzoeken tot naleving van de Wet op de Europese Ondernemingsraden (art. 5 WEOR)
- beroep van een deelnemersraad tegen een adviesplichtig besluit van een pensioenfonds en verzoeken tot het treffen van voorzieningen (art. 6c PSW)
- verzoeken van de Pensioen- & Verzekeringskamer tot het aanstellen van een bewindvoerder over een pensioenfonds of een spaarfonds (art. 23m PSW)

(www.rechtspraak.nl)