

Tekortschietend intern toezicht en de kwaliteit van zorg

A.G.H. Klaassen

In dit artikel wordt ingegaan op de oorzaken en de oplossingen voor tekortschietend intern toezicht ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Onderzocht wordt of dat tekortschieten te wijten is aan belemmeringen in wet- en regelgeving dan wel de oplossing gezocht moet worden in een cultuurverandering. De auteur opteert vooral voor dat laatste, maar constateert tevens dat de wet- en regelgeving weinig houvast bieden. Bovendien komt aan de orde of er bij de vastlegging van de rol van de raad van toezicht ten aanzien van de kwaliteit van zorg de goede keuze wordt gemaakt tussen wetgeving en zelfregulering. Dit wordt uitgewerkt voor drie thema's: taakomschrijving van de raad van toezicht, verbetering van deskundigheid van toezichthouders en de beschikbaarheid van informatie. In de ogen van de auteur dient de norm in de wet te worden vastgelegd en de uitwerking daarvan kan aan de sectorale governance-code worden overgelaten.

1 Inleiding

In het huidige zorgstelsel,¹ dat geldt sinds 1 januari 2006, ligt de nadruk op de kwaliteit van de zorg en daarbinnen meer specifiek ook op de veiligheid van de zorg.² Uit een aantal incidenten blijkt dat aandacht voor de kwaliteit van zorg binnen zorginstellingen³ niet vanzelfsprekend is. In het Medisch Spectrum Twente in Enschede stelde een medicijnverslaafde neuroloog jarenlang verkeerde diagnoses. Van hoge mortaliteitscijfers op de afdeling hartchirurgie was sprake in het UMC St. Radboud te Nijmegen. Riskante maagverkleiningsoperaties vonden plaats in het Scheper Ziekenhuis in Emmen. In het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam waarde te lang een *Klebsiella*-bacterie rond.⁴

Binnen een zorginstelling zijn de medisch professionals, de raad van bestuur (RvB) en de raad van toezicht (RvT) verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg.

- 1 Het nieuwe zorgstelsel bestaat uit de invoering van de Zorgverzekeringswet, de Wet toelating zorginstellingen en de Wet marktordening gezondheidszorg.
- 2 Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 2.
- 3 In de gezondheidswetten wordt de ene keer gesproken over zorginstellingen (bijv. Wet toelating zorginstellingen), een andere keer over zorgaanbieders (bijv. Kwaliteitswet zorginstellingen en het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg). In dit artikel zal ik beide begrippen gebruiken.
- 4 Andere voorbeelden zijn nog: een patiënt overleed door een brand op de operatiekamer in het Twenteborg ziekenhuis te Almelo. In de IJsselmeerziekenhuizen (Lelystad en Emmeloord) vonden operaties plaats bij onzuivere lucht, waardoor er risico bestond op infecties. In het Diaconessenhuis in Meppel was sprake van samenwerkings- en communicatieproblemen bij de afdelingen chirurgie en anesthesiologie. In het VU Medisch Centrum te Amsterdam sleept al een tijdje een diepgaand conflict tussen aantal medisch specialisten, waardoor de veiligheid van patiënten in gevaar kwam.

Het accent in dit artikel ligt, gezien het themanummer, op de rol van de RvT. Ik benader deze rol vanuit een juridisch perspectief. Vragen die hierna aan de orde komen zijn:

1. Is het (incidenteel) tekortschieten van de RvT ten aanzien van de kwaliteit van zorg te wijten aan belemmeringen in wet- en regelgeving of kan een cultuurverandering de oplossing brengen?
2. Hoe moet de vastlegging van de rol van de RvT ten aanzien van de kwaliteit van zorg in wetgeving (Wet cliëntenrechten zorg (Wcz)) en de sectorale *governance code* (Zorgbrede Governancecode (ZGC)) worden beoordeeld?

Zowel de Brancheorganisaties Zorg (BoZ) als de wetgever heeft onderkend, dat er wat moet veranderen in de wijze waarop interne toezichthouders zich bezighouden met de kwaliteit van zorg. Sinds 2010 geldt de nieuwe⁵ ZGC, met daarin aangescherpte eisen voor de RvT. Deze code kan worden beschouwd als een vorm van zelfregulering. Een aantal van deze eisen uit de ZGC wordt zodanig belangrijk gevonden dat dwingend recht noodzakelijk wordt geacht.⁶ Daarom worden in het wetsvoorstel Wcz, dat sinds juni 2010 bij de Tweede Kamer ligt, in artikel 40 een aantal eisen opgesomd die betrekking hebben op de RvT.⁷ De eisen in de Wcz dienen ter versterking en professionalisering van de RvT. Gedachte van de wetgever is dat een goede controle op het bestuur de kwaliteit van het bestuur en daarmee de kwaliteit en veiligheid van de door de zorgaanbieder verleende zorg ten goede komt.⁸

De opzet van dit artikel is als volgt. Ik begin met een korte inleiding over de wettelijke taak die de RvT heeft ten aanzien van kwaliteit van zorg (par. 2). In paragraaf 3 ga ik in op de oorzaken van het tekortschietend toezicht door de RvT ten aanzien van kwaliteit van zorg. Onderwerp van paragraaf 4 is of het gaat om belemmeringen in wet- en regelgeving of een cultuurverandering. Paragraaf 5 gaat over de aanpassingen in de Wcz en de ZGC. In de conclusie (par. 6) beantwoord ik de gestelde vragen.

2 Taak van RvT

Welke rol heeft de RvT naar huidig recht bij de kwaliteit van zorg? Voor zorginstellingen geldt dat de taak van de RvT nader wordt omschreven in artikel 6.1 onder a Uitvoeringsbesluit WTZi. In dat artikel staat dat: 'Er is een orgaan dat toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en deze met raad ter zijde staat'. De belangrijkste taak van de RvT is dus toezicht houden op het bestuur. De taak van de RvT in academische ziekenhuizen, zowel bij openbare als bij bijzondere universiteiten, is geregeld in de Wet op het

5 De vorige ZGC is uit 2006.

6 Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 65.

7 In de brief van 8 februari 2013 (Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen') werd duidelijk dat de minister van VWS het wetsvoorstel zal opknippen in vijf delen omdat de gekozen opzet veel vragen oproept en weerstand ontmoet. Nog dit jaar zal er een wetsontwerp over goed bestuur en medezeggenschap aan de Tweede Kamer worden voorgelegd.

8 Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 65.

hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW).⁹ De taak is op grond van de WHW anders geformuleerd, maar ook bij academische ziekenhuizen heeft de RvT tot taak het houden van toezicht op de RvB.¹⁰

Hoe moet deze toezichttaak worden ingevuld ten aanzien van de kwaliteit van zorg? De Kwaliteitswet zorginstellingen (KZi) uit 1996 stelt regels waaraan de kwaliteit van zorg, verleend door zorginstellingen, waaronder academische ziekenhuizen, moet voldoen. Artikel 2 KZi bepaalt dat de zorgaanbieder verantwoordelijke zorg aanbiedt. Onder verantwoorde zorg wordt volgens datzelfde artikel verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. De verplichtingen die uit deze wet voortvloeien, richten zich tot de RvB van de rechtspersoon.¹¹ Deze verplichtingen betekenen dat de RvB ervoor verantwoordelijk is dat de organisatie van de zorg op zodanige wijze is ingericht dat dit leidt tot verantwoorde zorg, de eis van artikel 3 KZi. Daarnaast is de RvB op grond van artikel 4 KZi ervoor verantwoordelijk dat de kwaliteit van zorg systematisch wordt bewaakt, beheerst en verbeterd.¹² Voor de RvT betekent deze eindverantwoordelijkheid van de RvB dat de RvT moet toetsen of de RvB zijn taak ten aanzien van de kwaliteit van zorg naar behoren vervult.¹³

3 Oorzaken van tekortschietend intern toezicht

Om te kunnen beoordelen of sprake is van een belemmering in wet- en regelgeving of dat een cultuurverandering is vereist, dient eerst te worden ingegaan op de (mogelijke) oorzaken van het tekortschietend toezicht door de RvT ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Over de incidenten genoemd in de inleiding zijn rapporten van externe commissies en van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (ORV) verschenen. Ik behandel slechts die rapporten waarin – en voor zover – expliciet wordt ingaan op het functioneren van de RvT (of een vergelijkbaar orgaan) en de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg in de betreffende zorginstelling. Daarnaast heeft zowel de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ) een (algemeen) rapport uitgebracht over deze problematiek. De betreffende rapporten worden in vogelvlucht besproken. Ik beperk mij tot de rol van de RvT in relatie tot de RvB¹⁴ in de onderzochte casus.

9 Art. 12.12 WHW en art. 12.18 WHW. De academische ziekenhuizen hebben sinds 2008 een eigen code, de Governancecode UMC's van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Deze code is ook herzien in 2010.

10 Kamerstukken II 1988/89, 20 899, nr. 3, p. 16.

11 Kamerstukken II 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 23.

12 Daarnaast geldt nog dat de RvB verantwoording dient af te leggen over het gevoerde beleid. Zie art. 5 KZi.

13 Kamerstukken II 2008/09, 31 961, nrs. 1-2, p. 45 (rapport van de Algemene Rekenkamer, Implementatie kwaliteitswet zorginstellingen, 2009).

14 Zie voor de relatie tussen de RvB en de medisch specialisten, het Briefadvies van de RVZ, De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg, Den Haag 2010.

3.1 *Medisch Spectrum Twente*

Aanleiding voor het onderzoek bij het Medisch Spectrum Twente (MST) was het disfunctioneren van een neuroloog.¹⁵ Uit het rapport van de onafhankelijke Externe onderzoekscommissie MST¹⁶ blijkt dat de raad van commissarissen (RvC) van het MST geen toezicht hield op de kwaliteit van zorg. De RvC was niet op de hoogte van de problemen rond de betreffende neuroloog, laat staan van aangerichte schade en is ook niet gekend in de vertrekregeling, zo staat in het rapport. Hoewel intern de afspraak was dat problemen die een bedreiging vormen of kunnen gaan vormen voor de goede patiëntenzorg of het functioneren van het ziekenhuis door de RvB aan de RvC gemeld worden, was dit volgens de commissie niet nader geconcretiseerd. De commissie wijst erop dat daarmee de RvC geheel afhankelijk was van de inschatting van de RvB of zich een zodanige situatie voordoet. De commissie komt tot de conclusie dat de RvC daarmee op (te) grote afstand stond en geen rol van betekenis vervulde.

3.2 *UMC St. Radboud*

Bij het UMC St. Radboud vond een onderzoek door de ORV plaats naar aanleiding van berichtgeving over te hoge mortaliteitscijfers op de afdeling hartchirurgie. Uit de analyse van de ORV¹⁷ blijkt dat het stichtingsbestuur (lees: RvT)¹⁸ het niet als zijn taak beschouwde om toezicht te houden op de in de KZi ingevoerde verantwoordelijkheid van de RvB voor de kwaliteit van het zorgproces. De aandacht van het stichtingsbestuur was voornamelijk gericht op de algemene zaken, met name financiën, vastgoed en strategie. Daarnaast had de informatie die het stichtingsbestuur kreeg van de RvB, volgens de ORV onvoldoende informatiewaarde om goed toezicht te kunnen houden. Bovendien opende het stichtingsbestuur onvoldoende eigen informatiekanaalen en was het voor zijn informatie bijna uitsluitend afhankelijk van de RvB. Bovendien was in de ogen van de ORV binnen het stichtingsbestuur in onvoldoende mate kennis over en ervaring met het besturen van een ziekenhuis voorhanden.

3.3 *Scheper Ziekenhuis*

Bij het Scheper Ziekenhuis werd onderzoek gedaan door de ORV naar aanleiding van berichtgeving over calamiteiten bij maagverkleiningsoperaties. Het onder-

- 15 Recent haalde deze neuroloog nog het nieuws omdat hij werkzaam is in Duitsland. Zie Het Financieel Dagblad van 8 en 9 januari 2013.
- 16 Externe onderzoekscommissie MST, En waar was de patiënt...?, rapport over het (dis)functioneren van een medisch specialist en zijn omgeving, 2009 (commissie-Lemstra), p. 42 en 45.
- 17 ORV, Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St. Radboud, Onderzoek naar aanleiding van berichtgeving op 28 september 2005 over te hoge mortaliteit, Den Haag 2008, p. 83 en 85.
- 18 Bijzondere academische ziekenhuizen hoeven bij de inrichting van hun bestuursstructuur alleen te voldoen aan art. 12.18 WHW. In het bestuursreglement van UMC St. Radboud is bepaald dat het stichtingsbestuur toezicht houdt op het universitair medisch centrum. Het stichtingsbestuur kan daarom worden beschouwd als de interne toezichthouder.

zoek van de ORV¹⁹ wijst uit dat de bariatrische chirurgie²⁰ geen specifiek gespreksonderwerp of punt van zorg was tussen de RvB en de RvT en de andere informatiekanaalen van de RvT zoals gesprekken met zorgverleners, de Vereniging Medische Staf of de cliëntenraad. Een van de conclusies van ORV is dat de RvT het toezicht ten aanzien van de patiëntveiligheid van het zorgproces niet actief invulde.

3.4 Maasstadziekenhuis

In het Maasstadziekenhuis (MSZ) was de uitbraak van een *Klebsiella Oxa-48*-bacterie de aanleiding om een onderzoek te starten. Het onderzoek is gedaan door de Externe onderzoekscommissie MSZ.²¹ Uit dit onderzoek bleek dat de RvT niet op de hoogte was van de problemen op het gebied van infectiepreventie. De RvT was volgens de commissie voor zijn informatievoorziening sterk afhankelijk van de RvB en de directie en de RvT had relatief weinig verbinding met andere geledingen binnen de ziekenhuisorganisatie. Ook had de RvT geen informatieprotocol opgesteld. Bovendien had de RvT in de ogen van de commissie vooral veel aandacht voor de financiële bedrijfsaspecten en nauwelijks voor kwaliteit en veiligheid.

3.5 IGZ

In de Staat van de gezondheidszorg 2009 met als titel, *De vrijblijvendheid voorbij. Sturen en toezichthouden op kwaliteit en veiligheid in de zorg* signaleert de IGZ een aantal kernproblemen. Een daarvan is dat het zelfreïnigende vermogen van toezichthouders tekortschiet en het andere probleem is dat er intern onvoldoende toezicht wordt gehouden op kwaliteit en veiligheid.²² In de ogen van de IGZ hebben leden van de RvT lang niet altijd het gevoel dat zij toegerust zijn voor het houden van toezicht op de kwaliteit en veiligheid. Vooralsnog vertrouwt de RvT er volgens de IGZ op dat de raad tijdig en volledig door de RvB wordt geïnformeerd.²³

3.6 RVZ

In het advies *Governance en kwaliteit van zorg* gaat de RVZ in op een aantal obstakels voor een goed functionerend intern toezicht. Gesignaleerd wordt dat de aandacht van RvT's (nog) vooral is gericht op de financiële situatie en het strategische beleid van zorginstellingen, maar niet op de kwaliteit van de geleverde diensten. Volgens de RVZ komt relatief vaak de opvatting voor bij de RvT, dat kwaliteit 'een zaak is van de professionals' en niet tot het domein van de RvT behoort.

- 19 ORV, Vernieuwing op drift. Onderzoek naar aanleiding van berichtgeving in april 2009 over calamiteiten bij maagverkleiningsoperaties in het Scheper Ziekenhuis Emmen, Den Haag 2011, p. 81 en 84.
- 20 Bariatrische chirurgie is chirurgie die als doel heeft het gewicht te verminderen.
- 21 Externe onderzoekscommissie MSZ, Oog voor het onzichtbare. Onderzoek naar de uitbraak van de *Klebsiella Oxa-48* bacterie in het Maasstad Ziekenhuis Rotterdam, 2012, p. 62.
- 22 IGZ, *De vrijblijvendheid voorbij. Sturen en toezichthouden op kwaliteit en veiligheid in de zorg*, Staat van de gezondheidszorg 2009, Den Haag 2009, p. 15.
- 23 IGZ 2009, p. 42.

Verder constateert de RVZ dat nog te vaak bij leden van de RvT kennis van het zorgproces ontbreekt, terwijl deze kennis onmisbaar wordt geacht om risico's voor de kwaliteit van zorg te kunnen schatten en aldus proactief toezicht te kunnen houden.²⁴ Daarnaast is in de ogen van de RVZ de RvT vaak (te) afhankelijk van de informatievoorziening door de RvB. Relevante informatie blijft achterwege of is soms niet beschikbaar.²⁵

4 Belemmering in wet- en regelgeving of cultuurverandering?

Wat ging er fout? Uit de hiervoor besproken rapporten springen drie oorzaken voor het tekortschietend intern toezicht ten aanzien van de kwaliteit van zorg in het oog. De vraag is of er bij die oorzaken sprake is van een belemmering in wet- en regelgeving of dat alleen een cultuurverandering is vereist.

Beperkte opvatting toezichtstaak

Ten eerste blijkt uit alle rapporten dat een van de oorzaken van tekortschietend intern toezicht is dat de RvT geen (of onvoldoende) aandacht heeft voor de kwaliteit van zorg. De focus van de toezichthouders is meer gericht op de financiën en de strategie van de instelling dan op de (kwaliteit van de) zorg.²⁶

De wet, in dit geval de KZi, is helder over de eindverantwoordelijkheid van de RvB. Dit betekent ook dat de RvT toezicht moet houden op deze eindverantwoordelijkheid. Het lijkt erop dat (RvB's en) RvT's zich niet, of niet voldoende, rekenschap hebben gegeven van de implicaties van de KZi.²⁷ Als de RvB dat inzicht niet heeft dan heeft de RvT dat waarschijnlijk ook niet.²⁸ RvT's waren zich er niet of onvoldoende van bewust dat hun (toezicht)taak door de invoering van de KZi ook zag op de kwaliteit van zorg.²⁹ Deze beperkte taakopvatting blijkt het duidelijkst uit het ORV-rapport bij het UMC St. Radboud. Zoals de ORV constateert: 'Hiermee sloot het stichtingsbestuur aan bij de heersende opvattingen (...), waarbij de kwaliteit van medisch handelen als het domein van specialisten werd beschouwd.'

Te weinig expertise

Een tweede oorzaak van tekortschietend toezicht is dat de RvT onvoldoende is toegerust om zijn taak te vervullen. Het gaat er dan vooral om dat bij leden van de RvT vaak de noodzakelijke kennis van het zorgproces ontbreekt.

24 RVZ, Governance en kwaliteit van zorg, Den Haag 2009, p. 13 en 35.

25 RVZ 2009, p. 36. De RVZ besteedt ook nog aandacht aan het onderwerp toezicht op toezicht, p. 39.

26 Dit blijkt ook uit de evaluatie van de ZGC, zie K.H. Pelzer & R. Schallenberg, Good governance bij zorgorganisaties. Code en praktijk in continue ontwikkeling, Evaluatie van de Zorgbrede Governancecode, 2008, p. 27. Zie ook Algemene Rekenkamer, Goed bestuur in uitvoering, 2008, p. 27.

27 Zie J. Legemaate, 'Low trust' in de gezondheidszorg, TvGR 2009, p. 355. Zie ook RVZ 2010, p. 13.

28 RVZ 2009, p. 45.

29 Overigens werd in de ZGC uit 2006 niet gesproken over de kwaliteit van zorg als taak voor de RvT.

Het Uitvoeringsbesluit WTZi stelt weinig eisen³⁰ aan de leden van de RvT en de samenstelling van de RvT zelf. Op grond van de ZGC uit 2006 werden wel eisen gesteld aan de algemene deskundigheid van toezichthouders, maar kennis en ervaring in de zorg was geen vereiste. Er is dus geen sprake van een belemmering in wet- en regelgeving. Hooguit kan worden geconstateerd dat er te weinig (al dan niet wettelijke) eisen worden gesteld. In de zorgsector moet in elk geval het besef komen dat specifieke competenties nodig zijn om de relevante problematiek van de kwaliteit van zorg in deze sector te herkennen en daarop te kunnen anticiperen.

Onvolledige informatievoorziening

Een derde belangrijke oorzaak voor tekortschietend intern toezicht is dat de RvT vaak niet op de hoogte is van de problemen met betrekking tot de kwaliteit van zorg. Uit een aantal van de hiervoor genoemde rapporten blijkt dat de RvT (te) afhankelijk is van de informatievoorziening door de RvB.

Als uitgangspunt geldt dat de RvT alle benodigde informatie kan vragen. Ook in dit geval is er in mijn ogen geen sprake van een belemmering in wet- en regelgeving. Er zijn namelijk geen regels.³¹ Dit betekent echter ook dat er geen wettelijke plicht is voor de RvB om aan verzoeken van de RvT te voldoen. Daarnaast gaat het er niet alleen om dat de RvT om de benodigde informatie moet vragen, maar het lijkt er ook op dat interne toezichthouders onderschatten hoeveel en welke informatie nodig is om hun taak (o.a. op grond van de KZi) uit te oefenen.³²

Kortom, er kan worden geconstateerd dat er geen belemmeringen in wet- en regelgeving zijn. In de eerste plaats moet het besef groeien dat kwaliteit van zorg een belangrijk thema is voor de RvT. In die zin is een cultuurverandering vereist. Daarbij moet worden aangetekend dat de wet- en regelgeving soms ook weinig houvast bieden. De wet of een sectorale *governance code* (de ZGC) zou deze bewustwording kunnen bevorderen. Zoals de wetgever terecht opmerkt: wettelijke bepalingen bieden niet de garantie dat interne toezichthouders zich meer verantwoordelijk voelen voor de kwaliteit van de zorg, maar creëren wel de randvoorwaarden daarvoor en dragen ertoe bij dat er een cultuurverandering komt bij toezichthouders.³³

30 Art. 6.1 Uitvoeringsbesluit WTZi bepaalt alleen dat geen persoon tegelijk deel uit kan maken van het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding en dat het toezichthoudend orgaan zodanig is samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de dagelijkse en algemene leiding van de instelling en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren.

31 In de ZGC uit 2006 wordt alleen gesproken over de informatievoorziening van de RvB aan de RvT.

32 Zie ook Algemene Rekenkamer 2008, p. 28-29 en Pelzer & Schallenberg 2008, p. 29.

33 Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 64.

5 Aanpassingen in Wet cliëntenrechten zorg en Zorgbrede Governancecode

De Wcz³⁴ en de ZGC bevatten een aantal aanpassingen die betrekking hebben op de rol van de RvT ten aanzien van kwaliteit van zorg. Ik beschrijf alleen die aanpassingen³⁵ die herleid kunnen worden tot de aanbevelingen die in de beschreven rapporten zijn gedaan.³⁶ Daarbij zal de vraag worden beantwoord hoe de vastlegging van de rol van de RvT in de wetgeving (Wcz) en de sectorale *governance code* (ZGC) moet worden beoordeeld.

5.1 Aanscherping taakomschrijving

Een van de aanbeveling uit de rapporten is om te expliciteren dat de RvT toeziet op de wijze waarop de RvB kwaliteit en veiligheid van zorg waarborgt en faciliteert.³⁷ Zowel de ZGC als de Wcz verduidelijkt de taak van de RvT.

Sinds 2010 is in de ZGC, als onderdeel van de taakomschrijving van de RvT, de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid al geëxpliciteerd.³⁸ De Wcz kiest er ook voor om de taakomschrijving van de RvT nader te definiëren. Artikel 40 lid 1 onderdeel a Wcz bepaalt dat het toezichthoudend orgaan tot taak heeft: '(...) toezicht te houden op het beleid van het bestuur en de algemene gang van zaken *bij de zorgverlening* [cursivering AGHK] (...)'. De gecursiveerde woorden zijn nieuw ten opzichte van de huidige bepaling in het Uitvoeringsbesluit WTZi.³⁹ Uitgangspunt moet volgens de memorie van toelichting (MvT) zijn dat het toezichthoudend orgaan het bewaken en bevorderen van de kwaliteit en veiligheid van zorg als eerste prioriteit dient te beschouwen.⁴⁰

Ook onder de Wcz is de RvB nog steeds de eindverantwoordelijke voor de kwaliteit van zorg.⁴¹ In de Wcz wordt alleen gesproken over 'goede zorg' in plaats van 'verantwoorde zorg'.⁴² De RvT dient erop toe te zien dat de RvB deze verantwoor-

34 Er dient nog te worden opgemerkt dat art. 40 Wcz (eisen die betrekking hebben op het toezichthoudend orgaan) niet geldt voor academische ziekenhuizen. Zie art. 39 lid 2 Wcz.

35 In de Wcz en de ZGC worden ook in andere bepalingen de eisen aan intern toezicht aangescherpt. Zie bijvoorbeeld art. 40 lid 1 onder e (bevoegdheden van de RvT), lid 4 (ontslag van leden van de RvT via de Ondernemingskamer) en lid 5 (de mogelijkheid van aansprakelijkheid op grond van art. 2:9 BW) Wcz.

36 Op meerdere plaatsen verwijst de MvT expliciet naar een aantal van de genoemde rapporten. Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 9-10, p. 39 en p. 66.

37 RVZ 2009, p. 35; IGZ 2009, p. 7. Zie ook J. Legemaate, Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit. Advies naar aanleiding van de aanbevelingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in haar rapport over de zaak van de Twentse Neuroloog, Amsterdam 2009, p. 21.

38 Art. 4.1.1 ZGC. Zie ook art. 4.1.1 Governancecode UMC's.

39 Art. 6 lid 1 onder a Uitvoeringsbesluit WTZi.

40 Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 64.

41 Zie art. 7 Wcz. De elementen van art. 3 KZi komen te staan in art. 7 Wcz, aangevuld met de bepalingen dat de zorgaanbieder ook moet zorg dragen voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheden, alsmede afstemmings- en verantwoordingsplichten.

42 De opsomming van art. 2 KZi wordt in art. 5 Wcz aangevuld met drie elementen: veilig, tijdig en conform de professionele standaard. Volgens de MvT gaat het niet om een inhoudelijke wijziging. Zie Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 39-40.

delijkheid voor goede zorg aantoonbaar waarmaakt.⁴³ Voor IGZ, die vanuit zijn rol als externe toezichthouder een toezichtkader⁴⁴ heeft ontwikkeld, betekent dit dat de RvT erop moet toezien dat de RvB *in control* is. *In control* betekent niet dat alles goed gaat, maar wel dat de kwaliteitssystemen zodanig functioneren dat problemen tijdig worden onderkend, worden opgelost en dat er wordt geleerd en verbeterd.⁴⁵ Van de leden van de RvT wordt een proactieve houding verwacht.⁴⁶ De vraag is of de woorden 'bij de zorgverlening' een toegevoegde waarde hebben. De RvT ziet toe op de volle breedte van het bestuurlijk handelen, en dus ook op de kwaliteit van de zorg.⁴⁷ Explicitering in de ZGC van deze bijzondere taak was in mijn ogen voldoende geweest, naast een algemene taakomschrijving in de Wcz.

5.2 Verbetering van deskundigheid

Een andere aanbeveling uit de rapporten is een verdere professionalisering van de RvT zodat hij in staat is actief toezicht uit te oefenen.⁴⁸ Een toezichthouder dient goede kennis en competenties te hebben, hij verstaat de kunde én de kunst van het toezien en is gekwalificeerd, aldus de IGZ.⁴⁹ In het bijzonder verdient het de voorkeur dat ten minste één lid van de RvT zorgprofessional is (geweest).⁵⁰ De ZGC en de Wcz hebben deze aanbevelingen op verschillende wijzen uitgewerkt. Aan de ZGC zijn in 2010 nieuwe bepalingen toegevoegd. In artikel 40 lid 1 Wcz staat dat de statuten⁵¹ van een zorgaanbieder met het oog op het waarborgen van goed bestuur van de rechtspersoon zodanig ingericht dienen te zijn, dat er eisen aan de samenstelling en de leden van het toezichthoudend orgaan worden gesteld. Een van die eisen is dat leden van het toezichthoudend orgaan 'in staat zijn tot een goede taakvervulling' (onderdeel d).⁵² Onder deze norm van onderdeel d valt mijns inziens dat van leden van de RvT een bepaalde deskundigheid kan worden verwacht. In de ZGC wordt dit als volgt uit-

43 Dit blijkt uit Kamerstukken II 2011/12, 33 243, nr. 3, p. 7. In geval van financiële problemen mag van de RvT verwacht worden dat deze extra toeziet op het handelen van de RvB en op de continuïteit en kwaliteit van zorg die de zorgorganisatie levert, zie Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, directie Markt en Consument, Onderzoeksrapport Stichting Zonnehuizen, oktober 2012, p. 10.

44 IGZ, Toezichtkader. Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid, 2011.

45 IGZ 2009, p. 5 en p. 61. Een uitwerking staat in IGZ 2011, par. 3.4. Volgens IGZ dient de RvT jaarlijks gesprekken te voeren met elk van de leden van de RvB over het functioneren met betrekking tot kwaliteit en veiligheid. De RvT dient volgens de IGZ in te grijpen indien dat noodzakelijk is voor de borging van de kwaliteit of veiligheid van de zorg.

46 Toespraak van inspecteur-generaal Gerrit van der Wal over de Toolkit Toezicht Zorginstellingen. Gehouden op het symposium Toezicht in beweging op 29 maart 2011 in Utrecht. <www.igz.nl/actueel/toespraken/toolkittoezichtzorginstellingen.aspx>.

47 Zie RVZ 2009, p. 35.

48 RVZ 2009 p. 8 en 37; IGZ 2009, p. 42 en 63; Externe onderzoekscommissie MST 2009, p. 51.

49 IGZ 2009, p. 42.

50 RVZ 2009, p. 36; IGZ 2009, p. 42 en 43; Externe onderzoekscommissie MST 2009, p. 51. Zie ook Legemaate 2009, p. 22.

51 Overigens zullen deze normen en de andere normen in de wet moeten komen te staan en niet in de statuten, zoals het wetsvoorstel voorschrijft. Zie A.G.H. Klaassen, Goed bestuur in de Wet cliëntenrechten zorg, TvGR 2011, nr. 5.

52 Zie ook art. 4.2.2 ZGC en art. 4.2.1 Governancecode UMC's.

gewerkt. De ZGC bepaalt dat elk lid van de RvT beschikt over een specifieke deskundigheid die noodzakelijk is voor de vervulling van zijn specifieke taak binnen zijn rol in de RvT.⁵³ Ten minste één lid van de RvT beschikt over voor de zorgorganisatie relevante kennis en ervaring in de zorg, zo staat vanaf 2010 in de ZGC.⁵⁴ Onder deze norm valt ook de periodieke bijscholing die noodzakelijk is voor de toezichthouder om zijn belangrijke taak goed te vervullen.⁵⁵ In de ZGC staat sinds 2010 dat leden van een toezichthoudend orgaan na hun benoeming een introductie- of scholingsprogramma volgen. Daarbij wordt aandacht besteed aan de specifieke aspecten die eigen zijn aan het type zorgorganisatie waar betrokkene als lid van de RvT verbonden is.⁵⁶

Met de norm 'in staat tot een goede taakvervulling' biedt de wet de basis voor het kunnen stellen van professionele eisen aan toezichthouders. De vereiste deskundigheid van een toezichthouder zal bepaald worden door het soort zorgaanbieder en de samenstelling van het toezichthoudend orgaan. Daarom is het mijns inziens goed dat de invulling van de op zich wenselijk wettelijke norm wordt overgelaten aan de ZGC.

5.3 Beschikbaarheid van informatie

Een andere aanbeveling uit de hiervoor genoemde rapporten is om in een informatieprotocol vast te leggen welke informatie de RvT periodiek dient te krijgen om zijn toezichthoudende functie goed te kunnen vervullen.⁵⁷

In de ZGC worden zowel de eisen over de informatievoorziening van de RvB aan de RvT vastgelegd als – sinds 2010 – de verantwoordelijkheid van de RvT en zijn leden benadrukt.⁵⁸ Dat afspraken hierover worden vastgelegd in een informatieprotocol staat vanaf 2010 in de ZGC. De Wcz bevat geen bepaling over de informatieverschaffing van de RvB aan de RvT. Uit de MvT bij de Wcz blijkt duidelijk dat de wetgever geen voorstander is van een wettelijke regel waarin de informatieverschaffing van de RvB aan de RvT wordt geregeld. De wetgever ziet in dit geval zelfregulering als geijkte oplossing.⁵⁹

In mijn ogen maakt de wetgever in dit geval niet de goede keuze. Er moet in mijn ogen een onderscheid worden gemaakt tussen de 'plicht' en 'hoe deze plicht vervuld moet worden'. De plicht tot informatieverschaffing moet in mijn ogen in de wet worden opgenomen. Een wettelijke bepaling ten aanzien van de 'plicht' is nodig omdat blijkt dat de informatievoorziening naar de leden van de RvT niet optimaal verloopt. Zij zijn te afhankelijk van de informatie die de RvB verstrekt en zij gaan te weinig zelf op zoek naar (noodzakelijke) informatie. Toezichthou-

53 Art. 4.2.3 ZGC en art. 4.2.2 Governancecode UMC's.

54 Art. 4.2.5 ZGC en art. 4.2.4 Governancecode UMC's. In de laatste code wordt gesproken over 'de kerntaken van het UMC'.

55 Kamerstukken II 2010/11, 32 402, nr. 6, p. 76.

56 Art. 4.2.4 ZGC en art. 4.2.3 Governancecode UMC's.

57 RVZ 2009, p. 36; Externe onderzoekscommissie MST 2009, p. 51 en Externe onderzoekscommissie MSZ 2012, p. 11 en p. 69. Zie ook Legemaate 2009, p. 21.

58 Art. 3.1.4 ZGC en art. 3.1.4 Governancecode UMC's en art. 4.1.8 ZGC en art. 4.1.8 Governancecode UMC's.

59 Kamerstukken II 2009/10, 32 402, nr. 3, p. 65.

ders lopen daardoor het risico onvolledig geïnformeerd te zijn. Een RvT dient volgens IGZ zicht te hebben op de risico's in de patiëntenzorg en op klachten, incidenten en calamiteiten. Bovendien dient de RvT geïnformeerd te zijn over wat speelt in de organisatie onder leidinggevend, professionals en patiënten/cliënten.⁶⁰

Niet alleen heeft een wettelijke vastlegging als voordeel dat de RvB de verplichting heeft om de RvT uit zichzelf en tijdig van de voor zijn taak noodzakelijke gegevens te voorzien,⁶¹ maar ook dat de wet aan de RvT het recht geeft om die gegevens van de RvB te verlangen.⁶² De wijze waarop aan deze verplichting invulling dient te worden gegeven kan aan een informatieprotocol⁶³ worden overgelaten. Meerwaarde van (het opstellen van) een informatieprotocol is dat de RvT bewust gaat nadenken over welke informatie noodzakelijk is om zijn toezichtstaak ten aanzien van de kwaliteit van zorg goed te kunnen vervullen.⁶⁴ Voorwaarde blijft dat de RvT ook daadwerkelijk wat met deze informatie gaat doen, indien daartoe aanleiding is.

6 Conclusie

In dit artikel zijn twee vragen aan de orde gesteld. Op de eerste vraag of er – in het geval van tekortschietend intern toezicht ten aanzien van de kwaliteit van zorg – sprake was van een belemmering in wet- of regelgeving of dat het ging om een cultuurverandering, kan het antwoord zijn, dat in eerste instantie een cultuurverandering noodzakelijk is. In de wet- en regelgeving staan geen belemmeringen voor de toezichthouders om hun taak te vervullen. Daar staat tegenover dat diezelfde wet- en regelgeving weinig eisen stelt aan het interne toezicht. Een oplossing kan dus zijn dat de Wcz of de ZGC concrete eisen (gaan) stellen waaraan het interne toezicht moet voldoen.

De tweede vraag was hoe de vastlegging van de rol van de RvT ten aanzien van de kwaliteit van zorg in de wetgeving (Wcz) en de sectorale *governance code* (ZGC) moet worden beoordeeld. De explicitering van de taakomschrijving van de RvT had in mijn ogen aan de ZGC kunnen worden overgelaten. Bij de eisen die gesteld worden aan de deskundigheid van toezichthouders, is mijns inziens een goede

60 IGZ 2011, p. 19.

61 Wanneer het bestuur aan deze wettelijke plicht geen gevolg geeft, zou dat er in een enquêteprocedure toe kunnen leiden dat het handelen van het bestuur als onzorgvuldig wordt gekwalificeerd. Zie HR 10 januari 1990, NJ 1990, 466 (Ogem). Vereist is dan wel dat het onzorgvuldig handelen van het bestuur van een zo ernstig karakter is, dat moet worden geoordeeld dat gehandeld is in strijd met elementaire beginselen van verantwoord ondernemerschap.

62 Zie Kamerstukken II 1969/70, 10 751, nr. 3, p. 13.

63 IGZ (2009, p. 43) noemt als voorbeelden voor informatiebronnen: informatie over klachten, incidenten, calamiteiten, integriteitmeldingen, probleemafdelingen en probleemgevallen (audits), wisselingen in het topkader, indicatoren uit de diverse indicatorensets, kwaliteitskaders, het Jaardocument Zorg en benchmarks. Daarnaast kan een RvT correspondentie met en verslagen en rapporten van de IGZ als informatie gebruiken.

64 A. van Die zou zonder informatieprotocol geen toezichthouder willen zijn. Zie P. van der Hart-Zwart, Verslag Najaarsvergadering Vereniging voor Gezondheidsrecht 2010, TvGR 2011, p. 121.

balans gevonden tussen de wettelijke vastlegging van de norm en de uitwerking van die norm in de ZGC. De plicht om informatie te verschaffen aan de RvT door de RvB moet volgens mij juist in de wet komen te staan. Duidelijk is in elk geval dat de RvT een belangrijke rol heeft bij de kwaliteit van zorg.