

# HEALTH CARE GOVERNANCE NAAR EEN NIEUWE FASE: DIVERS EN GRENsverLEGGEND

→ **Governance in de zorg** heeft zich de afgelopen tien jaren ontwikkeld langs verschillende fasen. Na een lange tijd van informeel toezicht tot in de jaren negentig werd het interne toezicht geformaliseerd



**Theo Schraven**  
Partner/adviseur Governance University  
Advisory

dankzij verschillende zorgspecifieke governance-codes. Deze professionalisering van het toezicht aan het begin van dit millennium ontwikkelde zich door naar een fase van 'resultaatgericht toezicht'. Als gevolg van prestatiebekostiging, kwaliteitsnormen en enkele kwaliteitsschandalen werd het toezicht scherper op de resultaten rondom kwaliteit en financiën ('waar gaan we voor'). Raden van toezicht gingen over tot het instellen van auditcommissies en kwaliteitscommissies. Een nieuwe fase die zich nu aandient is die van waardegericht toezicht. Door toenemende specialisatie in de zorg - in combinatie met blijvende budgettaire druk - moeten er echte keuzes gemaakt worden. Die raken de identiteit, missie en visie van de zorgorganisatie: 'waar staan we voor'? Het sturen en toezicht houden op waarden is ook nodig omdat de omvang én complexiteit van zorgor-

ganisaties toeneemt; het toepassen van procedures, regels en kengetallen is voor zorgprofessionals niet effectief en zeker niet inspirerend. Verticaal (hiërarchisch) toezicht zal aangevuld moeten worden met horizontaal toezicht, ook of juist binnen zorgorganisaties.

## Diversiteit

Een tweede nieuwe fase van health care governance is de diversiteit in zorgsoorten, organisatievormen, samenwerkingsvormen en rechtsvormen. Ten eerste: nagenoeg alle zorgorganisaties hebben nog de rechtsvorm van een stichting. Dit gaat verdwijnen en de eerste contouren zijn al zichtbaar. Door nieuwe zorgondernemers ontstaan vennootschappen, vooral in de cure. Ook in de care zal de diversiteit toenemen. Naast vennootschappen van private investeerders zullen burgers of zorg-

professionals in de toekomst het heft in eigen hand nemen; zij gaan de zorg zelf organiseren in zorg coöperaties. Ten tweede: de 'monomane stand-alone' instelling verdwijnt. Veel zorgorganisaties ontwikkelen naar netwerkorganisaties met een hybride karakter: deels autonoom en deels ingebed in een duurzaam samenwerkingsverband. Voor ziekenhuizen zal dat met huisartsenorganisaties en met andere ziekenhuizen zijn. In de langdurige zorg (voor ouderen en gehandicapten) zal dat in een lokale keten zijn van welzijn, zorg, wonen en dienstverlening.

## Nieuwe wegen inslaan

Wat betekent dit voor de health care governance en de toezichthouders? Naast gedegen functionele kenniscompetenties van belang voor de zorg, zullen zij meer dan voorheen een stevige en evenwaardige sparring-part-

ner voor de raad bestuur moeten zijn. Die staat immers voor bestuurlijk complexe vraagstukken met tegenstrijdige belangen in een maatschappelijk en politiek onzeker klimaat. Mits het niet uit defensieve angst gebeurt, blijft controle en toezicht noodzakelijk (zie de schandalen). Maar mijn ervaring is dat bestuurders meer hebben aan toezichthouders die hun eigen (oude) mentale modellen loslaten en de nieuwe werkelijkheid die zich aandient en de betekenis voor governance, zien. Toezichthouders, die met aandacht en betrokkenheid, wijsheid en moed, nieuwe wegen in de zorg durven in slaan zonder de kernwaarden van de zorg uit het oog te verliezen. En ook elkaar in de ogen durven kijken!

**DRS. THEO P.M. SCHRAVEN**  
redactie@mediaplanet.com