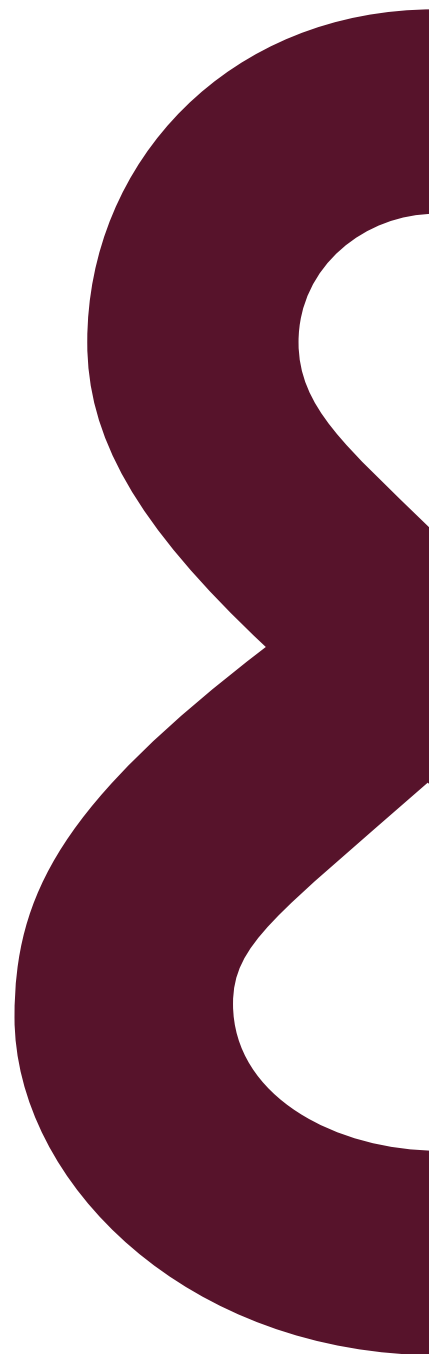


Is dit wel verantwoord?

Hoe de zorg betekenisvol
rekenschap kan afleggen
in tijden van transitie





Raad ↵
Volksgezondheid
& Samenleving

Is dit wel verantwoord?

Hoe de zorg betekenisvol rekenschap
kan afleggen in tijden van transitie

Den Haag, 2023

Voorwoord

Dit is een rapport over verantwoording in de zorg. Kan het saaier en taaier? Verantwoording, dat gaat toch over papierwerk, accountants en jaarverslagen? Klopt. Het is een taai onderwerp. Maar niet saai. Verantwoording gaat over wat we echt belangrijk vinden in de zorg. Of zou daarover moeten gaan. En daar willen we het in deze publicatie over hebben.

Dat verantwoorden doorgaans niet direct wordt gekoppeld aan spannende zaken en avontuur, is er wellicht mede debet aan dat ministers, Kamerleden, systeempartijen en toezichthouders niet heel hard lopen voor dit thema en dat de administratieve lasten in de zorg maar niet substantieel afnemen. Het is makkelijk klagen, maar heel moeilijk te veranderen. Het lijkt een soort zelfrijzend bakmeel: je denkt iets te hebben veranderd en draait je om, en het proces gaat gewoon weer door zoals het altijd ging. Dat maakte ik zelf indertijd mee met de vijfminuten registratie in de thuiszorg, maar er zijn tal van andere voorbeelden.

En toch... Verantwoording is “de meest krachtige externe invloed op individueel gedrag”, zei verantwoordingsexpert Thomas Schillemans bij de aanvaarding van zijn leerstoel in Utrecht: *“Als het goed gaat, geeft verantwoording richting aan ons handelen en verheldert wat nu echt de bedoeling zou kunnen zijn. Maar in de praktijk kan verantwoording ook ongelooflijk demotiverend uitpakken en afleiden van de kern van de zaak.”*

Verantwoording is, zo beschouwd, misschien niet spannend, maar wel buitengewoon essentieel. Niet alleen voor ‘de premiebetaler’, maar ook voor alle mensen die hulpbehoevend zijn of ooit zullen worden. En voor al diegenen die voor hen zorgen. Voor iedereen dus. Veel mensen ervaren dat niet zo en dat is een gemiste kans. In dit advies willen we meer structureel kansen belichten die verantwoording biedt en ingaan op de vraag hoe het mogelijk is om anders te gaan verantwoorden. Zodat nieuwe initiatieven niet blijven steken in goede bedoelingen en geduldig papier, maar daadwerkelijk bijdragen aan goede zorg voor nu en straks.

Jet Bussemaker
Voorzitter RVS

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving inspireert en adviseert over hoe we morgen kunnen leven & zorgen.

Samenstelling Raad

Jet Bussemaker, voorzitter
Godfried Bogaerts
Erik Dannenberg
Joris van Eijck
Floortje Scheepers
Pieter Hilhorst
Hafez Ismaili M'hamdi
Marleen Kraaij-Dirkzwager
Ageeth Ouwehand
Martijn van der Steen
Stannie Driessen, directeur

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

Bezuidenhoutseweg 30
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 2023-05

ISBN: 978-90-5732-331-7
© Raad voor Volksgezondheid & Samenleving
Den Haag, 2023

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze website → www.raadrvs.nl

1.1 Inhoudsopgave

Voorwoord	7
1 Inleiding	10
1.1 Blijk van vertrouwen	10
1.2 Vragen	11
1.3 Scope en aanpak	11
1.4 Leeswijzer	11
2 Terugblik: ontwikkelingen in verantwoorden	12
2.1 Aspecten van verantwoorden	12
2.2 Recent beleid over verantwoorden	15
2.3 Pilots over verantwoorden	17
2.4 Tussenconclusie	23
3 Blijvende problemen bij de huidige verantwoordingspraktijk	25
3.1 Probleemanalyse	25
I. De illusie dat verantwoorden de werkelijkheid kan omvatten	25
II. Verantwoorden gaat nu niet meer over de juiste zaken	27
III. Gemeenschappelijke verantwoordelijkheid en afstemming ontbreken	31
IV. Het huidige proces van verantwoorden is onbevredigend	34
3.2 Koorddans bij dilemma's	35
3.3 Tussenconclusie	36
4 Vooruitblik: anders en minder	38
4.1 Toekomstperspectief: een paradigmashift in verantwoorden	38
4.2 Aanbevelingen op hoofdlijnen	40
I. Erken complexiteit	40
II. Leg verantwoording af vanuit maatschappelijke opgaven	41
III. Alle partijen moeten verantwoordelijkheid nemen	42
IV. Richt verantwoorden handiger in	42
5 Routekaart	44
5.1 De rol van het ministerie van VWS	45
5.2 Alle actoren hebben wat te doen	46
Slotwoord	53
Vorbereiding	54
Noten en literatuur	55
Geraadpleegde personen	68

1 Inleiding

1.1 Blijk van vertrouwen

In de zorg werkt de huidige manier van verantwoorden niet meer.¹ Dat stelde de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) in 2019 in het advies *Blijk van vertrouwen*.² Zorgverleners hebben door de bureaucratisering autonomie ingeleverd.³ Zij zijn te veel tijd kwijt aan registreren en dit ervaren zij niet als zinvol.⁴ Het bureaucratische systeem is gebaseerd op wantrouwen en dit is een belangrijke reden waarom zorgmedewerkers hun baan opzeggen.⁵ In 2019 pleitte de RVS ervoor om verantwoorden in de hele zorgsector fundamenteel anders in te richten. Verantwoording zou gericht moeten zijn op verbetering van de zorg. Door wederkerigheid centraal te stellen, zal het onderling vertrouwen toenemen, schreef de Raad.

*“Een herontwerp van de huidige verantwoordingspraktijk is nodig om recht te doen aan de complexe zorgpraktijk, en niet te vervallen in oude manieren van werken. De Raad kiest daarbij voor een nieuw vertrekpunt; niet degene die verantwoording vraagt bepaalt de vorm, inhoud en structuur van gewenste informatie, maar degene die verantwoording aflegt. Het behoort immers tot de kern van het professioneel handelen van zorgverleners om te laten zien wat zij doen en laten, omdat zij goede zorg willen verlenen en vanwege hun maatschappelijke verantwoordelijkheid.”*⁶

Tot op heden bleef een grootschalige verschuiving uit. Het is een gordiaanse knoop. Iedereen zegt die te willen ontwarren. En toch lukt dat maar niet.⁷ In *Blijk van vertrouwen* nam de Raad het perspectief van zorgverleners als uitgangspunt, vanuit de wens bij te dragen aan voor hen zinvolle verantwoording en verlichting van hun lasten. Door de zorgverlener zo centraal te stellen deden we de problematiek tekort. Voor dit advies kijken we daarom óók naar de wijze waarop verantwoordingsmechanismen op verschillende niveaus in de keten elkaar beïnvloeden. Mogelijkheden om de gordiaanse knoop te ontwarren kunnen daardoor beter in zicht komen. De gordiaanse knoop knelt ondertussen steeds meer nu de samenleving zich gesteld ziet voor enorme opgaven, waaronder de oplopende personeelstekorten.

Minder bureaucratie: meer zorg en aandacht voor mensen

Wat de bureaucratie in de zorg kost en hoeveel extra zorg voor patiënten en cliënten een vermindering van administratieve lasten oplevert, is moeilijk vast te stellen. Er bestaan cijfers, maar het is de vraag wat die precies zeggen.⁸ Alle cijfers wijzen wel in dezelfde richting: de verantwoordingslast is te groot. Zorgprofessionals in de ouderenzorg zeggen 35% van hun werktijd te besteden aan administratieve taken. Dat zou overeenkomen met circa 73.000 fte in de ouderenzorg.⁹ Zorgprofessionals in de ziekenhuissector zeggen 40% van hun tijd kwijt te zijn aan administratie.¹⁰ Dit suggereert dat kritisch kijken naar ervaren regeldruk heel wat extra zorg en aandacht kan opleveren voor hulpbehoevende mensen.

1.2 Vragen

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil een fundamentele omslag van de verantwoordingspraktijk graag bespoedigen. Het heeft de RVS daarom een verzoek gedaan voor een vervoladvies met de volgende vragen:

- Wat zijn de bevorderende en de belemmerende mechanismen om te komen tot een systeem van verantwoorden dat is gebaseerd op vertrouwen?
- Wat is er van wie concreet nodig om er (op korte termijn) voor te zorgen dat bij verantwoording het initiatief meer bij zorgverleners ligt in plaats van bij de partijen die verantwoording vragen?

1.3 Scope en aanpak

Verantwoorden betekent anderen inzicht bieden in het eigen doen en laten, openstaan voor feedback en iets doen met de verkregen inzichten, schreef de RVS in 2019. Bij verantwoorden denken we in dit advies niet alleen aan verantwoorden over rechtmatigheid, zoals aan het ministerie van VWS of zorgkantoren, maar ook aan verantwoorden en informatieverstrekking over kwaliteit, bijvoorbeeld aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), het Zorginstituut Nederland (ZIN) en certificerende of accrediterende instanties. Dit is een brede opvatting van verantwoorden, die aansluit bij de administratieve lasten die zorgverleners ervaren. Daarbij zullen we focussen op de curatieve en de langdurige zorg. Wat we beschrijven gaat veelal ook op voor het sociaal domein, maar de specifieke kenmerken van die deelsector (met een veelheid aan gemeenten die vaak verschillende eisen stellen) vallen buiten onze scope.¹¹

Voor dit rapport hebben we een studie gedaan naar literatuur en praktijkvoorbeelden. Daarnaast hebben we interviews met deskundigen afgenomen. Dit advies valt onder het thema Arbeidsmarkt, een van de 5 thema's van de werkagenda van de RVS. Ook zijn er veel raakvlakken met het thema Schurende Stelsels. Binnen dat thema valt het recent gepubliceerde advies *Met de stroom mee*, dat gaat over de wetten die zorg en ondersteuning regelen.¹²

1.4 Leeswijzer

Na dit inleidende hoofdstuk 1 belichten we in hoofdstuk 2 de ontwikkelingen in het denken en doen bij verantwoorden. Hoofdstuk 3 bevat een analyse van de problemen die aan verantwoorden in de zorg verbonden zijn. Hoofdstuk 4 biedt een toekomstperspectief met globale oplossingsrichtingen voor de geschetste problemen. Hoofdstuk 5 geeft een start voor wie in welke volgorde stappen zou moeten zetten om te bewegen naar een fundamentele omslag in de verantwoordingspraktijk.

2 Terugblik: ontwikkelingen in verantwoord

In dit hoofdstuk schetsen we ontwikkelingen in het denken over verantwoord in de zorg om problemen met verantwoord te kunnen duiden. We beschrijven waar verantwoord over gaat, welke ontwikkelingen zich bij de rijksoverheid hebben afgespeeld en wat we kunnen leren van experimenten met anders verantwoord in de zorg.

2.1 Aspecten van verantwoord

Over verantwoord en verantwoording zijn boekenkasten volgeschreven. Wij beperken ons tot aspecten die de huidige verantwoordingspraktijk in de zorg typeren of die voor vernieuwing nodig kunnen zijn.

Het begrip verantwoord

Verantwoord is een werkwoord en verwijst naar een proces waarbij actoren een rol hebben. Verantwoording daarentegen verwijst naar een instrument (een jaarverslag of een indicator). Dit nuanceverschil, zeggen kenners, is belangrijk, omdat verantwoord pas lading krijgt wanneer mensen betrokken worden. Bij het proces van verantwoord gaat het niet alleen om de confrontatie van de praktijk met de norm, maar ook om de relatie tussen degene die verantwoording aflegt (verantwoordingsverstrekker) en de partij aan wie verantwoording wordt afgelegd (verantwoordingsvrager).¹³ Anders verantwoord leidt in potentie tot minder regeldruk en administratieve lasten, maar dat gebeurt zeker niet automatisch.¹⁴ Daar komen we verderop in dit advies op terug.

Regeldruk, registratielasten en administratieve werkzaamheden

Regeldruk omvat formeel alle kosten (zowel in tijd als in middelen) die mensen en organisaties maken om te voldoen aan wet- en regelgeving van de rijksoverheid. Onder regeldruk vallen *administratieve lasten*: kosten als gevolg van de informatieverplichtingen aan het rijk, voortvloeiend uit wet- en regelgeving (het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie). Daarnaast zijn er *aanvullende registratielasten*. Die bevatten alle te maken kosten om te voldoen aan (informatie)verplichtingen van partijen anders dan het rijk, zoals gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren. Het betreft niet alleen het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie, maar ook kosten om te voldoen aan normen, standaarden, gedragscodes en alle overige eisen gericht op het borgen van doelen die de betreffende partij heeft gesteld. Tot slot is er *ervaren regeldruk* waaronder de combinatie wordt verstaan van daadwerkelijke regels waaraan organisaties moeten voldoen en de beleving die zij hebben.¹⁵ Wij voegen hier nog *administratieve werkzaamheden* aan toe, een term die ook in het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt gebruikt. Daaronder valt

bijvoorbeeld het bijhouden van het zorgdossier. Deze werkzaamheden zouden ook onder aanvullende registratielasten geschaard kunnen worden. Overdracht van informatie van de ene aan de andere collega in een zorgdossier valt strikt genomen niet onder verantwoord, maar heeft er wel raakvlakken mee.¹⁶ Het draagt bij aan de ervaren registratiedruk. Bovendien gebruiken organisaties informatie in zorgdossiers ook voor verantwoording. Beide worden als zinvol en ook essentieel voor goede zorg gezien, zolang de logica en de toegevoegde waarde ervan duidelijk zijn. Het begrijpen van regels resulteert in minder ervaren regeldruk.¹⁷ Wie informatieverplichtingen afzonderlijk beschouwt, kan daarvan vaak het nut wel inzien. Het totaal veroorzaakt echter problemen: soms direct voor zorgverleners zelf, soms voor anderen in de organisatie.

Verantwoord raakt aan de begrippen toezicht en controle. Controle wordt wel beschreven als het spiegelbeeld van verantwoord. Het voornaamste verschil tussen controle, toezicht en verantwoording is dat controle en toezicht het handelingsperspectief van de controleur en toezichthouder als uitgangspunt nemen, terwijl verantwoord het handelingsperspectief van de verantwoordende partij als uitgangspunt neemt.¹⁸

Principaal-agent- en stewardship-theorie

Twee theorieën beschrijven de relatie tussen verantwoordingsverstrekkers en verantwoordingsvragers.

De *principaal-agenttheorie* beschouwt de relatie als conflicterend: de verantwoordingsverstrekkers (agenten) streven hun eigen belang na ten koste van de verantwoordingsvragers (principalen). Ze zouden geneigd zijn hun informatievoorsprong te misbruiken voor eigen gewin. Controlesystemen en prikkels moeten dat voorkomen.

De *stewardship-theorie* gaat uit van de intrinsieke motivatie van de uitvoerders (lees zorgverleners of verantwoordingsverstrekkers) om hun taken op een verantwoordelijke manier uit te voeren. Zij hebben duidelijk operationele autonomie die hand in hand gaat met een taakopvatting van strikte dienstbaarheid. Deze theorie richt zich op het bevorderen van transparantie, vertrouwen, (netwerk) samenwerking en gedeelde waarden, en niet zozeer op controle en prikkels. De stewardship-theorie veronderstelt niet dat alle verantwoordingsverstrekkers stewards zijn, maar dat de structuur waarin zij opereren hen meer of juist minder tot steward-achtig gedrag kan aanzetten.¹⁹

De functie verantwoord

In de literatuur bestaan verschillende opsommingen van functies van verantwoord. Te denken valt aan democratische controle, bestuurlijke integriteit, bevordering van lerend vermogen, verbetering van legitimiteit van bestuur, of komen tot doelmatige besluitvorming.²⁰ In de zorg gaat verantwoord vooral over het borgen van kwaliteit, rechtmatigheid en toegankelijkheid en het bieden van keuze-informatie aan burgers.

Het is van belang om de verschillende functies van verantwoordenden te onderkennen, om beter te begrijpen waarom bepaalde verantwoording wordt gevraagd. Hierbij spelen zowel behoeften aan de kant van degene die verantwoording aflegt als aan de kant van degene die verantwoording vraagt. De behoeften van partijen in het verantwoordingsproces zijn verschillend. Deze hangen samen met hun taak/opdracht. Die bepaalt welke functie verantwoordenden voor ieder van hen heeft. Verantwoorden start bij de interactie tussen de zorgverlener en patiënt/cliënt.

Zorgverleners willen wel, maar niet zo

Een zorgverlener over haar team: “Wij willen ons zeker verantwoorden over wat wij doen. We laten ook graag zien waarom wij bepaalde keuzes maken. Maar de eisen voor verantwoording zijn doorgeschoten en schieten hun doel voorbij.”²¹

Voor zorgverleners en zorgorganisaties gaat verantwoorden vooral om de vraag of ze hun patiënten/cliënten goede individuele gezondheidszorg verlenen, conform hun primaire verantwoordelijkheid. Verantwoorden gaat daarnaast ook om het leren, reflecteren en waar mogelijk verbeteren van de zorg die ze bieden. Verzekeraars en zorgkantoren wenden het verantwoordingsproces aan om goede zorg in te kopen tegen scherpe prijzen en fraude met premiegeld te vermijden. Hierbij gaat het vooral om rechtmatigheid en doelmatigheid. Voor de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) spelen weer andere aspecten bij verantwoorden. Zij staat er als toezichthouder voor dat iedereen in Nederland op goede en veilige zorg moet kunnen vertrouwen. Volksvertegenwoordigers hebben verantwoordingsinformatie nodig om de werking van het stelsel en de effecten van beleid van de ministers te kunnen beoordelen. Zo zijn er nog meer verantwoordings- en informatievragers voor wie verantwoordenden net weer een andere functie heeft, zoals patiëntenorganisaties, beroepsverenigingen, het tuchtcollege, accountants, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), enzovoorts.

De vorm van verantwoorden

Bij verantwoorden denken we vaak aan het al dan niet voldoen aan meetbare normen en (normatieve) verslaglegging. Behalve deze kwantitatieve verantwoording zijn er ook vormen van kwalitatieve verantwoording, waarbij het gaat om motivaties, waarden en verwachtingen van mensen, vervat in woorden of narratieven. Naast het introduceren en handhaven van regels kunnen organisaties ook aandacht schenken aan het cultiveren van een integriteitsaanpak, die uitgaat van deugden, reflectie en waardering. Alle niet-tastbare, maar wel gedragsbeïnvloedende factoren spelen daarbij een rol: cultuurdimensies die helpen bij de vraag of er goed is gewerkt, of kansen en risico's goed in beeld zijn en of het vertrouwen is versterkt. De nadruk ligt daarbij op het creëren van een motiverende en stimulerende omgeving.²²

Tellen versus vertellen

Ligduur, sterftecijfers, ziekteverzuim, gemiddelde duur van een dienstverband. Het zijn voorbeelden van kwantitatieve informatie (tellend). Daarnaast is er kwalitatieve informatie (vertellend). Denk aan patiëntervaringen, medewerkersbeleving of de toelichting op financiën.

2.2 Recent beleid over verantwoorden

Voor een beter begrip van verantwoorden schetsen we in het kort een aantal beleidsontwikkelingen die relevant zijn voor ons thema. Te beginnen bij de landing van het RVS-advies *Blijk van vertrouwen* in Den Haag. De eerste en laatste keer dat bewindspersonen over dit advies uit 2019 schrijven, is in een brief over de Voortgang programma [Ont]Regel de Zorg (ORDZ).²³ Dit programma startte in 2018 om de ervaren regeldruk in de zorg te verminderen. Het ministerie van VWS investeert daar veel in.²⁴ Ruim een jaar na aanvang stelt de Kamerbrief dat veel aangekondigde maatregelen zijn uitgevoerd, maar dat zorgverleners dat nog onvoldoende merken. VWS schrijft de RVS-visie uit *Blijk van vertrouwen* te delen en geeft aan dat deze ook daadwerkelijk in de praktijk gebracht moet worden.

Bij een terugblik op het programma ORDZ constateert de minister dat de ervaren regeldruk weliswaar voor het eerst voorzichtig is gedaald (nog niet in de volle breedte van de zorg²⁵), maar dat nieuwe wet- en regelgeving zorgverleners ook meer ervaren regeldruk heeft bezorgd.²⁶ Schrap- of verbeterpunten leiden bovendien lang niet altijd tot een (substantiële) vermindering daarvan.

Hierbij speelt het permanente spanningsveld tussen afdelingen en ambtenaren op het ministerie van VWS en ook tussen VWS en andere ministeries. De ene afdeling werkt hard aan ORDZ, terwijl andere zich inspannen voor beleid waaruit juist weer meer regels voortvloeien.²⁷ Denk aan fraudebestendigheid, privacybescherming of de Europese richtlijn Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD) die voor Nederlandse zorgorganisaties ook meer regeldruk tot gevolg zal hebben.²⁸

Het vernieuwde programma ORDZ voor 2022-2025 beperkt zich niet langer tot regels, maar kijkt verder: interne afspraken, ingesloten werkwijzen en een cultuur van controle spelen ook een rol. De minister benadrukt ambitieus te blijven om voor de zorgverleners merkbare resultaten te boeken, maar zich tegelijkertijd ‘bescheiden’ op te stellen over het vermogen om die resultaten ‘alleen’ tot stand te brengen.²⁹

De nieuwe zorgakkoorden lijken die zienswijze bijna te willen ontkrachten en stralen grote ambities uit: “Alle ‘regelmakers’ in de brede zin van het woord (ministerie van VWS, zorgverzekeraars, toezichthouders, werkgevers, branche- en beroepsverenigingen) gaan per direct alle nieuwe regelgeving toetsen aan het uitgangspunt ‘zinnig en radicaal simpel’”, aldus het IZA.³⁰ Dat het omzetten van ambities naar merkbare veranderingen weerbarstig blijft, laten de evaluaties van de voortgang van ORDZ zien. In de monitor van 2021 zijn zorgverleners pessimistischer dan ooit over de regeldruk. 70% heeft er (heel) weinig vertrouwen in dat die daadwerkelijk wordt teruggedrongen.³¹ Van de zorgverleners geeft 44% aan dat verzekeraars de belangrijkste veroorzakers zijn van de regeldruk in de zorg, op afstand gevolgd door ICT-systemen (16%) en wetgeving (13%).³²

Ook de meest recente, in juni 2023 verschenen voortgangsrapportage [Ont]Regel de Zorg concludeert dat de tijd die zorgverleners aan registratie besteden ondanks alle inspanningen nog altijd niet verminderd is. Wel kunnen zorgverleners en zorgorganisaties steeds meer putten uit inspirerende voorbeelden in heel het land, al dan niet geïnitieerd door het ministerie van VWS.

Gratis trainingen 'ontregelaar' voor zorgverleners

Het ministerie van VWS heeft een e-learning en verdiepende training tot ontregelaar laten ontwikkelen. Daarmee kunnen zorgmedewerkers zich in korte tijd bekwamen in het opzetten en uitvoeren van een ontregelproject in de eigen organisatie. Het animo hiervoor is groot. De bedoeling is kennis en ervaring te delen via een netwerk van actieve ontregelaars.³³

De minister rondt de voortgangsrapportage af met de woorden: "Tegelijkertijd gaat het mij nog niet snel en nog niet ver genoeg. De monitoringsinformatie laat zien dat we tot nu toe op kleine schaal substantiële impact maken, bijvoorbeeld als gevolg van succesvolle lokale ontregelprojecten. Maar op grote schaal is de impact nog onvoldoende. Om de maatschappelijke opgave die er ligt het hoofd te kunnen bieden, is nodig dat we een spade dieper gaan, en als het ware uitstijgend boven alle lopende projecten en initiatieven reiken naar een hoger niveau in de aanpak."³⁴

Wat hiervoor beschreven staat over minister(s) en ministerie(s), is niet los te zien van de tegenstrijdige verhouding van samenleving en volksvertegenwoordigers met verantwoording, controle en toezicht. Aan de ene kant is er kritiek op de zware toezichteisen, want deze belemmeren vakbekwaamheid, samenwerking en innovatie. Burgers en volksvertegenwoordigers willen daarom dat de overheid de bureaucratie aanpakt en zorgorganisaties meer vertrouwen geeft. Anderzijds zijn er mechanismen die dat vertrouwen voortdurend onder druk zetten. Die zorgen ervoor dat burgers en volksvertegenwoordigers juist strenger toezicht eisen en na incidenten of misstanden keer op keer om extra regels vragen. Zoals het CEG onlangs ook schreef, doemen er bij ongewenste gebeurtenissen in de zorg uit diverse hoeken telkens vragen op: Hoe heeft dit kunnen gebeuren? Zijn daar geen richtlijnen voor? Wie waren verantwoordelijk? Wat zijn de sancties?³⁵ Mede onder invloed van (sociale) media klinkt dan alom de roep om aanscherping van regels en strengere controles.³⁶ Wetswijzigingen koersen vaak op meer regulering, meer controle, meer transparantie en openbaarmaking. Dit staat op gespannen voet met vermindering van regeldruk. Het hiernavolgende voorbeeld illustreert dat.

Extra toezichtstaken NZa: extra regeldruk

De aanpassing van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza en AWtza) is een voorbeeld van verdere aanscherping van regels, terwijl bij het rijk tegelijkertijd de roep klinkt om de zorgbureaucratie te verminderen.³⁷ Het ministerie van VWS heeft de NZa en de IGJ na deze wetsaanpassingen recent nieuwe toezichtstaken gegeven

om fraude tegen te gaan: toezicht houden op de uitgebreidere meld- en vergoeringsplicht van zorgaanbieders en indiening van de jaarverantwoordingen. Meer zorgaanbieders zijn verplicht om een openbare jaarverantwoording aan te leveren. Dit vergroot de regeldruk.³⁸ Het Adviescollege Toetsing Regeldruk is kritisch over deze ontwikkelingen en scheef dat de wetgever verplichtingen stelt die in de praktijk niet werkbaar zijn.³⁹

2.3 Pilots over verantwoorden

De afgelopen jaren is op diverse plekken geëxperimenteerd met andere manieren van verantwoorden. De RVS bestudeerde pilots in verschillende domeinen. In deze paragraaf beschrijven we wat ze anders doen, hoe dat al dan niet gelukt is en wat nodig is om van vernieuwingen de normaaltoestand te maken.⁴⁰

Gehandicaptenzorg: Vernieuwend Verantwoorden

Om een innovatie in het verantwoordingsproces te stimuleren, bood het ministerie van VWS⁴¹ een aantal organisaties in de gehandicaptenzorg mogelijkheden voor het experiment Vernieuwend Verantwoorden, bedoeld om de regeldruk in de langdurige zorg te verminderen.⁴² De resultaten, die het Zijlstra Center van de Vrije Universiteit Amsterdam heeft onderzocht, maken een aantal lessen zichtbaar.⁴³

Het doel van het experiment was realiseren dat interne sturing van de zorgorganisaties overeenkomt met de externe verantwoording. De interne sturing zou moeten dienen als externe verantwoording. Of anders gezegd: externe verantwoordingsvragers nemen genoeg met gegevens ten behoeve van interne sturingsgegevens en vragen niet meer. Dat kan alleen als de interne sturing en de daarbij behorende informatie op orde is.

Alle deelnemende organisaties zijn in de eerste fase van het experiment sterk vanuit waarden gaan werken (vertrouwen, eigenaarschap, professionaliteit, aanspreekbaarheid, leervermogen en transparantie). Ze maakten duidelijk wat die waarden betekenen voor de professionele ruimte, voor vertrouwen en ook voor het gewenste gedrag van werknemers. Ze brachten hun interne organisatieprocessen op orde, schrapten overbodige regels en rapportages in het zorgplan en verbeterden hun interne sturing in de interactie tussen raad van bestuur, raad van toezicht en accountant.

Dat deden ze wel allemaal op hun eigen manier. Organisaties hechten sterk aan hun eigenheid en soevereiniteit en dus ook aan hun eigen pad in het experiment.⁴⁴ Dat maakte het lastig om concreet op het doel van het experiment te focussen, daar eendachtig mee aan de slag te gaan en gemeenschappelijk eenduidige wensen te formuleren voor systeempartijen.

Volgens de pilotdeelnemers zijn belangrijke voorwaarden voor anders verantwoorden: eenvoudig, dicht bij de dagelijkse praktijk en aansluitend bij de organisatieprocessen, en ook elkaar als samenwerkingspartners in een netwerk in de gaten houden en aanspreken. Zij werken met kartrekkers, die zeggen al lerend en vanuit vertrouwen te durven werken. Ze hebben zich kwetsbaar leren opstellen (er worden soms fouten gemaakt en die mogen ook kenbaar worden) en durven de organisatiekoers ook te toetsen aan niet-tastbare gedragsbeïnvloedende factoren (*soft controls*). Verantwoording van feitelijke levering van zorg, zoals die nu plaatsvindt, helpt hen

niet bij verantwoorden vanuit de bedoeling. De organisaties stellen zich continu de vraag of ze goede zorg leveren én of die zorg ook doelmatig en rechtmatig is. Maar omdat de wet stelt dat zorg alleen betaald wordt als er een mate van zekerheid is dat deze ook geleverd is (rechtmatigheid), besteden organisaties daar naar eigen zeggen 'buitenproportioneel' veel tijd aan. Ze voelen zich genoodzaakt daarvoor tot in detail bewijs te zoeken.⁴⁵

Datapunten bewijzen dat zorg feitelijk geleverd is

Een van de initiële deelnemers aan het experiment Vernieuwend Verantwoorden is Philadelphia. Deze organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking ging samen met 3 zorgkantoren⁴⁶ gericht aan de slag met regelarm verantwoorden.⁴⁷ Dat leidde ook tot het drastisch inkorten van het eigen Elektronisch Cliënten Dossier. Rapportages en de dossiervorming beperken zich tot wat er werkelijk toe doet. Zorgkantoren toetsen dit steekproefsgewijs. Zowel Philadelphia, het zorgkantoor als de accountant toetst de gegevens van de declaraties. Ze kijken ook of deze controle in relatie tot de indicatie door alle drie partijen nodig is. Als Philadelphia en het zorgkantoor dat (geautomatiseerd) controleren, is de vraag wat de accountant dan nog nodig heeft om een akkoord te kunnen geven.

Voor het aantonen van zorglevering experimenteert Philadelphia met datapunten die bewijzen dat zorg feitelijk geleverd is. Accountants maken van die datapunten gebruik. Dit gaat om 5 tot 7 datapunten die uit de systemen gehaald kunnen worden, zoals 'Is het dossier gevuld?' en 'Is er medicatie afgetekend?' Als voldoende datapunten positief scoren, kan het zorgkantoor daaruit afleiden dat er zorg is geleverd. Zorgkantoren zouden hun materiële controles daarmee volgens Philadelphia feitelijk kunnen afschaffen. Het is nu de vraag of zorgkantoren en de NZa zo ver kunnen of willen gaan.

Als meest tastbare resultaten van het experiment Vernieuwend Verantwoorden noemt het evaluatierapport van het Zijlstra Center dat sommige organisaties hun jaarverslagen hebben aangepast naar meer geïntegreerde documenten, dat er minder interne audits zijn of dat ze bepaalde rapportages hebben geschrapt. Ook stellen sommige organisaties documenten nog maar één keer op voor zowel intern als extern gebruik, in plaats van dubbele rapportages te schrijven. Eén organisatie heeft daarnaast grote stappen gemaakt in de automatisering van verantwoording, waardoor dit een stuk eenvoudiger kan. Het zijn stuk voor stuk individuele resultaten, geen systemische veranderingen.

De evaluatie benoemt ook de uitdagingen. Het blijkt lastig om systeempartijen (NZa, zorgkantoren en het ministerie van VWS) rond de tafel te krijgen, en om hun vervolgens ook actie te laten ondernemen. Ze vragen zorgorganisaties wat ze willen, maar pakken zelf geen actieve rol in het vereenvoudigen van verantwoordingseisen.⁴⁸ Zo zijn er nog weinig resultaten zichtbaar voor zorgmedewerkers. Deelnemers zeggen dat het belangrijk is dat medewerkers minder verantwoordingslast gaan ervaren en meer tijd voor de cliënten overhouden. Maar de medewerkers ervaren sinds of door het experiment nog geen lastenverlichting.

De deelnemers aan het experiment constateren dat ze door Vernieuwend Verantwoorden hun lerend vermogen hebben vergroot. Technologie en automatisering helpen bij anders verantwoorden. Ze hebben stappen kunnen zetten, omdat ze binnen een veilige afgeschermd pilotomgeving hebben kunnen werken waar systeempartijen hun experimenteerruimte gunnen.⁴⁹ Ze hebben evenwel nog nadere experimenteerruimte nodig om beter uit te werken hoe bijvoorbeeld het verminderen van materiële controle en/of het steunen op elkaars controle in de praktijk vorm kan krijgen.

Nauwelijks protocollen en een versoberde jaarverantwoording

De JP van den Bent stichting is deelnemer aan Vernieuwend Verantwoorden. Deze stichting stuurde in de eigen organisatie op een cultuur van 'eenvoud en zo gewoon als mogelijk'. Dat gebeurde jarenlang onder leiding van de inmiddels vertrokken eigenzinnige bestuurder. Alle door beroepsorganisaties opgestelde protocollen heeft de organisatie intern afgeschaft, op 4 na.⁵⁰ Daardoor vragen zorgverleners zich eerder af: Wat heb ik te doen bij deze cliënt? Hoe kan ik ervoor zorgen dat hij of zij een zo gewoon mogelijk leven kan leiden (hoe zouden wij het thuis doen)? En niet: wat zegt het protocol?

De stichting zegt professionals te stimuleren om bij alle ondersteuningsplannen de vraag te stellen: wat is nog echt nodig om vast te leggen om het werk goed te doen? Alle nieuwkomers krijgen bij een intensieve training mee dat eigenaarschap en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid de basis van alles vormen.

De organisatie schafte de aparte jaarrekening af en ontwikkelde een andere, meer integrale jaarverantwoording (Zicht op de JP) waarin ook het kwaliteitsrapport zit.⁵¹ Alle basale cijfers stonden erin, maar de grondslagen van de balans en de resultatenrekening werden niet toegelicht. Daardoor verantwoordde de organisatie veel minder over financiële zaken dan andere zorgorganisaties. De stichting haalde de dubbelingen uit het verantwoordingsproces (onder andere de veelvuldige nacalculaties). Dat waren er nogal wat, met uiteenlopende eisen van betrokken zorgkantoren, 83 gemeenten en verschillende domeinen (Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz) en het ministerie van Justitie & Veiligheid).⁵² Er kwamen *soft controls* bij. De organisatie voegde naast getalsmatige verantwoording ook narratieve verantwoording toe in de vorm van verhalen over de omgang met dilemma's en de afwegingen die daarin zijn gemaakt.

Met het experiment Vernieuwend Verantwoorden wilde de JP van den Bent Stichting deze zelfontwikkelde manier van verantwoorden formaliseren. Dan zouden andere organisaties voortaan ook zo rekenschap kunnen afleggen. Na veelvuldig overleg bleek het ministerie van VWS dat op grond van wet- en regelgeving echter niet te kunnen toestaan. Organisaties kunnen geen vrijstelling krijgen van de verplichtingen van openbare jaarverantwoording. Daarom moet de stichting nu weer uitgebreider rapporteren over de financiën.

Eerst leek het ook niet langer mogelijk om het eigen, meer integrale format te gebruiken voor aanlevering van gegevens. Met uiteenlopende formats zijn organisaties moeilijk vergelijkbaar. Uiteindelijk heeft het ministerie van VWS dat

wel toegestaan. Met andere woorden: over de financiën zullen alle organisaties, ook de JP van den Bent stichting, moeten rapporteren met een redelijke zekerheid. Over alle andere aspecten (kwaliteit van dienstverlening, arbeid en dialoog/intern toezicht) is rapporteren met een beperkte mate van zekerheid toegestaan.

Ziekenhuiszorg: Zinnige Registratie (ZIRE)

Het eerste deel van het experiment Zinnige Registratie (ZIRE) vond plaats binnen 3 universitaire ziekenhuizen en had een omslag van wantrouwen naar vertrouwen tot doel:⁵³ vertrouwen in de intrinsieke motivatie van professionals om goede kwaliteit te leveren.⁵⁴ Artsen en verpleegkundigen vonden dat zij te veel kwaliteitsinformatie moesten vastleggen waarbij maar weinigen gebaat zijn. De informatie werd vaak nergens voor gebruikt.

Het werken met een eigen – samen met patiënten en naasten – geformuleerde kernset van indicatoren (waaronder patiëntervaringen) heeft geleid tot minder ervaren registratielast, zonder achteruitgang van de kwaliteit van zorg. De professionals handelen volgens standaarden en protocollen, maar starten pas met registreren als dat daadwerkelijk nodig is. Registraties rond bijvoorbeeld pijn, ondervoeding en doorligwonden zijn beperkt tot het nodige voor de dagelijks zorg; op afwijkingen wordt wel snel gereageerd.

De tijd die zorgverleners besteden aan kwaliteitsregistraties daalde in het Radboudumc met 24 minuten per dienst. Bijna een half uur tijdswinst voor alle medewerkers in een dienst dus.⁵⁵ Zij kregen volledige vrijstelling van alle verplichte interne en externe indicatoren en brachten hun aantal indicatoren terug van 120 tot 16. Klinisch leiderschap en bestuurlijke verantwoordelijkheid speelden hierbij een belangrijke rol. In Rijnstate en het UMCG kregen zorgverleners geen volledige vrijstelling van extern verplichte indicatoren en daar verminderde de registratietijd niet significant. De resultaten van het onderzoek, gefinancierd door het Zorginstituut Nederland (ZIN), laten zien dat onzinnige registraties een negatieve impact hebben op het werkplezier.⁵⁶

Het experiment toont ook aan dat de effectiviteit van de kwaliteitsverbeteringen toeneemt doordat alle kwaliteitsmetingen van die zelfgekozen 16 indicatoren daadwerkelijk worden gebruikt. Met minder registraties lukt het om de balans te verleggen naar echte kwaliteitsverbetering. Door transparant te zijn over de verbetercyclus laten zorgverleners aan alle betrokkenen zien wat hun lerend vermogen is, individueel, als team, als afdeling én als ziekenhuis. De lessen zijn helder: kom met patiënten samen tot een kernset van zinnige indicatoren. Laat andere registraties los. Wees transparant over wat de kernset en de verbeteracties opleveren.

Het tweede deel van ZIRE (2021-2023) startte op de IC's van 8 ziekenhuizen.⁵⁷ Al deze afdelingen beperken hun registratie tot een kernset van 16 zinnige indicatoren. Volgens de initiatiefnemers moeten zorgaanbieders en uitvragers samen bekijken hoe de verschillende doelen van indicatoren zijn te behalen en hoe het aantal registraties is te verminderen.⁵⁸ Daarbij spelen tegengestelde belangen een rol. Zo is de Patiëntenfederatie kritisch over het loslaten van registraties. Een manager van de federatie wijst op de duizend patiënten per jaar die onnodig overlijden en op het verschil tussen kwaliteit en veiligheid. "Daar moet je heel scherp op zijn." Een aantal elementen is wat haar betreft lang niet altijd op orde, zoals gegevensuitwisseling.⁵⁹

Inmiddels zijn er ook diverse instanties die hun bestaansrecht ontleen aan het verzamelen van data. Een 'woud van' accreditatie-instanties, andere commerciële bedrijven en organisaties die zich bezighouden met de ontwikkeling van richtlijnen verdienen hun geld aan de status quo. Pogingen om andere specialismen te betrekken bij het vervollexperiment stokten. Een van de oorzaken die werd aangegeven, maar die moeilijk hard te maken valt, betrof de belangen van deze andere specialismen, die groter zouden zijn dan bij de IC's. Binnen die beroepsgroepen zou een sterke verwevenheid met uitvragende instanties bestaan. Te denken valt aan leden uit de beroepsgroep die er adviseur of medebestuurder zijn. Afschaffen van registraties zou belanghebbenden kunnen duperen.

Verpleeghuiszorg: Leefplezierplan

Het kennisinstituut Leyden Academy on Vitality and Ageing kreeg van het ministerie van VWS subsidie om een methode te ontwikkelen voor kwaliteitsverbetering en verantwoording waarin de ervaringen van verpleeghuisbewoners, hun naasten en medewerkers centraal staan.⁶⁰ Hun verhalen over ervaringen met de zorg zouden beter inzicht bieden in de complexe en persoonlijke beleving van kwaliteit dan de gebruikelijke normatieve informatie.

Het kennisinstituut startte bij het zorgleefplan, omdat zorgmedewerkers dat als de grootste veroorzaker van regeldruk ervaren.⁶¹ Dit wettelijk voorgeschreven plan bevat afspraken, zodat medewerkers weten wat ze moeten doen, bewoners en naasten weten wat ze kunnen verwachten en er verantwoording kan worden afgelegd over de geleverde (kwaliteit van) zorg.⁶² Het betreft veelal normatieve informatie in maat en getal, die niet altijd even zinvol wordt geacht. Veel werktijd van zorgverleners wordt niet besteed aan registraties voor de organisatie, het management of beleid, maar juist aan verslaglegging over de verlening van zorg aan cliënten en patiënten (het primaire proces).⁶³

Leyden Academy ontwikkelde met zorgverleners een alternatief: het leefplezierplan, met minder verplichte normatieve informatie en meer ruimte voor verhalende (belevings)informatie over wat het leven de moeite waard maakt voor bewoners. De ambitie van de initiatiefnemers was om het leefplezierplan bij bewezen succes te verheffen tot het nieuwe format voor de sector (waarbij de interne verslaglegging ook voldoende zou moeten zijn voor externe verantwoording). Dat zou dan ook verankerd moeten worden in alle ICT-systemen, die momenteel onderling nog sterk verschillen (organisaties kiezen hun eigen systeem en leveranciers hebben geen belang bij standaardisatie). Daar zou dan niet alleen een onmiskenbare stimulans van uitgaan voor persoonsgerichte zorg, maar ook voor echt anders verantwoorden, met minder registratielast van harde indicatoren. Dat zou dan ook gevolgen hebben voor de interne en externe verantwoording, de aansturing van professionals, de zorginkoop en het toezicht op kwaliteit van zorg.

Alle betrokken stakeholders (ministerie van VWS, IGJ, KIK-V van het ZIN, NZa, zorgkantoren, zorgorganisaties en Leyden Academy) committeerden zich om tijdens de pilot samen aan integrale oplossingen te werken door de ambities van de initiatiefnemers te faciliteren en drempels weg te halen. Daartoe werd speciaal een stuurgroep Leefplezierplan opgericht met vertegenwoordigers van al die partijen. Het idee was dat systeempartijen het nieuwe zorgplan als nieuwe minimale standaard voor registratie en verantwoording zouden goedkeuren om zorgverleners te steunen

in het aandacht schenken aan wat er werkelijk toe doet.

Hoewel de pilot de persoonsgerichte zorg in de meer dan 10 deelnemende organisaties aanzienlijk versterkte, is het niet gelukt alle partijen achter de nieuwe standaard voor verantwoord te krijgen. Hierbij speelde dat de verschillende stuurgroepleden andere beelden hadden over de ambities en daarbij passende rollen van eenieder. Struikelblok vormde het niet meer aanleveren van verplichte indicatoren. Leyden Academy meende aanvankelijk dat het stuurgroeplid van het programma KIK-V (van het ZIN⁶⁴) een belangrijke rol kon spelen in de indicatorenreductie (vrijstellingen), maar die had die bevoegdheid niet.

Het aanleveren van indicatoren is een wettelijke plicht nadat tripartite veldpartijen de indicatoren hebben vastgesteld en het ZIN de indicatoren heeft opgenomen in het kwaliteitsregister. Leyden Academy moest zich voor het loslaten van de indicatoren daarom dus niet wenden tot KIK-V (of het ZIN) maar tot de partijen in de tripartite Stuurgroep Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg.

Deze groep van belangenorganisaties⁶⁵, verantwoordelijk voor de ontwikkeling en actualisering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en bijbehorende indicatoren, wilde (nog) geen indicatoren loslaten en blokkeerde in de ogen van de initiatiefnemers daarmee de vereenvoudigde verantwoordingswijze. De Patiëntenfederatie Nederland hecht aan harde normen. Ook beroepsverenigingen, met een sterke focus op klinische kwaliteit van zorg, benadrukken juist het belang van indicatoren.⁶⁶ Die focus kan botsen met een benadering die meer gericht is op het aanvaarden van beperkingen en het bevorderen van kwaliteit van leven.

Zo werd het project dat een focus had op het verminderen dan wel opheffen van belemmeringen in het systeem in de beleving van de aangesloten zorgaanbieders en Leyden Academy naar 'beneden gedrukt': de bal voor anders verantwoord kwam volgens de initiatiefnemers volledig bij de zorgorganisaties en hun medewerkers terecht.

Perspectief koepel van patiëntenorganisaties

In het beeld dat veel registraties op zichzelf zin hebben, maar opgeteld voor zorgverleners niet meer te verhapstukken zijn, herkent de Patiëntenfederatie Nederland zich. De koepel wil lasten van zorgverleners daarom ook verminderen maar tegelijkertijd informatie transparanter maken voor zorggebruikers. Het idee is dat mensen met een zorgvraag zelf een bepaalde zorgverlener of -aanbieder kunnen kiezen, als ze maar over voldoende data beschikken. Data zouden grip op de werkelijkheid bieden, bijvoorbeeld zicht op praktijkvariatie in kwaliteit van patiëntenzorg.

Het verantwoordingsproces moet volgens de federatie altijd ten goede komen aan de relatie tussen de (individuele) zorgvrager en zorgverlener. Het zou zich niet mogen vernauwen tot verhalen en leren. Zij vindt indicatoren en afrekenbare normen, gekoppeld aan klinisch relevante uitkomsten, belangrijk. "Daarmee is de zorg meetbaar en transparant te maken."

Domeinoverstijgend: Proeftuin Ruwaard

In Oss verstrekt de gemeente het Wmo-budget in de wijk Ruwaard nu 5 jaar als subsidie aan een aantal aanbieders. Deelnemers aan de proeftuin, waaronder verzekeraars,

werken zo samen aan preventie en passende zorg op basis van een gemeenschappelijk wijkbudget (lumpsum). Ze komen vaak vanuit zowel de Wmo als de Zvw bij dezelfde burgers.

Preventie (bevorderen van positieve gezondheid, werk, zingeving en relaties) is in beide domeinen zinvol, maar lastig om inzichtelijk te maken. De investeringen renderen niet voor de eigen organisatie. De gebruikelijke bekostiging dwingt aanbieders zich te richten op producten en productie, en weerhoudt hen ervan zorg te leveren aan spelers in welzijns-, vrijwilligerswerk of buurtinitiatieven.⁶⁷

Door gebiedsgerichte financiering kunnen betrokkenen het denken in vaste producten/diensten en schotten loslaten. Dat levert een integrale manier van werken en verantwoorden op. Niet meer denken vanuit eigen expertise, kader en financiering, maar met elkaar en met de inwoner kijken naar wat nodig is.⁶⁸ Is dat wel zorg uit de ggz, of is deze persoon meer gebaat bij hulp op het gebied van welzijn of wonen? De nieuwe wijze van verantwoorden uit zich in de 'leergeschiedenis' die burgers en professionals vertellen en die ook op schrift wordt gesteld. De gemeente hecht waarde aan deze kwalitatieve verantwoording aan de hand van casuïstiek. Productregistraties hoeven niet te domineren. De verantwoording vindt plaats over het maatschappelijk rendement. Wat leveren alle inspanningen op voor burgers in termen van werk, inkomen en participatie? In de proeftuin zijn volgens de initiatiefnemers enkele honderden inwoners geholpen met het voorkomen van werkloosheid, depressie of uithuisplaatsingen.

Het monitoren hiervan is lastig, blijkt uit de evaluatie. Wat gemonitord wordt, benutten de samenwerkende partijen onvoldoende. Ze leren veel met en van elkaar, maar het ontbreekt nog vaak aan het delen en borgen van de lessen met alle lagen in de organisaties. Monitoring moet volgens hen bijdragen aan de doelen die aan hun waarden zijn verbonden: verbeteren van gezondheid, voorkomen van (gezondheids)problemen, aandacht (voorkomen van eenzaamheid), regie bij de inwoner en meer mensen helpen met hetzelfde budget.

Uitbreiding van de proeftuin levert ook onduidelijkheid over de reikwijdte op. Wie gaat waarover? De deelnemende organisatiedelen ervaren steeds meer wrijving met de rest van de eigen organisatie. Er dreigen 2 werelden naast elkaar te bestaan: die van de proeftuinorganisatie en de eigen organisatie. Dit resulteert in hogere werkdruk en soms ook botsende belangen. De proeftuin zou uiteindelijk moeten leiden tot substitutie (van duurdere naar goedkopere zorg) tussen organisaties en tot bredere verspreiding ('opschaling') van de werkwijze.^{69,70} Afstaan van productie (geld) aan anderen tast echter direct organisatiebelangen aan. Om dat te voorkomen heeft de proeftuin experimenteerruimte gekregen waarbinnen organisaties burgers tijdelijk zonder inschrijving of diagnose kunnen helpen en zich ook meer kunnen richten op een heel huishouden of gezin. De vraag is hoe dit op de langere termijn vol te houden is.⁷¹

2.4 Tussenconclusie

Het programma [Ont]Regel de Zorg heeft veel zorgpartijen aangespoord tot allerlei (afzonderlijke) initiatieven en acties, maar is nog lang niet voldoende gebleken om tot impact op grote schaal te komen voor de aanpak van de (administratieve) regeldruk. Het probeert vooruitgang te boeken binnen bestaande kaders, maar: 'als je doet wat je deed, krijg je wat je kreeg'. Deze kaders belemmeren het om de – op

zichzelf succesvolle – initiatieven om te zetten in een bredere nieuwe manier van verantwoorden. Juist deze gemeenschappelijke kaders zullen daarom tegen het licht gehouden moeten worden. Dat zal een veel hogere prioriteit moeten krijgen. Alleen op die manier kunnen de pilots, proeftuinen en experimenten uiteindelijk leiden tot een fundamenteel andere manier van verantwoorden. “Zinnig en radicaal simpel”, zoals in het IZA omschreven.

Bovendien is niet iedereen enthousiast over een nieuwe manier van verantwoorden. Verspreiding van nieuwe werkwijzen conflicteert direct met het systeem en met belangengroepen die zich juist hard maken voor méér normen en registraties of die geen baat hebben bij ICT-standaardisatie. Zolang de verschillende partijen verschillende deelbelangen nastreven, zal het moeilijk zijn om structureel tot nieuwe manieren van verantwoorden te komen. Invloedrijke partijen zullen gezamenlijk op het systeem en hun rol daarbinnen moeten reflecteren om een fundamentele omslag mogelijk te maken en daarbij steeds uit te gaan van gedeelde belangen.

3 Blijvende problemen bij de huidige verantwoordingspraktijk

In dit hoofdstuk komen 4 kernproblemen van de huidige verantwoordingspraktijk aan de orde. Daarachter schuilen diverse dilemma's die ook aandacht krijgen. Aan het eind van het hoofdstuk gaan we in op de bevorderende en belemmerende mechanismen om te komen tot een systeem van verantwoorden dat is gebaseerd op vertrouwen.

3.1 Probleemanalyse

1. De illusie dat verantwoorden de werkelijkheid kan omvatten

Het gaat in de zorg veel over doelen en meetbare uitkomsten. Op basis van transparante uitkomsten moeten burgers kiezen voor een zorgorganisatie, een zorgverlener en een zorgverzekeraar. Financiers moeten op basis van deze doelen en uitkomsten zorg inkopen. Van zorgverleners verwachten we dat zij kunnen aantonen dat ze kwaliteit leveren tegen een scherpe prijs. Deze uitgangspunten van ons zorgstelsel wringen echter steeds meer. Het lijkt een illusie dat de werkelijkheid hiermee te vangen is.

Dit houdt verband met de in paragraaf 2.2 beschreven veranderde ideeën en verwachtingen ten aanzien van zorgverleners en zorgorganisaties. De aandacht voor fouten (kwaliteit) en fraude (financiën) is sterk toegenomen.⁷² Het voorkomen van incidenten, fraude en onrechtmatigheid is een grote rol gaan spelen in het publieke en politieke debat.

Kamerleden en andere gezagsdragers schieten – mede onder invloed van patiënten- en beroepsorganisaties – snel in een incidentgedreven regelreflex.⁷³ Die reflex leidt tot extra wet- en regelgeving en harde normen, omdat de kiezer ‘100% zekerheid’ lijkt te verlangen.⁷⁴ In het debat is over het algemeen weinig aandacht voor de grenzen aan de maakbaarheid of voor de nadelige werking van nog meer regels, normen en data. Omdat zorgbestuurders nooit zeker weten waarop zij aangesproken kunnen worden, anticiperen ze op een verwachte verantwoording en leggen voor de zekerheid meer vast dan ze uit zichzelf zouden doen (*better safe than sorry*) en houden zo hun medewerkers ook niet uit de wind. Zorgbestuurders proberen met dashboards prestaties inzichtelijk te maken en risico's te beheersen. Accreditatie- of certificatiebureaus, die veel terrein hebben gewonnen, helpen hen daarbij.

Wie echt in de praktijk gaat staan waar de zorgverlening aan patiënten en cliënten plaatsvindt, ziet dat sommige verantwoordingszaken simpel zijn, met één probleem, één interventie en één uitkomst, maar dat er ook vaak meerdere problemen, meerdere interventies en meerdere uitkomsten spelen, met allerlei onderlinge afhankelijkheden.⁷⁵ Dan is het nodig om open te staan voor onverwachte gevolgen van deze complexiteit en daar lessen uit te trekken voor de volgende stappen.⁷⁶ Niet alleen is

een uitkomst contextafhankelijk en kan deze van persoon tot persoon verschillen, ook het zorgproces zelf heeft intrinsieke waarde, die moeilijk te meten is. Kwaliteit laat zich dus niet altijd makkelijk vangen in een paar eenvoudige getallen. Kwaliteit is een moreel concept, dynamisch en meervoudig.⁷⁷ Het huidige verantwoordingsproces gaat nauwelijks in op onderlinge verbanden tussen onderdelen en functies van verantwoording. Dat ontnemt het zicht op de interactie en de betekenis ervan. Daarmee krijgt de (intrinsieke) motivatie van mensen om de ander zicht te bieden op het eigen doen en laten, feedback te vragen en iets te doen met de verkregen inzichten, onvoldoende stimulans. Het kan die motivatie, zoals uit hiernavolgend voorbeeld blijkt, behoorlijk frustreren.

Onderlinge verschillen bestrijden met gedetailleerde data

Elke administratieve last, hoe ogenschijnlijk klein ook, is moeilijk te stoppen. De voorbeelden daarvan zijn talloos,⁷⁸ die van de wachtlijstregistratie voor casemanagement dementie is inmiddels een bekende.

In 2022 kregen ZorgAccent en 9 andere ouderenzorgorganisaties in Twente een brief van de NZa met de dreiging van een dwangsom. De zorgaanbieders moesten alsnog informatie verstrekken over de wachtlijsten voor casemanagement dementie. Elk kwartaal moeten zorgorganisaties met casemanagers doorgeven hoeveel mensen er op de wachtlijst staan, hoelang zij wachten, hoeveel casemanagers in dienst zijn en hoeveel cliënten zorg ontvangen.

ZorgAccent deed dat bewust niet, omdat zij helemaal geen wachtlijsten had en 'ergens wilden beginnen om de onzinnige administratieve lasten te verminderen'. ZorgAccent maakt deel uit van het netwerk Dementie Twente, waarin 47 partijen samenwerken. De kracht daarvan is onderling contact en afstemming. Als er voor een cliënt bij de ene organisatie geen plek is, heeft de andere organisatie dat misschien wel. Volgens de zorgorganisaties helpt een landelijke database van wachtlijsten per regio daar niet bij. De NZa ziet dat anders. In 2016 en 2017 verschilden de organisatie van dementiezorg en de wachtlijsten per regio. De patiëntenvereniging Alzheimer Nederland voerde daarom lobby voor meer informatie over de wachtlijsten en actie van de NZa als die uit de hand dreigen te lopen.⁷⁹ Gevolg was dat de Twentse zorgorganisaties met een dwangsom werden geconfronteerd.

Burgers, overheid, verzekeraars en toezichthouders willen het vertrouwen hebben dat zorgverleners de juiste afwegingen maken, het goede doen en geen premiegeld verspillen. Maar de huidige lineaire verantwoording (die veronderstelt dat zorgverleners rechtlijnig naar een zeker doel te sturen zijn) geeft een reductionistische weergave van dat goede. Door een behoefte aan grip op de complexe werkelijkheid hechten verantwoordingsvragers te veel belang aan harde data, metingen en indicatoren. Kwantitatieve informatie en indicatoren gaan een eigen leven leiden. Kwalitatieve data (het narratieve deel van kwaliteitsinformatie) die voor leerproces belangrijk zijn, gaan bij externe aanlevering grotendeels verloren.⁸⁰ Dit besef dringt steeds meer door, zoals uit de ontwikkelingen bij de IGJ blijkt. De indicatoren die de IGJ samen met onder andere de beroepsgroepen vaststelde, waren initieel vooral kwantitatief. Bijvoorbeeld 'het percentage patiënten dat gedurende

de eerste 72 uur op enig moment een pijnscore boven de 7 heeft'. Die indicator, bedoeld om kwaliteit van zorg te verbeteren, leidde tot strategisch gedrag met averechts effect: zorgverleners gingen preventief ruimschoots (mogelijk verslavende) pijnstillers verstrekken. De IGJ zag dat de toelichting bij de indicatoren eigenlijk belangrijker was dan het deel met teller en noemer, omdat daaruit op te maken valt of een zorgorganisatie écht bezig is met verbeteren of strategisch gedrag vertoont. Benchmarks als zodanig levert niet zo heel veel op, zag de IGJ. Het gaat er om 'in de diepte' van elkaar te leren en daar is kwalitatieve informatie bij nodig.

De IGJ stapte grotendeels af van (kwantitatieve) indicatoren. Zo bevat de Basisset Medisch Specialistische Zorg 2023 9 verbeterdoelen.⁸¹ Ziekenhuizen bepalen zelf welke 6 van de 9 verbeterdoelen ze aanleveren. De verbeterdoelen sluiten nadrukkelijker aan bij waar de zorg naartoe wil (streefniveau) dan waar de zorg al aan zou moeten voldoen.⁸²

In de tussentijd zijn in Nederland wel jarenlang zorgverleners opgeleid in een paradigma van wantrouwen en controledrang. Zorgmedewerkers die de ervaren regeldruk hekelen, zijn paradoxaal genoeg vaak zelf tevredener bij meer formalisering, meer normen, meer voorschriften en meer houvast. Zij hebben de neiging om steeds meer te (willen) verantwoorden, wat zich uit in het toenemende aantal kwaliteitsregistraties.

Het grootste deel van de administratieve werkzaamheden, circa 80%, heeft betrekking op vastlegging van gegevens in het kader van het primaire proces, met name het bijhouden van het patiënt- of cliëntdossier. Zorgverleners leggen uit zichzelf vaak niet alleen bijzonderheden vast, maar ook telkens terugkerende zaken.⁸³

Ook zij hebben behoefte aan grip op hun werk en op de (complexe) omgeving en hebben niet de ervaring dat houvast ook kan ontstaan door te werken vanuit waarden en vertrouwen. Ook zijn ze bang dat iemand hen zal aanspreken op fouten of onverstandige afwegingen, of erger nog: dat ze voor het tuchtrecht moeten verschijnen, waarna de uitspraken ook nog eens openbaar worden.^{84,85} Een substantieel deel van de regeldruk die zorgverleners in hun dagelijkse praktijk ervaren, ontstaat dan ook binnen hun eigen organisatie of (wetenschappelijke) beroepsverenigingen.⁸⁶

We zien verantwoorden in de praktijk daarom makkelijk verworden tot een manier om gedoe te ontlopen. In dat geval is het geen waardevol aspect van de professionele praktijk: geen mogelijkheid om anderen inzicht te bieden in het eigen doen en laten, open te staan voor feedback en daarmee iets te doen. Dan zijn doelen op papier gehaald, zonder dat het professionele voldoening brengt, de zorgvrager beter helpt of de samenleving iets oplevert.

II. Verantwoorden gaat nu niet meer over de juiste zaken

De ene probleemschets is uiteraard niet los te zien van de andere. In dit hiernavolgende analysepunt gaan we in op de gedetailleerdheid van de verantwoordingsinformatie én op de inhoudelijke gerichtheid van verantwoording in de zorg. Daarmee bouwen we voort op de hiervoor beschreven illusie binnen de huidige verantwoordingspraktijk. De behoefte aan grip op de werkelijkheid verklaart volgens de Raad de grote hoeveelheid kwaliteitsmetingen en de gedetailleerde rechtmatigheidscontroles.

Dit zijn 2 belangrijke veroorzakers van ervaren registratielasten die verband houden met verantwoorden. We betogen dat deze kwaliteits- en financiële verantwoording

in hoeveelheid en gedetailleerdheid is doorgeslagen en dat verantwoordt daardoor niet langer over datgene gaat waarover het zou moeten gaan (waarop we terugkomen in hoofdstuk 4.2).

Kwaliteit

Kwaliteitsmetingen zijn registraties bedoeld voor het monitoren, evalueren en verbeteren van kwaliteit van zorg. Toezichthouders, verzekeraars, zorgorganisaties, patiëntenorganisaties toetsen de kwaliteit van zorg aan de hand van kwaliteitsindicatoren. Daarmee kan ook worden getoetst of zorg voldoet aan de actuele eisen voor patiëntveiligheid. Aan indicatoren zijn meestal normen gekoppeld (bijvoorbeeld een maximaal percentage patiënten met doorligwonden). Daarmee kan ook worden getoetst of zorg voldoet aan de actuele eisen voor kwaliteit en veiligheid. Dit helpt zorgaanbieders en professionals (in theorie) bij het leren en reflecteren op de geboden zorg en kan leiden tot verbeteringen.

Koepelorganisaties zoals de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) coördineren de samenwerking tussen de IGJ en de wetenschappelijke verenigingen op het gebied van kwaliteitsindicatoren. Wetenschappelijke verenigingen brengen nieuwe indicatoren in.⁸⁷ Beroeps- en brancheverenigingen stellen jaarlijks verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren op met de IGJ. Zo komt een Basisset Medisch Specialistische Zorg tot stand, of een indicatorenset belastbaarheid mantelzorg.

De omgang van beroepsorganisaties en wetenschappelijke verenigingen met indicatoren en richtlijnen⁸⁸ ontwikkelt zich. De beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden V&VN laat bijvoorbeeld weten de ambitie te hebben de context van de zorg meer te betrekken bij het ontwikkelen van richtlijnen. Richtlijnontwikkeling staat volop in de politiek-maatschappelijke aandacht. In de loop der jaren zijn steeds meer doelen toegewezen aan richtlijnen, zoals kosten, organisatie van zorg, inkoop, toegang tot zorg en handhaafbaarheid. “De grote aandacht voor beheersing van zorgkosten leidt tot gedachten van maakbaarheid van de zorg, waarbij richtlijnen een status lijken te gaan krijgen van wetten. Dit maakt richtlijnen steeds complexer en politiek, waardoor de bruikbaarheid in de praktijk verder onder druk is komen te staan”, schrijft de Federatie van Medisch Specialisten.⁸⁹ Het aantal verplichte registraties stapelt zich op, doordat diverse partijen informatie over kwaliteit uitvragen, zoals de IGJ, het ZIN via de Transparantiekalender, en beroepsverenigingen zelf. Uit onderzoek blijkt dat de waarde van kwaliteitsindicatoren is overschat en minder goed bruikbaar is dan verwacht, omdat er zo veel van zijn.⁹⁰

De verschillende doelen van het bijhouden van kwaliteitsinformatie (van het bieden van keuze-informatie, leren en verbeteren tot zorginkoop) zijn lastig verenigbaar.⁹¹ Patiënten en cliënten blijken nauwelijks te kiezen op basis van beschikbare keuze-informatie. Door de toenemende schaarste in de zorg is het belang van keuze-informatie bovendien sterk afgenomen.⁹² Ook is het belang van kwaliteitsindicatoren voor leren en verbeteren overschat. Er is personeelscapaciteit nodig om kwaliteitsinformatie te gebruiken om te leren en te verbeteren. Dat gaat steeds meer wringen met de personeelsschaarste. Mensen die werken in de langdurige zorg vinden kwalitatieve data bovendien belangrijker om te leren en reflecteren dan de overwegend kwantitatieve kwaliteitsindicatoren.⁹³ In de medisch-specialistische zorg zeggen bestuurders indicatorensets niet of nauwelijks te gebruiken voor interne sturing of leren en verbeteren. De landelijke kwaliteitsindicatoren worden gezien als een verplicht

nummer en er wordt weinig tot niets mee gedaan.⁹⁴

Het uitgangspunt dat er veel data nodig zijn om te kunnen leren, reflecteren en verbeteren, komt hierdoor ter discussie te staan. Natuurlijk helpen data bij het verkrijgen van inzicht. Echter, dát dat inzicht beschikbaar is, betekent nog niet dat ervan geleerd wordt. Het is ook mogelijk om te leren en te verbeteren zonder gebruik van geregistreerde data. Bijvoorbeeld op basis van narratieven, casussen, interviews en bij elkaar in de keuken kijken. Leren en verbeteren gaat steeds meer over domeinoverstijgende samenwerking.⁹⁵ Kortom, dat we kwaliteit meten geeft geen garantie dat de kwaliteit goed is, en naast het meten van data kunnen zorgverleners en zorgaanbieders ook heel goed op andere manieren leren, reflecteren en verbeteren.

Verzet tegen indicatoren basisveiligheid

Ouderenzorgorganisaties beginnen in verzet te komen. In 2023 gaven 3 organisaties aan dat ze definitief geen indicatoren basisveiligheid meer aanleveren bij het ZIN. Andere organisaties hebben bij het ZIN hun grote twijfels geuit. Ze zien onvoldoende meerwaarde in het aanleveren van informatie: het kost veel tijd en levert geen extra inzichten of kwaliteitsverbetering op. Ze hebben niets tegen transparantie, als die maar bijdraagt aan het realiseren van waardevolle zorg en zoeken daarvoor naar alternatieven.⁹⁶

Uiteraard zijn indicatoren niet het enige instrument om kwaliteit hoog te houden. Een flink aantal zorgwetten heeft dat ook tot doel. Die zijn tot stand gekomen in tijden dat ze passend waren, maar door veranderde omstandigheden kunnen ze nu gaan knellen. Denk aan regels over welke zorgverlener op welk moment beschikbaar moet zijn of een specifieke handeling moet uitvoeren. Dit landt onder andere in wetgeving, bijvoorbeeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) waarin is vastgelegd welke groepen bevoegd zijn tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen.⁹⁷ BIG-(her)registraties, bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te vergroten en om de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen, bezorgen zorgverleners administratieve lasten.⁹⁸ De vraag of die allemaal nodig zijn, wordt in tijden van schaarste urgenter. De lasten komen deels door wettelijke verplichtingen, maar ook deels door een te strenge interpretatie van de wet door zorgverleners zelf.⁹⁹

Of denk aan de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), een van de vele wetten waaruit verantwoordingsverplichtingen voortvloeien voor zorgorganisaties. Deze Wkkgz verplicht zorgaanbieders bijvoorbeeld tijdig gegevens over de zorgkwaliteit aan te leveren bij het ZIN, hetgeen zorgverleners regeldruk bezorgt.¹⁰⁰ De wet heeft bovendien geen oog voor het nodige commitment van individuele zorgaanbieders aan samenwerkingsverbanden die grote maatschappelijke vraagstukken moeten helpen oplossen. Zulke netwerken vragen om een scherpere collectieve verantwoordelijkheid. De Wkkgz voorziet volgens een recente evaluatie echter slecht in het in positie brengen van de IGJ in dit type samenwerkingsrelaties.¹⁰¹

Rechtmatigheid

Naast wetten, regels en verantwoording over kwaliteit vormen rechtmatigheidscontroles een belangrijke bron van ervaren registratiedruk. De toenemende aandacht voor fraude en uitgavenbeheersing¹⁰² heeft ertoe geleid dat er in de hele verantwoordingsketen een grote controledruk wordt ervaren rond de rechtmatigheid van de zorguitgaven.¹⁰³ Die is zichtbaar in de stapeling van controles, op alle niveaus. Zelfs de informateur sloeg daar een hartenkreet over uit: “Hoewel rechtmatigheid in de democratische rechtsstaat onbetwist een kernwaarde is, worden de uitwerking en toepassing ervan door velen ervaren als verstikkend en niet aansluitend bij ‘de bedoeling’.”¹⁰⁴

Accountants, zorgverzekeraars en zorgkantoren voeren rechtmatigheidscontroles uit, onder meer om fraude van zorgverleners en -organisaties te voorkomen en zo nodig te bestraffen.¹⁰⁵ Ze proberen onder andere zicht te krijgen op naleving van complexe regelgeving rond het registratie- en declaratieproces.

Binnen de rechtmatigheidscontroles is een van de vragen die het meest ingewikkeld is om te beantwoorden, of zorg daadwerkelijk verleend is conform de declaratie. Zorg is vaak niet eenvoudig in precies omschreven en helder afgebakende prestaties of producten te vatten en zo te controleren.

In allerlei artikelen, adviezen en rapporten wordt geconstateerd dat de focus op rechtmatigheid, zowel van accountants als van zorgverzekeraars en zorgkantoren, in de zorg (of publieke sector) te groot is.¹⁰⁶

Veel nadruk op rechtmatigheid: drie voorbeelden

1. Zorgaanbieders moeten bij de accountant aantonen dat het tarief dat ze declareren overeenkomt met de afspraken die ze hebben óver die tarieven met de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders leggen tarieven en prestaties die ze afspreken echter ook vast in het datawarehouse van Vektis, waarin alle data over alle zorgdeclaraties in Nederland worden verzameld. Als de zorgaanbieder een ander tarief declareert dan is afgesproken, gaan er al bellen rinkelen in Vektis. De accountantscontrole hierop is dubbelop.
2. Een financial en business controller van een grote zorg- en welzijnsorganisatie vertelt hoe enkele zorgverzekeraars jaar in jaar uit veel rechtmatigheidscontroles uitvoerden. Deze aanbieder ging het gesprek hierover aan met de verzekeraars. In het verleden waren er nooit problemen gebleken, en volgens de aanbieder was er daarom geen reden om de controles zo stelselmatig te blijven doen. Daarop hebben 2 van de 3 verzekeraars het aantal controles teruggebracht. De derde niet: “Zij blijven hun lijstjes afvinken.”
3. Als patiënten tijdelijk in een zorginstelling verblijven (eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatiezorg) mag de wijkverpleegkundige niet meer declareren. Vaak is er nog wel contact over de patiënt (over terugkeer naar huis of het weer opstarten van de zorg daar). Dat wil de werkgever van de wijkverpleegkundige wel vergoed krijgen van de zorgverzekeraar, om de verpleegkundige te kunnen betalen. Dit overleg moet de wijkverpleegkundige daarom registreren, zodat de werkgever het alsnog kan declareren. Dat leidt wel tot veel papierwerk; de

zorgverzekeraar doet standaard materiële controles bij dergelijke declaraties van wijkverpleegkundige zorg aan patiënten in tijdelijke zorginstellingen en is bevoegd om geld (een bedrag per cliënt dat geëxtrapoleerd wordt over het totaal aantal cliënten van die organisatie) terug te vorderen als er volgens de controle een enkele onjuistheid blijkt. Deze zorgorganisaties moeten dus maandelijks of elk kwartaal uitleggen waarom declaraties van wijkverpleegkundigen toch rechtmatig zijn.

De gefragmenteerde financiering van zorg, met verschillende geldstromen (uit de Zvw, Wlz, Wmo en Jeugdwet) en bijbehorende regels, helpt niet bij het beperkt houden van verantwoording. Het is bovendien erg arbeidsintensief en onoverzichtelijk. Niet alleen voor burgers en met name de meest kwetsbaren onder hen¹⁰⁷, maar ook voor zorgorganisaties.¹⁰⁸ Onder de Zvw bijvoorbeeld worden alle prestaties die in de medisch specialistische zorg te declareren zijn als gevolg van een bepaalde diagnose uitgedrukt in dbc-zorgproducten (waarvan er 4.400 zijn). De Wlz kent cliëntvolgende bekostiging. Het geld dat zorgorganisaties ontvangen is direct gerelateerd aan indicaties en diagnoses van individuele patiënten en cliënten (zie ook proeftuin Ruwaard). Als iemand een andere indicatie krijgt, heeft dat direct gevolgen voor het budget dat de zorgorganisatie ontvangt, voor de zorglevering aan het individu én voor de verantwoording. De verschillende regimes die voortkomen uit de uiteenlopende wetten stellen allemaal eigen verantwoordingseisen.

De vraag dringt zich steeds sterker op of de baten van alle gegevens die zorgorganisaties op een gedetailleerd niveau aanleveren – zoals op hiervoor genoemde vlakken van kwaliteit en rechtmatigheid, maar bijvoorbeeld ook op het gebied van doelmatigheid en toegankelijkheid – nog in verhouding staan tot de (personele) kosten van het verzamelen ervan. Wie zich realiseert dat Nederland meer dan 45.000 zorginstellingen telt, kan vermoeden dat het niet realistisch is te verwachten dat de grote hoeveelheid data die ze verstrekken ook daadwerkelijk geïnterpreteerd en op een goede wijze benut wordt.

De energie die betrokkenen in deze verantwoording moeten steken, gaat niet alleen ten koste van tijd en werkplezier van professionals in de zorg. Het gaat ook ten koste van focus op andere zaken, zoals passende zorg en maatschappelijke opgaven. Zorgorganisaties komen te weinig toe aan thema's die ze belangrijk vinden en waarover ze zelf rekenschap willen afleggen.

De samenleving staat door demografische, sociale en klimatologische ontwikkelingen inmiddels voor immense opgaven die doorwerken in de zorg.¹⁰⁹ Denk aan personeelsschaarste, gezondheidsverschillen en klimaatverandering. In het verantwoordingsproces hebben kwaliteit en financiën de afgelopen tijd de boventoon gevoerd.¹¹⁰ Er is diensgevolge geringe aandacht voor ieders bijdrage aan maatschappelijke opgaven.

III. Gemeenschappelijke verantwoordelijkheid en afstemming ontbreken

De rijksoverheid heeft de afgelopen jaren afstand genomen van haar centrale sturing of heeft verantwoordelijkheden naar zelfstandige bestuursorganen (zbo's) en gemeenten gedelegeerd. Daardoor zijn steeds meer partijen, die ver van het primaire zorgproces afstaan, belast met deeltaken en -verantwoordelijkheden op het gebied

van kwaliteitsbewaking en financiën.¹¹¹ Hun informatiebehoeften lopen sterk uiteen. Iedere actor heeft een ander belang, vindt de eigen registraties zinvol en legt het zwaartepunt het liefst op een ander thema.¹¹² Zo is een systeem rond de zorg ontstaan waarin steeds meer spelers met eigen (wettelijke) opdrachten en belangen op afstand van het primaire zorgproces iets van de zorg vinden en vragen.

Op het hoogste niveau zijn er de ministers van VWS en het parlement. Een niveau lager oefenen toezichthouders invloed uit: de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Naast hen bevinden zich meer algemene toezichthouders, zoals De Nederlandsche Bank (DNB), de Algemene Rekenkamer, de Autoriteit Consument en Markt (ACM), de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) en de Arbeidsinspectie.

Dan is er de laag van zorgverzekeraars en zorgkantoren die een regierol in het stelsel vervullen. Ook koepels van zorgorganisaties, beroepskrachten, zorgverzekeraars en patiënten hebben grote invloed op de verantwoording. Deze stellen samen kwaliteitskaders of -kompassen vast. Die geven richting aan (verbetering van) zorg en reiken handvatten aan voor het kwaliteitsverslag dat zorgorganisaties jaarlijks moeten schrijven. Daarmee zijn ze een belangrijk middel voor externe verantwoording. De IGJ gebruikt de kwaliteitsverslagen, met name in niet-continue toezichtrelaties, als informatiebron bij haar toezicht.

Sterke invloed van belangengroepen

Bij de ontwikkeling van kwaliteitskaders (of kompassen) wordt de invloed van belangenorganisaties duidelijk zichtbaar. De wijkverpleging en de verpleeghuiszorg wilden een generiek kwaliteitskompas ontwikkelen (naar het voorbeeld van de gehandicaptensector), met minder normen en verantwoordingslasten. Een aantal grote partijen, waaronder Patiëntenfederatie Nederland en de beroepsvereniging van specialisten in de ouderengeneeskunde Verenso, verzetten zich daar tegen. Zij lieten weten dat er te weinig toetsbare afspraken in stonden.¹¹³

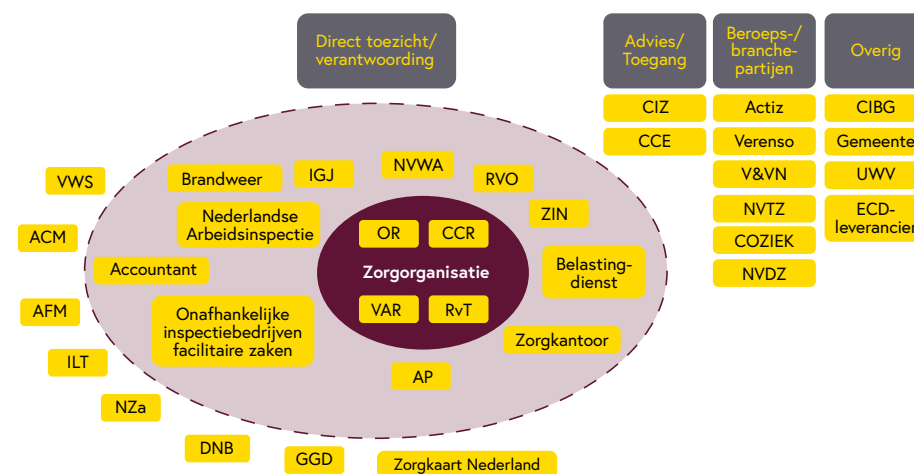
Tot slot zijn er natuurlijk nog de interne toezichthouders, die ook eigen afwegingen maken over verantwoording. Het is aan accountants om te signaleren dat financiële functies niet op orde zijn. Zij moeten snappen waar het binnen de zorgorganisatie om gaat en moeten zich tegenover de raad van bestuur en de raad van toezicht uitspreken als de interne sturing en controle tekortschiet.¹¹⁴

Door te wijzen op de vele partijen in het verantwoordingsproces wil de RVS niet zeggen dat al deze deelbelangen geen functie hebben. Maar wel dat de optelsom van alle deelbelangen en de overlap in de verantwoording inmiddels het algemene of maatschappelijke belang niet meer dient. Het verantwoordingsproces verloopt daarbij grotendeels in lijn met de principaal-agent theorie, die aansloot bij het meer algemene streven naar *new public management*.¹¹⁵ Belangentegenstelling en ongelijkwaardigheid tussen de verschillende lagen in het verantwoordingsproces (top-down-model) worden benadrukt in plaats van respectvolle (netwerk)samenwerking. Het is een benadering die ongelijkheid en hiërarchie veronderstelt in plaats van gelijkwaardigheid (wat iets anders is dan gelijkheid) in partnerschap. Dat heeft invloed op de houding van alle betrokkenen. Hun gedrag wordt gestuurd door de structuur waarin

zij besluiten nemen en waarover zij ter verantwoording worden geroepen.¹¹⁶

In de huidige context passen de partijen in het verantwoordingsproces zich weinig aan elkaar aan. Ze lijken beperkte mogelijkheden te zien om regelmatig onderling af te stemmen en afwegingen te maken. Dat belemmert de dialoog over het gezamenlijk creëren van maatschappelijke waarde. Veel (overlappende) informatievragen en verantwoordingsvragen sijnpielen van boven naar beneden en vermeerderen zich bij elke laag, en de hele berg belandt uiteindelijk bij zorgbestuurders en hun medewerkers (*trickle down*- of doorsijpeleffect). Vanwege de hiërarchische verhoudingen kunnen ze daar moeilijk grenzen aan stellen. Doen ze dat wel, dan geven de verantwoordingsvragers aan dat de eisen die zij stellen hen weer worden opgelegd door het niveau boven hen.

Zo zeggen zorgverleners en bestuurders van zorgorganisaties dat ze niet onder informatie- en verantwoordingsverplichtingen van zorgverzekeraars en zorgkantoren uitkomen. Zorgverzekeraars en zorgkantoren zeggen op hun beurt weer gebonden te zijn aan de verplichtingen van de NZa en DNB. De NZa geeft aan niet onder de wettelijke verplichtingen van het ministerie van VWS uit te kunnen. En voor je het weet verwijst iedereen naar de ander en is de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid om uit de gordiaanse knoop te komen ver te zoeken. De figuur hierna illustreert hoe 'ingekapseld' zorgorganisaties en hun medewerkers in de intramurale ouderenzorg zijn en voor welke partijen ze gegevens bijhouden.



Figuur 1. Inkapseling van zorgorganisaties in de intramurale ouderenzorg¹¹⁷

Zorgbestuurders dragen verantwoordelijkheid voor zowel patiënten als voor werknemers en de bedrijfscontinuïteit en staan ook voor maatschappelijke opgaven. Verantwoordingsvragers hebben niet altijd oog voor de complexe afwegingen die op al die fronten gemaakt moeten worden.

IV. Het huidige proces van verantwoorden is onbevredigend

Een laatste kernprobleem dat we willen benoemen betreft de onpraktische kanten van het huidige verantwoordingsproces die leiden tot onnodige tijdverspilling. Dat probleem kent verschillende facetten. Zoals het proces nu is ingericht, laat het allereerst kansen liggen die digitalisering en standaardisering biedt. Veel informatie is al publiekelijk beschikbaar. Zo zijn er talloze jaarverslagen en andere informatiebronnen op internet beschikbaar.

Externe verantwoordingsvragers maken nog te vaak geen gebruik van deze beschikbare informatie. Dit vergroot de werklast bij degene die zich moet verantwoorden.¹¹⁸

Daarbij heeft de verantwoordingsvrager vaak de wet achter zich, waarin bijvoorbeeld is aangegeven dat een zorgaanbieder bepaalde informatie moet aanleveren. (Verplicht) hergebruik van al publiek beschikbare gegevens en/of in het primaire proces en voor de bedrijfsvoering vastgelegde gegevens door de informatievrager is in geen enkele wet verankerd.

Daarnaast zijn er beperkingen bij het geautomatiseerd uitvragen. ICT en standaardisatie vertonen in de zorg nog veel mankementen.¹¹⁹ De RVS heeft hier meermaals over geadviseerd.¹²⁰ Een bijkomend probleem hierbij is dat veel gegevens, bijvoorbeeld in elektronische patiëntendossiers, als vrije tekst zijn vastgelegd. Daarbij kan overigens kunstmatige intelligentie vrije tekst wel steeds beter automatisch interpreteren en analyseren.

Ten tweede constateren we dat er geen gezamenlijke verantwoordelijkheid is om te komen tot een veel slimmere verantwoording. Binnen het primaire proces leggen zorgorganisaties veel gegevens vast om de zorgverlening en bedrijfsvoering te kunnen uitvoeren: zorginhoudelijke gegevens die ze in elektronische patiënten/cliëntendossiers registreren, de financiële en personele administratie, enzovoorts. Externe verantwoordingsvragers sluiten hier momenteel nauwelijks bij aan. Ze leggen hun informatiebehoefte bij zorgorganisaties neer. Van gezamenlijke coördinatie van inkoop- en verantwoordingseisen van bijvoorbeeld zorgverzekeraars is te weinig sprake. Mede daardoor kampen zorgorganisaties met vermijdbare administratieve lasten. Er kan overlap zijn tussen de verschillende partijen die dezelfde informatie uitvragen, maar het kan ook gebeuren dat eisen en informatieverzoeken juist van elkaar verschillen. Er zijn nog onvoldoende uniforme inkoop- en verantwoordingseisen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders pakken deze uniformering momenteel op.¹²¹ Ten derde lijkt het niet efficiënt om alle zorgorganisaties onder hetzelfde toezicht-regime te laten vallen. Bij dit traditionele toezicht houden verantwoordingsvragers weinig rekening met de kans dat de actoren de regels niet naleven of ondermaats presteren. Ze prioriteren niet. Het kan ook anders. In 2005 introduceerde de IGJ risicogestuurd toezicht onder de naam *selectief toezicht*.¹²² De minister van VWS schreef de Kamer dat de overheid niet alle risico's kan beheersen, dat regels en toezicht incidenten niet kunnen voorkomen en dat het dus nodig is toezichtkeuzes te maken.¹²³ De IGJ heeft daarop risicogestuurd toezicht ingevoerd.^{124,125}

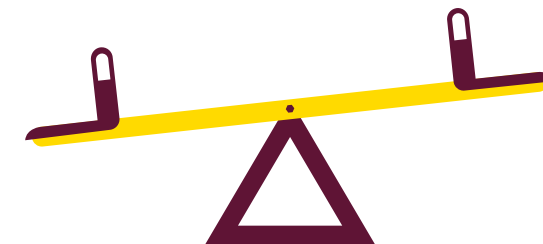
In brede zin is in het toezicht op de naleving van wetten in de zorg momenteel echter nog te weinig ruimte voor maatwerk: bewust ergens (regelmatig) naartoe gaan, of juist niet (omdat er vertrouwen is dat het goed genoeg is of omdat nader onderzoek niets bijdraagt). Maatregelen in het kader van het traditionele toezicht zijn veelal gericht op beëindigen van een overtreding of straffen als iets fout gegaan is. Het

organisatieleren is hierbij slechts oppervlakkig en *single loop*.¹²⁶ Dat is dan ook het laatste facet van het onbevredigende karakter van verantwoorden dat de Raad constateert.

Verantwoorden gaat om anderen actief inzicht bieden in het eigen doen en laten, openstaan voor feedback, en iets doen met de verkregen inzichten, stelden we eerder. Ook hebben we (in 3.1.II) geconstateerd dat er veel informatie wordt opgehaald waar weinig of niets mee wordt gedaan. Hier willen we de verspilling van kostbare tijd en energie daarvan benadrukken. Verantwoorden zou in belangrijke mate om leren en reflecteren moeten gaan, waarbij verschillende belanghebbenden met elkaar in dialoog treden om perspectieven dichterbij elkaar te brengen. Ze hebben daarbij allereerst aandacht voor het proces (leerervaringen) en niet voor de uitkomst. Deze werkwijze komt nog onvoldoende uit de verf, omdat een veilige leeromgeving ontbreekt vanwege de nadruk op fouten en maatregelen daartegen. Onderdeel van een actieve leercultuur is bewust (slimme) keuzes maken om fors in te zetten op het een, en daarmee het ander los te laten. Nu verzamelen alle partijen veel data, maar het leereffect van verantwoorden wordt momenteel nog onvoldoende benut. De registraties in de zorg worden beperkt gebruikt, ook niet voor leren en verbeteren. Data zonder dialoog missen duiding en helpen dan onvoldoende bij het leren en verbeteren.¹²⁷ Dit fenomeen beïnvloedt het werkplezier en de motivatie om te registreren op een negatieve manier

3.2 Koorddans en dilemma's

Achter de benoemde kernproblemen, die ook onderling samenhangen, schuilen verschillende dilemma's. Dilemma's brengen mensen in tweestrijd, want de keuze tussen meerdere opties is niet alleen op logische gronden te maken. Kiezen voor meer vertrouwen kan meer fraude met zich meebrengen en zelfs naar naïviteit neigen. Streven naar meer grip op veiligheid (via nog meer protocollen, richtlijnen en registraties) staat op gespannen voet met de (vaak verborgen) kosten van dat streven (bijvoorbeeld minder leefplezier of minder aandacht voor de patiënt). Kiezen voor wederkerigheid en gelijkwaardigheid in een verantwoordingsrelatie staat op gespannen voet met het gegeven dat er altijd een partij is met de bevoegdheid (macht) om een finaal oordeel te vellen over de prestaties van de ander. Ervoor kiezen om in het verantwoordingsproces het initiatief bij zorgverleners te leggen, botst met belangen van anderen dan professionals en met het algemene belang. Wat het beste is voor de individuele patiënt is niet per se het beste voor de maatschappelijke opgave. We stuiten daarbij telkens op de vraag en afweging hoever we kunnen, durven en willen bewegen.



Voor zulke dilemma's zijn nooit kant-en-klare oplossingen beschikbaar. Het zal altijd nodig zijn om vast te stellen dát het dilemma's betreft en dat het mogelijk is om daarin keuzes te maken: om te bewegen op de horizontale staaf, arm of hefboom die zich in het midden van de weegschaal bevindt, mede op basis van lessen uit een continu leerproces. Die beweging is van alle tijden. Op de balans is geen 'vast' of 'goed' punt om op te staan. Belangrijk is wel om niet door te slaan. De Raad constateert dat in de veel voorkomende zorgdilemma's de balans de neiging heeft te zeer door te slaan. Dan is het belangrijk om de beweging meer de andere kant op te sturen, zonder dat deze helemaal naar de andere kant uitslaat.

3.3 Tussenconclusie

Verantwoorden is momenteel een ingewikkeld, sterk gelaagd, gedetailleerd, lineair en hiërarchisch proces dat gebaseerd is op het principaal-agent-model, waarin wantrouwen en controle de boventoon voeren. Informatiebehoeften en verantwoordingseisen sijpelen van boven naar beneden, telkens naar een 'lager' niveau, en vermeerderen zich op hun weg. Uiteindelijk belandt dit bij zorgverleners. Partijen voelen zich niet bij machte om onderling af te stemmen en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid te tonen om zorgverleners te verlichten, en ze kijken naar de ander om hun eigen gedrag te verklaren. Afwijken van de eisen vraagt, naast kennis van ingewikkelde rollen en bevoegdheden ook lef en betekent soms het riskeren van bestuurlijke boetes. De kernproblemen van verantwoorden vergen voortdurend een balanceeract van alle betrokkenen. Het is altijd wikken en wegen. Daar moeten gesprekken over plaatsvinden en keuzes in gemaakt worden. Dat is niet iets wat alleen zorgorganisaties en hun medewerkers moeten doen, dat is óók een verantwoordelijkheid van systeempartijen en van de samenleving. Het vergt dus een gezamenlijke inspanning. Hierna zetten we nog eens puntsgewijs de hiervoor beschreven bevorderende en belemmerende mechanismen op een rij om te komen tot een systeem dat is gebaseerd op vertrouwen. Deze punten zijn essentieel om mee te nemen in de afwegingen waarvoor betrokkenen staan.

Bevorderend:

- Actief werken aan vertrouwen, elkaar in netwerk(samenwerking) scherp houden, met respect voor elkaars unieke expertise.
- Durven loslaten; voortdurend regels, normen en routines met elkaar bevragen.
- Een bepaalde mate van onzekerheid of foutmarge aanvaarden.
- Kosten van de verantwoordingscarroussel inschatten (zonder extra registraties).
- Consistent werken vanuit gedeelde waarden en die doorvertalen naar gewenst gedrag.
- Maatschappelijk rendement beoordelen (i.p.v. focus op productregistraties).
- Verbinding leggen tussen verantwoording en relevante maatschappelijke issues.
- Werken met een beperkte kernset van normen / indicatoren.
- Het (wederkerige) gesprek over de duiding van data (kwalitatieve en kwantitatieve) voeren.

- Aanspreekcultuur en leervermogen bevorderen.
- Steeds de bedoeling terughalen met elkaar, in wederkerigheid.
- Samenhang aanbrengen tussen onderdelen van verantwoording.
- Regie voeren en prioritering aanbrengen vanuit de rijksoverheid, in dialoog met en met respect voor betrokkenen.
- Afstemmen met stakeholders over behoeften in het verantwoordingsproces.
- Creëren van een gevoel van gemeenschap op lokaal niveau.
- Stewardship-benadering: relaties onderhouden in het verantwoordingsproces.
- Gezamenlijk afwegingen maken.
- Leiderschap, betrokkenheid en doorzettingsvermogen tonen.
- Interne sturing op orde hebben.
- Transparant zijn over de verbetercyclus: wat gebeurt er met uitgevraagde informatie.
- Hergebruiken van wat er al is (voor het primaire proces, bedrijfsvoering of op internet).
- Optimaal benutten van digitale mogelijkheden.
- Standaardiseren van de IT.
- Risicogestuurd / selectief toezicht houden.

Belemmerend:

- Lineariteit in het verantwoordingsproces en ontkenning van samenhang en complexiteit.
- De huidige wet- en regelgeving, waaronder de tweeslachtige houding van samenleving en parlement tegenover risico's en regels.
- Fragmentatie van zorg en bekostiging.
- Angst om op fouten afgerekend te worden.
- Veelheid aan registraties en regels (illusie van maakbaarheid, incidentenpolitiek).
- Grote nadruk op kwaliteitsmetingen en rechtmatigheidscontroles.
- Veelheid aan partijen met zeggenschap in het verantwoordingsproces, te weten: bewindslieden, parlementariërs, toezichthouders (IG), NZa, ACM, AP, Arbeidsinspectie, Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit, DNB, Algemene Rekenkamer, ZIN, zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten, beroeps-, branche- en patiëntenorganisaties, accountants, raden van toezicht, accreditatiebureaus, media en burgers/kiezers).
- Overheid (beleidsmakers) die verantwoordelijkheden elders belegt.
- Financiële prikkels die deelbelangen versterken.
- Gebrek aan onderling afstemming tussen alle partijen in het verantwoordingsproces.
- Principaal-agent-benadering.
- Gebrekkige ICT-systemen.
- Beperkte standaardisatie, mede als gevolg van decentralisatie.
- Het blijven hangen in pilots met moeilijk te bewegen systeempartijen.
- Alle zorgorganisaties over dezelfde toezichtkam scheren (zonder differentiatie).
- Weinig oog voor de uitvoering.

4 Vooruitblik: anders en minder

Uit onze vorige hoofdstukken is gebleken dat het alleen zal lukken om meer betekenisvol rekenschap af te leggen in de zorg en met minder ervaren registratiedruk, als we in actie komen en verantwoordten fundamenteel veranderen. In dit hoofdstuk beschrijven we een ideaal toekomstbeeld. Dat perspectief geeft de richting aan van de door ons beoogde noodzakelijke paradigmashift, waaraan we aanbevelingen op hoofdlijnen verbinden.

4.1 Toekomstperspectief: een paradigmashift in verantwoordten

In de toekomst zijn we verlost van de gordiaanse verantwoordingsknoop die ons al lange tijd beknelt. Dat is gelukt, omdat bewindspersonen van het ministerie van VWS aan de noodzaak van anders verantwoordten de hoogste prioriteit hebben gegeven en de regie van deze transitie op zich hebben genomen. Parlementariërs respecteren dat bewindspersonen incidenten en fraude niet altijd kunnen voorkomen en bieden tegenwicht aan irrealistische dan wel paradoxale wensen van hun achterban. Beoordelaars van kwaliteit van zorg (waaronder tuchtcolleges) houden meer rekening met de complexiteit en inherente onzekerheid van de zorgpraktijk.¹²⁸

Is dit wel verantwoord? Ja, deze manier van rekenschap afleggen maakt scherp onderscheid tussen wat zinvol en zinloos is en kenmerkt zich door een collectieve verantwoordelijkheid om te zorgen voor de meest kwetsbaren in de samenleving in tijden van toenemende schaarste.¹²⁹ Daarmee is het pas echt verantwoord. Zorgorganisaties hebben hun organisatieprocessen en sturing op waarden op orde. Hun medewerkers zijn doordrongen van de betekenis van die waarden voor hun dagelijkse werk. Daardoor zijn financiers en toezichthouders (of breder nog: alle systeempartijen, ook buiten de zorg¹³⁰) bereid met hen een wederkerige relatie aan te gaan. Ze stimuleren steward-achtig gedrag: gemotiveerd samenwerken aan een gemeenschappelijk belang, continu lerend van elkaars feedback. Dit is gericht op kijken naar wat goed gaat (positieve verandering), vragen stellen, bewust leren van en reflecteren op elkaar, en zo een organisatie en medewerkers verder helpen.¹³¹ Daarbij zijn persoonlijk contact, werkbezoeken en een open cultuur waarin iedereen elkaar respectvol kan aanspreken helpend.¹³²

Alle betrokken partijen kijken naar de proportionaliteit van hun eigen behoeften. Besluitvorming over de focus en begrenzing van verantwoordten vindt altijd samen met zorgverleners plaats. Het verantwoordten geeft zo op een goede wijze richting aan alle werkenden in de zorg en verheldert wat de bedoeling is.

Samen gebruiken verantwoordingsvragers en -verstrekken substantieel minder kwaliteitsindicatoren.¹³³ Daarnaast is er een sterke differentiatie toegepast in de materiële controles (*high trust, high penalty*) en zijn alle registraties, wetten en regels afgeschaft die niet bijdragen aan het waardegedreven werken van zorgorganisaties. Verantwoordingsvragers en -verstrekken kunnen hun aandacht daardoor verleggen

naar belangrijke maatschappelijke opgaven (variërend van gezondheidsverschillen tot duurzaamheid) en het creëren van maatschappelijk rendement. Hiervoor wordt niet alleen naar de individuele organisaties gekeken, maar vooral naar de bijdrage die ze in het netwerk leveren.

Zorgverleners en zorgorganisaties krijgen de autonomie om in afstemming met elkaar te bepalen hoe ze dat doen, maar de politiek stelt vast wat de opgaven zijn. Beroeps- en wetenschappelijke verenigingen hebben, net als patiëntenorganisaties, hun eigen rol – in de almaar toenemende registraties en bij de ontwikkeling van normen, richtlijnen en protocollen – tegen het licht gehouden en zo veel mogelijk beperkt. Ze zetten hun expertise in op leren en bijdragen aan maatschappelijke opgaven.

Dit alles heeft ertoe geleid dat iedereen op alle niveaus niet langer maximaal, maar optimaal verantwoordt¹³⁴ en dat de focus komt te liggen op wat volgens betrokkenen het belangrijkste is. Acceptatie van een bepaalde mate van onduidelijkheid (binnen een zekere marge) hoort daarbij, en tot op zekere hoogte ook de ongemakkelijke acceptatie van incidenten. Dit maakt de weg vrij voor integraal verantwoordten, waarbij organisaties laten zien welke waarde ze creëren en wat de samenhang tussen verschillende onderdelen in het verantwoordingsproces is.

De verantwoording is maximaal geautomatiseerd op basis van wat zorgverleners sowieso voor hun organisatieprocessen digitaal moeten vastleggen. Hergebruik van deze eenmalig verzamelde gegevens is voor alle partijen verplicht (externe partijen, maar ook leidinggevendenden binnen de organisatie). Anders gezegd: elke vraag over verantwoording mag slechts één keer worden gesteld. Het is voor iedereen (van zorgverzekeraars en NZa tot het ZIN, patiëntenorganisaties, leidinggevendenden en raden van toezicht) verboden om andere gegevens, of dezelfde gegevens in een ander jasje, op te vragen.

Netwerkpartners maken afspraken met elkaar over wat er minimaal nodig is om fraude op te sporen. Ze geven elkaar ook signalen bij een niet-pluisgevoel om malversaties, ontoereikende kwaliteit of andere onwenselijke ontwikkelingen te voorkomen. Op deze suspecte deelnemers richten toezichthouders al hun selectieve toezicht. Betrouwbare zorgorganisaties laten ze met rust.

Alle belanghebbenden in netwerken zien de dialoog als basis voor transparantie en verantwoording over hun bijdragen aan de maatschappelijke opgaven.¹³⁵ De dialoog draait om contextgebonden vragen als: wat heeft onze populatie nodig van zorgverleners en alle andere belanghebbenden om op die cruciale terreinen voortgang te merken? En: welke verschillende perspectieven bestaan er op onze – naar de regio vertaalde – opgaven?

Met een juiste mix van narratieve en normatieve informatie duiden de stakeholders in dialoog de voortgang die ze boeken met de maatschappelijke opgaven; aan de hand van illustratieve dilemma's waarvoor ze staan en waarin ze beargumenteerde afwegingen maken. Financiers van zorg faciliteren de dialoog en stemmen daarop hun zorginkoop af.

Bijdragen aan relevante maatschappelijke vraagstukken verschaft zorgverleners werkplezier. Daarom willen ze in de zorg (blijven) werken. De overheid en de samenleving vertrouwen er binnen de gestelde kaders op dat zorgverleners in staat zijn af te wegen wat goed is om te doen. Als ze fouten maken, betekent dat niet meteen

het einde, als ze er maar van leren en als eventuele gedupeerden maar wel worden erkend.

4.2 Aanbevelingen op hoofdlijnen

Nu rest de vraag wat er nodig is om bij het hiervoor geschetste toekomstbeeld te komen. Wie moet wat in welke volgorde doen om de verworvenheden van ons huidige verantwoordingsproces te behouden en tegelijkertijd de alom gevoelde onvrede en onmacht te kantelen? Die transitie is alleen mogelijk als de samenleving in staat is de eigen verwachtingen bij te stellen, als er een rem komt op het incidentgedreven politiek bedrijven en als we elkaar leren vertrouwen. De transitie naar verantwoording over maatschappelijke opgaven vraagt om rolveranderingen van het ministerie van VWS, zelfstandige bestuursorganen, financiers, belangenorganisaties (incl. patiëntenorganisaties) en zorgverleners en -aanbieders.

Een andere taakinvulling van de verschillende partijen zal ertoe leiden dat alle betrokkenen meer op hun handen moeten blijven zitten waar het gaat om informatie uitvragen, regelreflexen en (ook door zorgverleners aan zichzelf opgelegde) normeringen. Dit verlegt het initiatief om te verantwoorden iets meer naar zorgverleners en hun organisaties. Dat is een accentverschuiving – maar geen onbelangrijke – naar meer wederkerigheid. Maar dit betekent niet dat zorgverleners zelf en alleen bepalen wat zij verantwoorden. Een betere balans in de verhouding tussen verantwoordingsvragers en -verstrekkers zal zorgverleners uiteindelijk wel meer professionele autonomie en regie verschaffen om binnen de gestelde kaders te doen wat volgens hen het goede is. Zij krijgen ruimte om zelf na te denken en keuzes te maken. Minder wetgeving en wetwijzigingen zijn hierbij cruciaal.¹³⁶

Daarbij sluiten we aan op het RVS-advies *Met de stroom mee* (2023). Daarin beschrijven we enerzijds de nodige transitie van concurrentie en fragmentatie naar samenwerking en vereenvoudiging. Die moet tot andere samenwerkingsverbanden leiden, met een geïntegreerde inkoop van zorg en ondersteuning vanuit verschillende wettelijke domeinen. Anderzijds bepleit de RVS daarin meer ruimte en vertrouwen voor de zorgpraktijk (d.w.z. een open, adaptief en lerend stelsel) via vrijere financieringsruimte. Voor dergelijke stelselaanpassingen verwijzen we naar dat advies. De verantwoordelijkheid voor de kanteling die de RVS in voorliggend advies voorstaat, berust dus niet alleen bij zorgverleners en zorgbestuurders. Het is minstens zozeer een verantwoordelijkheid van systeempartijen om een omgeving te creëren die steward-achtig gedrag stimuleert. Daarmee is het een opdracht van alle partijen in het zorgsysteem. Daarbij zal verantwoording ook de prioriteit moeten krijgen die het verdient. Niet alleen op papier, maar ook in de praktijk. Anders kantelt er niets. Hieruit vloeien 4 aanbevelingen op hoofdlijnen voort.

I. Erken complexiteit

Complexiteit laat zich niet door individuele partijen vanuit silo's lineair sturen. Die benadering is momenteel nog wel 'ingebakken' in nagenoeg alle beleids-, verantwoordings- en beheersprocessen binnen de verschillende compartimenten in de zorg. Actoren zullen dit moeten 'ontleren' en complexiteit en onzekerheid als een gegeven moeten zien en vanuit gemeenschappelijke (streef)waarden moeten gaan werken in het ongemakkelijke besef dat er geen *one-size-fits-all*-oplossingen zijn.

Verantwoorden is een relationele activiteit waarbij respect voor elkaars rol en expertise vooropstaat. Relaties onderhouden en in dialoog behoeften op elkaar afstemmen is niet eenvoudig. Zeker niet als dat gebeurt in netwerken met meerdere belanghebbenden.¹³⁷ Daarvoor is regelmatig menselijk contact nodig. Het betekent dat alle betrokkenen (schijn)zekerheden moeten opgeven en naast gebruikelijke werk- en organisatievormen andere vormen van werken moeten uitproberen.¹³⁸ Meer onderzoek naar organisatienetwerken is belangrijk, omdat het bestaande toezicht daarop nog niet ingericht is. Wie levert bijvoorbeeld de informatie vanuit het netwerk waarin partners samenwerken? En hoe is de omslag in het denken van toezichthouders – van risico's naar kansen – te bevorderen?¹³⁹

Complexiteit omarmen betekent ook rekening houden met de context in brede zin. Zo verschilt de context van de zorg in Limburg van die in een grote stad als Amsterdam. En in Drenthe is het weer anders. Ook de maatschappelijke opgaven verschillen. Zo is de arbeidskrachtenproblematiek in Zeeland anders dan in de Randstad of in Groningen of Friesland. In het advies *Met de stroom mee* betoogde de RVS al dat het huidige stelsel niet goed functioneert doordat wetten en regels te rigide zijn.¹⁴⁰ Dat uit zich bijvoorbeeld in de hiervoor beschreven benadering van rechtmatigheid. De Raad stelt daar niet alleen een forse vereenvoudiging, maar ook een meer adaptieve benadering tegenover.

Dat betekent verschillen aanvaarden in zorg en verantwoording en op uiteenlopende plekken lastige afwegingen (en keuzes) maken tussen bijvoorbeeld hogere kwaliteitseisen¹⁴¹ of betere toegankelijkheid van zorg. Meer verschillen toestaan kan op gespannen voet staan met de wens om organisaties te vergelijken (benchmarken). Of met bijvoorbeeld de zorgplicht zoals die in de Zorgverzekeringswet is vastgelegd. Maar juist om aan die plicht te kunnen voldoen, zullen actoren op verschillende niveaus moeten samenwerken om dit binnen de (regionale) context te realiseren. Afscheid nemen van de lineaire verantwoording biedt ruimte voor kwalitatieve/narratieve verantwoording, in welke vorm dan ook (denk bijvoorbeeld ook aan filmpjes) en reflectie daarover (zoals moreel beraad). In die reflectie worden moeilijke keuzes besproken en worden de argumenten voor het een of het ander voor iedereen zichtbaar. Burgers en media zullen zich ook moeten realiseren dat dit nodig is om meer vanuit vertrouwen met elkaar te kunnen omgaan.

II. Leg verantwoording af vanuit maatschappelijke opgaven

De zorg staat voor grote maatschappelijke opgaven, niet alleen voor de arbeidsproblematiek, maar ook bijvoorbeeld voor duurzaamheid, milieu, gezondheidsverschillen en beperkte financiële middelen. De RVS bepleit dat de zorgsector het oplossen van grote maatschappelijke opgaven veel nadrukkelijker betreft bij de verantwoording.¹⁴² Daarvoor zijn (landelijke) kaders nodig. In lijn met het stelseladvies van de RVS *Met de stroom mee* vindt de Raad dat de overheid actiever moet zijn in het stellen van deze kaders en het herwaarderen van verschillende publieke waarden. Essentieel bij kaders is dat partijen – zorgaanbieders, financiers van zorg en toezichthouders, enzovoorts – de ruimte krijgen om samen bewuste afwegingen te maken binnen de lokale of regionale context.¹⁴³

Aanzienlijk meer gewicht geven aan maatschappelijke opgaven en daarover ook verantwoording afleggen kan alleen als we kritisch durven kijken naar de verantwoording van kwaliteit en rechtmatigheid, en bereid zijn daarin een aanzienlijke

stap terug te zetten. Uiteraard zonder de kerntaak van zorgorganisaties – namelijk zorg verlenen – aan te tasten.

Het is aan de politiek om keuzes te maken over de landelijke kaders; de invulling is vervolgens aan de verschillende partijen. Om meer aandacht op maatschappelijke opgaven te kunnen richten, zal er aanpassing van wet- en regelgeving nodig zijn. Systeempartijen zullen anders niet in staat zijn de huidige eisen voor verantwoording los te laten.

Opgaven overstijgen belangen, taken en verantwoordelijkheden van afzonderlijke organisaties. Uiteenlopende spelers met verschillende achtergronden en opdrachten zullen een aandeel moeten leveren en opgavegericht moeten samenwerken in netwerken, waarbij de inhoudelijke opgaven het vertrekpunt zijn voor ieders handelen. Zorgverleners kunnen dus zelf ook hun kans grijpen om meer collectieve verantwoordelijkheid te stimuleren en daaraan zo veel mogelijk bij te dragen.¹⁴⁴ Deze verschuiving in het verantwoordingsproces naar grote maatschappelijke opgaven biedt nieuwe perspectieven, maar draagt niet de belofte in zich dat we daarmee de volledige complexiteit kunnen vatten (zie hiervoor).

III. Alle partijen moeten verantwoordelijkheid nemen

Om stappen te zetten in de richting van het geschetste toekomstbeeld is het nodig dat alle partijen verantwoordelijkheid nemen. Een fundamentele omslag is niet mogelijk als de samenleving alleen naar de zorgaanbieders of zorgprofessionals kijkt. Systeempartijen mogen zich niet verschuilen achter hun ‘bovenliggende’ opdrachtgever of de wet. Alle partijen moeten zich afvragen wat hun bijdrage is aan het grotere belang: hulp bieden aan de oplossing van de grote maatschappelijke opgaven. Hiervoor zijn veranderingen van rolopvattingen en van wettelijke taken en opdrachten nodig.

Meer aandacht voor maatschappelijke opgaven vraagt om bewuste keuzes van de regering en het parlement over wat we daadwerkelijk van belang vinden en over wat prioriteit moet krijgen en wat dientengevolge minder. Achter veel vraagstukken in de zorg gaan afwegingen schuil (is keuzevrijheid bijvoorbeeld belangrijker dan toegankelijkheid of andersom?) waarin de rijksoverheid stelling moet nemen en niet kan volstaan met het delegeren aan derden.¹⁴⁵ Die keuzes zullen richtinggevend zijn voor partijen in de zorg: van de toezichthouders NZa en IGJ en zbo's zoals het ZIN tot financiers van zorg. En ook voor belangenorganisaties voor patiënten en professionals, zorgorganisaties, bestuurders, raden van toezicht en accountants, en tot slot ook voor burgers.

IV. Richt verantwoord en handiger in

De Raad ziet daarnaast veel mogelijkheden om het verantwoordingsproces slimmer en handiger in te richten. Hier wordt ook al aan gewerkt. De basis is om uit te gaan van gegevens uit het primaire proces en de bedrijfsvoering, standaardisatie van deze gegevens, automatische aanlevering en analyse. Hiermee kan toezicht veel meer risicogestuurd worden ingericht. Het uitgangspunt hierbij is dat data slechts één keer verzameld worden en meermaals gebruikt kunnen worden.

Om met het uitgangspunt te beginnen, is de Raad van mening dat het hergebruik van eenmalig verzamelde gegevens voor alle partijen verplicht moet worden gesteld. Het eenmaal vastleggen en vaker gebruiken van informatie lijkt zo logisch, maar gebeurt

doorgaans niet.¹⁴⁶ Door externe partijen (d.w.z. alle verantwoordingsvragers buiten de zorgorganisaties), maar ook door leidinggevendenden binnen de organisatie hiertoe te verplichten, zal de beweging naar een goed hanteerbare verantwoording sneller gaan.

De (zorg)organisatie heeft de verantwoordelijkheid om de uitsluitend voor de zorgverlening en bedrijfsvoering noodzakelijke gegevens zo veel mogelijk eenduidig vast te leggen. Verstrekking van andere (dan voor het primaire proces en de bedrijfsvoering vastgelegde) gegevens, bijvoorbeeld uitvragen door zorgverzekeraars, vallen niet onder de verantwoordelijkheid van zorgorganisaties.

Het is de verantwoordelijkheid van de externe partijen om te bezien hoe ze hun taken met de primaire gegevens kunnen uitvoeren. Dit is dus een omkering van de huidige situatie. De verantwoordingsopdracht hoort te liggen bij de afleggers en niet bij vragers. Deze insteek moet de basisregel worden, niet alleen voor kwaliteitsbewaking, maar voor alle routinematige informatievragen van externen. Verantwoordingsvragers baseren zich ten behoeve van de risico-inschatting dus op de gegevens die zorgorganisaties in het primaire proces en de bedrijfsvoering toch al vastleggen.

Deze gegevens zullen gestandaardiseerd vastgelegd moeten worden. Eenduidige vastlegging van gegevens is noodzakelijk voor het gebruik ervan voor wetenschappelijk onderzoek, kwaliteitsbewaking en het signaleren van (al dan niet financiële) risico's. Hier wordt al veel in ontwikkeld en onderzoek naar gedaan, bijvoorbeeld in de vorm van zorginformatiebouwstenen.¹⁴⁷ De data kunnen geautomatiseerd aangeleverd en geanalyseerd worden, uiteraard op basis van vooraf gemaakte afspraken en met inachtneming van de privacy. Dit gebeurt al deels, maar voor een groot deel van de data wordt dit nog steeds handmatig gedaan. Dit automatiseren en standaardiseren beperkt de lastendruk voor de zorgaanbieder verder.

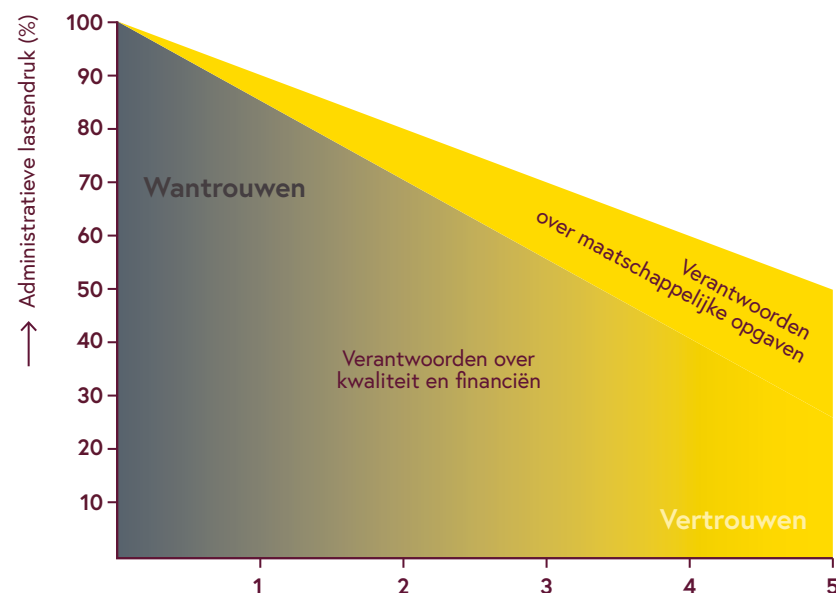
Dit leidt ertoe dat toezicht veel gedifferentieerder kan plaatsvinden. Alleen zorgaanbieders die een ‘rode vlag’ krijgen, zullen zich nader moeten verantwoorden vanuit het principe *high trust, high penalty*.

Naast de IGJ zouden ook andere toezichthouders, waaronder de NZa, dit gedifferentieerde dan wel risicogestuurde toezicht nadrukkelijker moeten toepassen in plaats van iedereen aan hetzelfde regime te onderwerpen.¹⁴⁸ Dat betekent dat als de kans op (of impact van) een onwenselijke situatie klein is, de afspraak geldt dat toezichthouders er niets mee doen. Als de kans (of impact) groter is, is het toegestaan ernaar te kijken. Bij een adequate risicobeheersing wendt de toezichthouder zich echter weer tot de volgende meer risicovolle organisatie. Hierbij vindt de Raad het belangrijk om te benadrukken dat er ruimte moet zijn voor dialoog daar waar risico's worden signaleerd. De interpretatie van de gegevens moet mensenwerk zijn en blijven. Dit veel handiger inrichten van verantwoorden begint met inachtneming van de vorige aanbevelingen: erken de complexiteit, focus op maatschappelijke opgaven, en laat alle partijen verantwoordelijkheid nemen. Met dat in het achterhoofd zullen betrokkenen eerst met de stofkam door alle data heen moeten gaan en deze aanzienlijk moeten beperken. Dat wil zeggen dat betrokkenen regelmatig nut en noodzaak van bestaande registraties en verantwoordingssystemen zullen moeten evalueren.

5 Routekaart

Voor de transitie naar integrale verantwoording gebaseerd op maatschappelijke opgaven is ruimte nodig binnen de nu al overbelaste zorg. Betrokken partijen kunnen deze ruimte alleen vrijmaken door bestaande verantwoordingssystemen af te bouwen. Vervolgens kunnen ze van daaruit de transitie daadwerkelijk in gang zetten naar de nieuwe verantwoordingspraktijk gebaseerd op vertrouwen en meer autonomie. Daarbij is het gemeenschappelijke vooruitzicht een merkbare vermindering van de verantwoordingslasten en een verhoging van de verantwoordingsopbrengsten. De route leidt dus naar *minder* en *andere* verantwoording; die twee ontwikkelingen gaan hand in hand en versterken elkaar, maar zijn niet hetzelfde. Minder omdat we zorgverleners willen ontlasten en hen, gezien de schaarste, zo veel mogelijk tijd willen laten besteden aan het verlenen van goede zorg en ondersteuning. En anders, omdat verantwoorden moet gaan over dat wat ertoe doet: de maatschappelijke opgaven waar we voor staan. Kwaliteit en financiën zijn daar zeker onderdeel van, naast andere maatschappelijke waarden, zoals duurzaamheid en het terugdringen van gezondheidsverschillen.

In dit laatste hoofdstuk beleggen we de belangrijkste taken, verantwoordelijkheden en te ondernemen stappen bij de partijen die daar volgens de Raad het meest voor zijn aangewezen. Door op deze manier in samenhang te bewegen, kan de ontwikkeling naar verantwoorde, op vertrouwen en maatschappelijke opgaven gebaseerde verantwoording daadwerkelijk worden gerealiseerd.



Figuur 2: Vermindering van administratieve-lastendruk met 50% in 5 jaar plus verandering van de aard van de verantwoording

Om de abstracte beweging naar verantwoorden gebaseerd op vertrouwen en gericht op maatschappelijke opgaven concreet te maken, stelt de Raad voor om de administratieve-lastendruk in de zorg binnen 5 jaar te halveren.¹⁴⁹ In die periode is het ook nodig om ruimte te maken voor de integratie van maatschappelijke opgaven in de verantwoording over kwaliteit. Dit betekent dat de 'klassieke' verantwoording over kwaliteit en financiën sterker moet dalen, met circa 75% in 5 jaar (zie figuur 2). Hiervoor komt dan een op vertrouwen en maatschappelijke opgaven gebaseerd verantwoorden in de plaats. Zo reduceren we per saldo de verantwoording met 50% in 5 jaar én veranderen we de aard van de verantwoording ingrijpend. Volgens de Raad is dit met de aanbevelingen in dit advies haalbaar. Dat biedt vervolgens een basis voor een verdere ontwikkeling in de periode daarna, waarin we met de lessen uit deze eerste periode het op vertrouwen en maatschappelijke opgaven gebaseerd verantwoorden verder kunnen ontwikkelen.

De hiernavolgende routekaart beschrijft wat van wie concreet nodig is om deze transitie te bewerkstelligen.

5.1 De rol van het ministerie van VWS

Bij de opbouw van een systeem voor integrale verantwoording vanuit de maatschappelijke opgaven is voor het ministerie van VWS een regierol weggelegd. De transitie begint bij het departement en moet daadwerkelijk ondersteund worden door de bewindspersonen. Het ministerie van VWS kan een start maken met zowel de afbouw van het bestaande verantwoordingssysteem als de opbouw van het nieuwe verantwoorden vanuit maatschappelijke opgaven. De beweging moet in belangrijke mate komen vanuit het veld zelf, maar de bewindspersonen van VWS moeten daarvoor de start bieden, condities scheppen, vooropgaan, enkele dwingende maatregelen nemen én het proces gaandeweg op koers houden voor de gestelde doelen van 50% vermindering van de administratieve-lastendruk én fundamentele verandering van aard van de verantwoording.

De RVS pleit ervoor dat iemand vanuit het ministerie van VWS, met zowel legitimiteit van beleid en bestuur als autoriteit in het veld, de belangrijke opdracht krijgt om de hiernavolgende voorstellen te realiseren. Deze persoon moet over leiderschap en doorzettingsmacht beschikken om met mensen en organisaties uit beleid en de praktijk te zorgen voor onder meer spoedige standaardisatie, een verplicht hergebruik van verantwoordingsinformatie en gedifferentieerd toezicht. Daarnaast is doorzettingsmacht binnen het ministerie ten opzichte van andere directies en directeuren-generaal een belangrijke voorwaarde. We laten hierbij bewust open of deze persoon een bewindspersoon of een topambtenaar is (al dan niet met een speciale benoeming). Relevant zijn hier de genoemde capaciteiten en die kunnen in beide vormen aanwezig zijn. Deze persoon begint met het samenstellen van een breed team vanuit alle relevante geledingen, van zowel binnen als buiten het ministerie van VWS (verder in dit advies 'het transitieteam' genoemd). We kiezen echter wel nadrukkelijk voor een verantwoordelijkheid die binnen het ministerie is belegd en geen 'buitenboordconstructie'. Dit transitieteam moet meer slagkracht en bevoegdheid krijgen dan het huidige team [Ont]Regel de Zorg (ORDZ). Vervolgens

heeft dit team, onder leiding van de genoemde persoon, de verantwoordelijkheid én de bevoegdheid om samen met invloedrijke partijen binnen en buiten het departement en binnen en buiten de zorg (denk aan de ministeries van Financiën¹⁵⁰ en van Economische Zaken en Klimaat¹⁵¹, ACM, Autoriteit Financiële Markten (AFM), AP en DNB) de administratieve lasten binnen de hiervoor gestelde tijd te halveren en de maatschappelijke opgaven een prominente rol in het verantwoordingsproces te geven. Verder stelt de Raad voor dat er gewerkt wordt op basis van consent in plaats van consensus, omdat consensus veelal leidt tot maatregelen die alle belangen min of meer dienen, maar uiteindelijk onvoldoende het verschil maken.¹⁵²

Het huidige IZA kan fungeren als kader waarbinnen het ontregelen plaatsvindt. Het IZA biedt daarvoor de ruimte. Daarnaast stellen we voor dat partijen bij herijking of hernieuwing van afspraken in het IZA – bijvoorbeeld op basis van voortschrijdend inzicht of in een volgende ronde – nadrukkelijk naar ‘verantwoord verantwoord’ streven. Ook hier geldt een regierol van het ministerie van VWS.

5.2 Alle actoren hebben wat te doen

In dit advies hebben we uiteengezet dat het belangrijk is de complexiteit van de zorg te erkennen, te focussen op de grote maatschappelijke opgaven van de samenleving, het verantwoordingsproces handiger in te richten en gezamenlijk verantwoordelijkheid te tonen. Hierna beschrijven we voor de belangrijkste actoren een aantal ingrediënten van de beoogde transitie. Ingrediënten die in elk geval nodig zijn voor de afbouw van het bestaande verantwoordingssysteem en voor de opbouw van verantwoord over maatschappelijke opgaven.

Ministerie van VWS

Afbouw van bestaand verantwoordingssysteem

Neem verantwoordelijkheid: ontregel de regels rondom de zorg

Anders verantwoord ligt niet alleen bij de zorgaanbieders, maar evenzeer in alle lagen om hen heen. Hiervoor is het nodig om al die lagen van verantwoording in ogenschouw te nemen en daarin (wettelijk) te gaan vereenvoudigen.¹⁵³ Het is dus niet alleen: ‘ontregel de zorg(aanbieders)’, maar: ‘ontregel de regels rondom de zorg’. Door het verantwoordingproces in zijn geheel te bekijken, kunnen bepaalde controles worden afgeschaft, versimpeld of samengevoegd, waarbij er meer op elkaars controles kan worden gesteund.¹⁵⁴ Hierbij zal het ministerie van VWS in overleg moeten treden met toezichthouders buiten de zorgsector, zoals DNB en de AP. Ook hier geldt dat het ministerie van VWS het niet alleen kan of hoeft te doen, juist niet, maar dat wel de verantwoordelijkheid om de start te maken in het proces van ontregeling bij de bewindspersonen van dat ministerie ligt. Het is vervolgens de verantwoordelijkheid van de anderen om hierin mee te denken en (vooral) te doen.

Een voorbeeld van het ontregelen van de regels rondom de zorg is het aanpassen van de Regeling langdurige zorg. Hierin is materiële controle vastgelegd. Het doel hiervan is het verwerven van voldoende zekerheid dat er sprake is van rechtmatigheid en doelmatigheid van de gedeclareerde zorg. Wanneer voldoende zekerheid op een andere manier te verkrijgen is (bijvoorbeeld door accountants), zijn materiële

controles in de toekomst (mogelijk) overbodig. Nadat een cliënt zich in een bepaald jaar heeft ingeschreven bij een zorgorganisatie met indicatie x waarbij een zorgzwaartepakket y hoort, zouden er daarna geen controles meer nodig hoeven zijn. Het zorgzwaartepakket kan veranderen, maar dat hoeft niet tot nieuwe controles te leiden. De Regeling langdurige zorg die materiële controles regelt, zal dan aanpassing behoeven.¹⁵⁵

Ook ligt voor de hand om (meer) adviezen van het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) op te volgen, ook al doet het ministerie van VWS dit al vaker dan andere departementen.¹⁵⁶ Dit college wees bijvoorbeeld al regelmatig op de stapeling van regelgeving en onnodige dubbelingen en benoemt deze ook concreet. Het laatste advies betrof bijvoorbeeld de wet integere bedrijfsvoering niet in te voeren wegens tekortkoming in onderbouwing van nut en noodzaak.¹⁵⁷ Zo ligt er al direct een eerste agenda met aan te pakken delen om mee aan de slag te gaan.

Dwing waar nodig standaardisatie en/of hergebruik van gegevens af

Zoals in het vorige hoofdstuk is aangegeven, zijn veel gegevens die in het primaire proces worden vastgelegd niet goed gestandaardiseerd en daardoor niet goed geautomatiseerd uitwisselbaar. Leveranciers van ICT-systemen werken niet altijd goed mee. Dit is al jaren een probleem.¹⁵⁸ Dit is een onbedoelde en onnodige bron van veel extra verantwoordingslast, zonder enige inhoudelijke grondslag. Waar nodig zal de overheid standaardisatie moeten afdwingen. In het advies *Met de stroom mee* roept de RVS de rijksoverheid ook op meer eigenaarschap op dit punt naar zich toe te trekken in plaats van te faciliteren.

Externe partijen vragen bovendien te makkelijk aan zorgorganisaties om (al dan niet handmatig) informatie aan te leveren. Ze kunnen daarmee de werklust op die manier bij de gegevensverstrekker leggen, terwijl ze de informatie ook zelf kunnen halen uit de in het primaire proces vastgelegde gegevens. In dergelijke situaties moet de overheid het hergebruik van in het primaire proces vastgelegde gegevens afdwingen.

Verminder het aantal kwaliteitsregistraties en het aantal indicatoren per registratie
Hoewel er in het veld veel goede intenties zijn, zijn er nog steeds te veel en te uitgebreide kwaliteitsregistraties, zowel binnen organisaties als extern, die niet altijd intensief gebruikt worden. Volgens de RVS is een reductie van kwaliteitsregistraties essentieel, te beginnen bij meer terughoudendheid van beroeps- en patiëntenorganisaties en wetenschappelijke verenigingen. Het is nodig om met de stofkam door de verschillende kwaliteitsregistraties te gaan en minder data op individueel niveau en meer data op geaggregeerd niveau te gebruiken. Als een indicator niet daadwerkelijk bijdraagt aan het doel, schrap deze dan. Wees kritisch op (financiële en eigen) belangen die niet of weinig bijdragen aan de maatschappelijke opgaven. Te denken valt aan financiering van richtlijnontwikkeling en van commerciële partijen, waaronder (bij)scholingsinstituten. De Raad voorziet twee mogelijkheden voor het oppakken van deze aanbeveling. Hier ligt ófwel een regierol voor het transitieteam binnen het ministerie van VWS, ofwel een instituut zoals het ZIN kan hiervoor worden aangewezen. Het is dan echter wel van belang dat het ZIN hier dwingend over kan beschikken, ook over het terrein van andere partijen.¹⁵⁹

Criteria voor financiering richtlijnen

Wijzig de voorwaarden voor subsidie aan wetenschappelijke verenigingen en beroeps- en brancheorganisaties voor de ontwikkeling van richtlijnen. Deze voorwaarden moeten in verbinding staan met de kaders die het werken aan maatschappelijke opgaven versnellen. Het ministerie van VWS zorgt er met die gerichte subsidies voor dat de daar aanwezige kennis en expertise vooral bijdraagt aan leerprocessen en aan het verspreiden (opschalen) van goede initiatieven die de maatschappelijke opgaven helpen oplossen.

Opbouw van verantwoorden over maatschappelijke opgaven

Geef sturing aan verantwoorden over maatschappelijke opgaven

Vanuit zijn regierol kan het ministerie van VWS aansturen op de opbouw van een nieuwe verantwoordingspraktijk die uitgaat van maatschappelijke opgaven. Hiervoor hebben de bewindspersonen van VWS nodig dat regering en parlement zich uitspreken over de vraag wat de grote maatschappelijke opgaven zijn. Daar ligt de politieke definitiemacht over de maatschappelijke opgaven.

Regering en parlement

Afbouw van bestaand verantwoordingssysteem

Meer oog voor uitvoerbaarheid

Wees terughoudend met nieuwe wetgeving en heb meer oog voor uitvoerbaarheid.^{160,161,162} Maak eerder in het wetgevingsproces gebruik van de uitvoeringstoets. Geef zorgverleners op de werkvloer daarbij meer zeggenschap.¹⁶³ Neem ook burgers mee in de dilemma's in de zorg en de keuzes die daarin nodig zijn. Signalen van de Ombudsman of -vrouw helpen daarbij. Koppel aan alle nieuwe regelingen een houdbaarheidsdatum. Kijk bij nadering van die datum kritisch of de regeling nog verlenging verdient.¹⁶⁴

Voorkom incidentenpolitiek

Incidenten in de zorg kunnen aanleiding geven tot vragen van het parlement aan bewindspersonen. Deze vragen leiden nogal eens tot meer controle en verantwoording. Het is aan het parlement na te gaan of dergelijke maatregelen incidenten daadwerkelijk zullen voorkomen en of dat opweegt tegen de extra lasten die zorgverleners en zorgorganisaties er onvermijdelijk door krijgen.

Pas indien nodig bestaande wetgeving (snel) aan

Vanuit de dialoog tussen alle actoren in (regionale) samenwerkingsverbanden zullen knelpunten in bestaande wet- en regelgeving aan het licht komen. Dit kan op een breed terrein zijn, van de Zvw, Wlz en Wet BIG tot het arbeidsrecht. Het is aan de politiek om in overleg met de verschillende actoren deze belemmeringen weg te nemen door snelle aanpassing van de bestaande wet- en regelgeving. Denk hierbij aan wetgeving rond jaarrekeningen (conform de oproep van de Eerstelijnscoalitie)¹⁶⁵, controle op de Wet normering topinkomens, de Wet BIG, de Wtza en de Wkkgz. Zo zou bijvoorbeeld een bepaling in de wet opgenomen kunnen worden dat toezichthouders voor hun risicogestuurd toezicht maar eenmaal een gezamenlijke uitvraag mogen doen van in het primaire proces vastgelegde gegevens.

Opbouw van verantwoorden over maatschappelijke opgaven

Geef aan wat de grote maatschappelijke opgaven zijn

Er is een gemeenschappelijk kader nodig dat de grote maatschappelijke opgaven binnen de zorg expliciteert en aangeeft welke langetermijnambities van zorgorganisaties daarbij passen. Uitgangspunt is dat burgers, professionals, organisaties en financiers naar hetzelfde gemeenschappelijke perspectief toewerken.¹⁶⁶ Belangrijk is het om op die opgaven periodiek terug en vooruit te blikken en ze zo nodig bij te stellen. Daarbij is een (middel)langetermijnperspectief noodzakelijk om boven de politieke scope van vierjaarlijkse verkiezingen te kunnen uitstijgen. In een aantal gevallen zal aanpassing van bestaande of wellicht nieuwe wet- en regelgeving nodig zijn.

Systeempartijen: NZa, IGJ en ZIN

Afbouw van bestaand verantwoordingssysteem

Kies voor risicogestuurd en gedifferentieerd toezicht

Het toezicht door de NZa moet net als bij andere toezichthouders, zoals de IGJ, risicogestuurd en gedifferentieerd zijn. Dit beschreven we voor de IGJ in paragraaf 3.1.I. Over welke data risicogestuurd en gedifferentieerd toezicht wordt gehouden, zal afgestemd moeten worden met het transitieteam van het ministerie van VWS.

Richt regelruimte in met beperkte rechtmatigheidscontroles

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zorgkantoren zouden afspraken moeten kunnen maken om maximaal 2% van de jaarschade met zelf in te vullen prestaties te kunnen declareren en misschien, bij gebleken effectiviteit, dit percentage stapsgewijs uit te breiden: regelruimte met beperkte rechtmatigheidscontroles.¹⁶⁷ Dit betekent dat zorgkantoren 2% van hun contracteerruimte kunnen gebruiken om zorg die niet in de reguliere prestaties zit versleuteld, toch te bekostigen. Dat voorkomt microregulering en bijbehorende specifieke verantwoording. Over dat percentage zou een globale verantwoording voldoende moeten zijn. Dit creëert ruimte voor samenwerking en innovatie. Daarnaast valt te overwegen om bepaalde (onderdelen van) rechtmatigheidscontroles niet jaarlijks uit te voeren. De NZa dient hiertoe met name de nadere regels (beleidsregels en regelingen) ter uitvoering van art. 36 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) aan te passen.

Volsta met één nacalculatie en één controleverklaring

Een zorgorganisatie die zorg levert, moet op dit moment een nacalculatie indienen bij de NZa. Zorgorganisaties die in verschillende regio's actief zijn, moeten meerdere (tweezijdige) nacalculaties indienen: één per regio. Alles moet door aanbieder en zorgkantoor worden getekend. De controleverklaring van de accountant moet daar nog bij. Nederland kent 31 zorgkantoorregio's en veel zorgorganisaties zijn in meerdere, sommige zelfs in veel regio's actief. Schaf de eis af dat zorgorganisaties voor elke regio een nacalculatie moeten indienen (houd dus het aantal beperkt). Hiervoor zal de NZa-beleidsregel Budgettair kader Wlz moeten worden aangepast.

Opbouw van verantwoorden over maatschappelijke opgaven

Werk aan een samenhangend informatiestelsel

Voor de integrale verantwoording gebaseerd op een gemeenschappelijk kader is een samenhangend informatiestelsel nodig. Daarbij zullen ook nieuwe, extra gegevens, bijvoorbeeld over duurzaamheid, transparant gemaakt moeten worden. De systeempartijen moeten, naast en in lijn met het ministerie van VWS, het voortouw nemen en eisen stellen aan de verantwoording die nodig is. Deze systeempartijen waken immers over de publieke belangen van ons allemaal. Hiervoor is een niet-lineaire aanpak, waarbij het proces in plaats van de uitkomst centraal staat, nodig om tot een integrale verantwoording te komen. Het ZIN brengt samen met IGJ en NZa alle betrokken partijen, zowel binnen het zorgveld als daarbuiten, bij elkaar om hieraan invulling te geven. Daarbij zijn diverse instrumenten denkbaar, bijvoorbeeld die van een schrapbevoegdheid van zorgorganisaties. Daarbij dragen beroepsorganisaties en zorgverleners zelf een belangrijke verantwoordelijkheid. Lukt het partijen niet om de gestelde ambities waar te maken, dan moet het ZIN samen met toezichthouders als IGJ en NZa zijn doorzettingmacht gebruiken.¹⁶⁸

Richt het toezicht meer op maatschappelijke opgaven

Het toezicht op de maatschappelijke opgaven vormt een nieuwe, belangrijke taak voor de IGJ. Dit vergt ook bij deze organisatie aanpassingen van processen en structuur. Vanuit het perspectief van vertrouwen is sterke differentiatie in het toezicht belangrijk. Met bepaalde zorgorganisaties heeft de IGJ continue toezichtrelaties, die zich kenmerken door een dialoog over risico's en verbetering. Bij andere organisaties heeft het meerwaarde als inspecteurs de aanwezigheid van randvoorwaarden en de naleving van harde normen toetsen.¹⁶⁹ Hoe volwassener het interne kwaliteitssysteem, hoe minder toetsing en controle. Het risicogestuurd toezicht op de professionele kwaliteit van de zorg kan bij de eerste groep beperkt worden tot een geautomatiseerde risicoanalyse van gegevens uit het primaire proces. Alleen bij afwijkingen en klachten van patiënten of cliënten onderneemt de IGJ (menselijke) actie (bijvoorbeeld met extra werkbezoeken) en wordt opgeschaald. Het toezicht op de veiligheid moet wel in stand blijven. De zorg mag niet 'door de bodem zakken'. Dit is op dit moment goed geregeld, bijvoorbeeld met incidentenmeldingen.

Uitvoerende veldpartijen: accountants, zorgverzekeraars, zorgkantoren, beroepsverenigingen, patiëntverenigingen en zorgaanbieders

Afbouw van bestaand verantwoordingssysteem

Risicogestuurd en gedifferentieerd toezicht door uitvoerende veldpartijen

Zowel accountants als zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen meer dan nu risicogestuurd en gedifferentieerd toezicht toepassen. Verantwoording over kwaliteit en rechtmatigheid kan afgelegd worden door gebruik te maken van al in het reguliere zorgproces vastgelegde gegevens.

Creëer ruimte in controleprotocollen

Daarnaast kunnen accountants zorgen voor controleprotocollen die ruimte bieden voor alternatieve jaarverantwoording. Daar waar wetgeving dat belemmert, moet de beroepsgroep dat bij de politiek aanhangig maken. Wanneer er meer ruimte komt voor alternatieve vormen van jaarverantwoording, kan de zorgsector de nieuwe

mogelijkheden van de digitalisering ook beter benutten, bijvoorbeeld door te verwijzen naar informatie die via het internet beschikbaar is. Het is belangrijk dat Coziek, de zorgsectorcommissie van de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA), met alle betrokken beziet welke kwaliteit en kwantiteit de financiële functie in een toekomstbestendige publieke organisatie moet hebben.

Wees zuinig met eisen aan vastleggen van informatie

Voor zorgaanbieders geldt dat ze zuinig moeten zijn met de eisen die ze stellen aan het vastleggen van informatie in een zorgdossier (hetgeen zoals gezegd formeel niet onder verantwoorden valt). Stop met het vastleggen van die informatie die onvoldoende bijdraagt aan goede overdracht van de ene naar de andere collega, breng het aantal doelen in het zorgdossier drastisch terug en leg in beginsel alleen bijzonderheden en afwijkingen vast.¹⁷⁰ Kijk daarbij ook naar de administratieve druk door verplichte automatische lijsten.¹⁷¹

Aansluitend bij de eerdergenoemde aanbeveling (*Verminder het aantal kwaliteitsregistraties en het aantal indicatoren per registratie*) hebben beroeps- en patiëntenorganisaties en wetenschappelijke verenigingen ook zichzelf aan te kijken. We noemden dat het nodig is om met de stofkam door de verschillende kwaliteitsregistraties te gaan en minder data op individueel niveau en meer data op geaggregeerd niveau te gebruiken. Hier zullen deze partijen zich actief op moeten richten.

Opbouw van verantwoorden over maatschappelijke opgaven

Op naar een integrale verantwoording

Accountants hebben aanvullingen, aanpassingen en duidingen nodig op het bestaande kader voor de jaarverantwoording (het Burgerlijk Wetboek 2T9 en de Regeling openbare jaarverantwoording). Die wijzigingen moeten gelijk oplopen met de (verantwoordings)ontwikkelingen rond duurzaamheid, voor een beter hanteerbare verantwoording in de keten.¹⁷² Essentieel daarbij is dat verschillende afdelingen binnen het ministerie van VWS nauw met elkaar samenwerken. Een integrale verantwoording kan de basis zijn voor de gelijktijdige interne/externe, verticale/horizontale beleids-/verantwoordingsinformatie, die accountants voldoende zekerheid biedt. Bij een goede organisatie hiervan zijn andere afzonderlijke verantwoordingen overbodig.¹⁷³

Alle betrokkenen

Hiervoor hebben we aandacht besteed aan de herziening van het verantwoordingsinstrumentarium (zoals indicatoren en protocollen en controles), waarin afbouw van het bestaande verantwoordingssysteem eerst de aandacht moet krijgen en vervolgens de maatschappelijke opgaven door regering en parlement bepaald moeten worden. Daarna kan de opbouw van verantwoording over maatschappelijke opgaven nader vorm krijgen.

Naast een verantwoordingsinstrumentarium beschikken alle bij het verantwoordingsproces betrokken partijen ook over een gedragsrepertoire. Bij het werken aan opgaven in netwerken is aandacht daarvoor ook essentieel. Daarbij gaat het onder meer om HRM-beleid (denk aan personeelsbeoordelingen, competentieprofielen, managementvaardigheden en rapportagevormen). Maar ook om gezamenlijke

taal, beelden en patronen. Verantwoorden vanuit vertrouwen, samenwerkend aan gemeenschappelijke opgaven, begint bij er op een gewone manier over te praten, waarbij iedereen niet het uitzonderlijke (bijvoorbeeld verantwoording van lastig meetbare prestaties op een narratieve manier), maar het normale benadrukt.¹⁷⁴ Daar hoort ook voortdurende ruggensteun bij. Dan is stapje voor stapje en met inzet van iedereen het hiervoor geschetste toekomstbeeld te realiseren.

De oproep aan partijen om serieus werk te maken van regeldrukvermindering en anders verantwoorden is niet nieuw, maar heeft door de toenemende schaarste op talloze fronten een grotere urgentie dan ooit. Het voordeel is dat iedereen op elk niveau er op elk moment mee kan beginnen. Het moeilijke is dat voor fundamentele veranderingen niemand het uiteindelijk zonder de ander kan. Laten alle partijen daarom consequent het hoofd bieden aan de verleidingen van schijnzekerheden. En laten zij in gezamenlijkheid werken aan de gedeelde ambities die het zorgwerk aantrekkelijker maken en die essentieel zijn om aan de toekomstige zorgvraag tegemoet te kunnen komen.

Slotwoord

Verantwoorden in de zorg is een taai, maar relevant onderwerp. Verantwoorden kan uitdrukken wat we met elkaar belangrijk vinden. Willen we dat het niet demotiverend uitpakt en afleidt van de kern van de zaak, dan is een fundamenteel andere inrichting van de verantwoordingspraktijk nodig. Wij realiseren ons dat de maatregelen die wij voorstaan drastisch kunnen zijn voor betrokken partijen, maar doorgaan op dezelfde weg is wat ons betreft geen optie.

In de beschrijving van de bevorderende en belemmerende mechanismen om te komen tot een systeem van verantwoorden gebaseerd op vertrouwen, hebben we laten zien dat kleine ingrepen nauwelijks het gewenste fundamentele effect sorteren. Maar als het goed gaat, geeft verantwoording richting aan ons handelen en verheldert het wat de bedoeling is. Daarom zouden maatschappelijke opgaven wat ons betreft leidend moeten zijn.

Bij de beantwoording van de vraag wie wat moet doen om ervoor te zorgen dat bij verantwoording het initiatief meer bij zorgverleners ligt in plaats van bij verantwoordingsvragers, leggen we sterke nadruk op gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. In een sector als de zorg staat het publieke belang van nature centraal. De publieke oriëntatie – het dienen van niet alleen het individu, maar ook van de samenleving én de planeet – is wezenlijk anders dan die van het bedrijfsleven. Niet de winst, maar creatie van publieke waarde is leidend.¹⁷⁵

De RVS doet dan ook een oproep aan alle partijen zich tot het uiterste in te spannen voor de noodzakelijke omslag en die op de eigen en gedeelde agenda's te zetten. Dat betekent niet langer naar elkaar wijzen, maar zelf verantwoordelijkheid nemen en anderen daartoe inspireren. Voortzetting van de huidige status quo zal niet alleen zorgverleners opbreken, maar ook de premiebetaler en mensen die hulpbehoevend zijn. Dat is onverantwoord. We zijn het hun verschuldigd om de kansen te benutten die verantwoording biedt.

Vorbereiding

De commissie die dit advies heeft voorbereid bestond uit raadsleden Jan Kremer (commissievoorzitter tot juli 2023) en Ageeth Ouwehand, de senior adviseurs Antoinette Reerink, Jodine Smits en Leo Ottes, en kwaliteitsadviseur Marina de Lint.

Noten en literatuur

- 1 Waar zorg staat, bedoelen we ook ondersteuning. In de ouderenzorg bijvoorbeeld gaat het vaak om het laatste.
- 2 RVS (2019). Blijk van vertrouwen. Anders verantwoord voor goede zorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 3 Kraaijeveld, K. (2018). Hoe kunnen we de zorg blijvend [ont]regelen? Lessen uit de schrapessies. Utrecht: De Argumentenfabriek.
- 4 TK (2021/2022). Programma [Ont]Regel de Zorg 2022-2025. 8 juni 2022. Tweede kamer, vergaderjaar 2021-2022.
- 5 Ibidem.
- 6 RVS (2019). Blijk van vertrouwen. Anders verantwoord voor goede zorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 7 De gordiaanse knoop is een bekende metafoor, maar wellicht is de 'Mexicaanse patstelling' (Mexican standoff) nog beter van toepassing. Hierbij houden 3 of meer partijen elkaar onder schot en kan niemand zich uit de situatie onttrekken zonder verlies.
- 8 De hoeveelheid tijd die mensen aan verantwoord besteden, is moeilijk vast te stellen. Nog moeilijker is te bepalen wat daarvan zinloze tijdsbesteding is. Welke registratietijd reken je wel of niet mee? Verschillen per afdeling en organisatie zijn bovendien groot.
- 9 Hanekamp, M., Heesbeen, S. en Taks, L. (2020). Impact in beeld. Inventarisatie externe verantwoordingslast verpleeghuiszorg. In opdracht van Actiz.
- 10 Buysse, A., Nijbroek, M., Vermunt, M. & Zelm, R. van (2019). Registratielast in kaart aan de hand van patiëntreizen in de medisch specialistische zorg. Utrecht: Q-Consult Zorg.
- 11 In het sociaal domein is een wens om meer op basis van vertrouwen te werken, onder andere via horizontaal toezicht. Zowel bij horizontaal toezicht als bij verantwoord in het algemeen is reflectie nodig op welke eisen van gemeenten aan zorgaanbieders echt iets bijdragen aan de informatiebehoefte. In het sociaal domein worden niet alleen veel eisen gesteld, ze verschillen ook sterk per gemeente. Zie: BMC (2023). Horizontaal verantwoord in het Sociaal Domein. Wat is er nodig? Rapport ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties/ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 12 RVS (2023). Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 13 Zo definiëren Bovens en Schillemans het begrip accountability (verantwoordelijkheid, verantwoording, rekenschap) als een sociale relatie waarin een actor de verplichting voelt om diens gedrag te rechtvaardigen voor een andere partij. Zie: Bovens, M. & Schillemans, T. (red.) (2005). Handboek publieke verantwoording. Meppel: Boom Juridische Uitgevers.
- 14 Schiffelers, M.-J. & Wagner, C. (2019), Anders Verantwoorden. Voorstudie ten behoeve van de kansrijke agenda met nieuwe vormen van verantwoord. Utrecht: Universiteit Utrecht en Nivel.

- 15 Berghuis, H., Schimmel, M. & Zuurbier, J. (2017). Begrippen, feiten en cijfers over (ervaren) regeldruk in de zorg. Utrecht: Q-Consult Zorg.
- 16 Ook de regeldruk als gevolg van onnodige verwijzingen, die koepels (Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Federatie Medisch Specialistien, Landelijke Huisartsen Vereniging en Vereniging van Middelbaar en Hoger Personeel) en het ministerie van VWS momenteel onderzoeken, valt bijvoorbeeld niet onder verantwoording.
- 17 KPMG (2020). Merkbaarheidsscan [Ont]Regel de Zorg 2020. Eindrapport.
- 18 Bovens, M. & Schillemans, T. (2009). Handboek publieke verantwoording. Den Haag: Lemma.
- 19 Schillemans, T. (z.d.). De belangentegenstelling voorbij. Theoretische inzichten en praktische aanbevelingen voor het organiseren van vertrouwen tussen beleid en uitvoering. Beschouwing in opdracht van het Ministerie van BZK.
- 20 Faber, A.S.C. & Budding, G. (2018). Innovatie in Publieke Verantwoording: Eindrapportage 2017. Vrije Universiteit Amsterdam. https://research.vu.nl/ws/portal-files/portal/135048081/Innovatie_in_Publieke_Verantwoording_2017_20181219.pdf
- 21 Pilot Leefplezierplan voor de zorg. Leyden Academy on Vitality and Ageing.
- 22 Appreciative Inquiry bijvoorbeeld is een werkwijze om op die manier veranderingsprocessen te faciliteren. Het uitgangspunt daarbij is om organisaties te bouwen op wat goed werkt in plaats van een fixatie te hebben op wat niet werkt. Cleveland Clinic heeft daar bijvoorbeeld ruime ervaring mee. Zie: <https://my.clevelandclinic.org/search?q=appreciative%20inquiry>
- 23 TK (2019/2020). Kamerbrief 4 oktober 2019: Aanpak regeldruk en administratieve lasten. Tweede Kamer, vergaderjaar 2019/2020, 2951, nr. 441.
- 24 Oud-minister Rita Verdonk, die als bewindspersoon al het te veel aan regels hekelde, was speciaal adviseur van het programma [Ont]Regel de Zorg. Een Kamerbrief van 4 oktober 2019 vermeldt dat het programma 155 maatregelen en acties omvat verdeeld over 10 sectorplannen. Een voorbeeld is de Ontregelbus die van september 2019 tot en met september 2021 door het land heeft gereden om zorginstellingen te ondersteunen bij het verminderen van de interne regeldruk. Een substantieel deel van de regeldruk die zorgverleners in hun dagelijkse praktijk ervaren ontstaat dáár. In totaal hebben 19 zorginstellingen een traject met de Ontregelbus afgerond.
- 25 De paramedische zorg ervaart de grootste afname (10,7 %), maar enkele sectoren laten ook een toename zien: de farmacie (+ 0,7%), de huisartsenzorg (+1,7%) en de curatieve ggz (+ 2,7%). Zie: KPMG (2020). Merkbaarheidsscan [Ont]Regel de Zorg 2020. Eindrapport.
- 26 TK (2021/2022). Kamerbrief 8 juni 2022: Aanpak regeldruk en administratieve lasten. Programma [Ont]Regel de Zorg 2022-2025. Tweede Kamer, vergaderjaar 2021/2022, 29515, nr. 480.
- 27 Een dergelijk spanningsveld is ook elders waarneembaar. Zo geven respondenten aan dat medewerkers van de afdeling handhaving bij de NZa geneigd zijn controles aan te scherpen, terwijl die van de afdeling regulering graag meedenken over anders verantwoorden.
- 28 Europese lidstaten zullen als gevolg van de European Green Deal de Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD) implementeren om goed te rapporteren over duurzaamheid. De prestaties van ondernemingen en organisaties op het gebied van duurzaamheid komen in het bestuursverslag. De Nederlandse wetgeving moet de

- CSRD nog implementeren (voor juli 2024). Tot dan bestaat er nog onzekerheid over hoe dit doorwerkt in de publieke sector, zoals de zorg. Moeten zorgorganisaties worden meegenomen in de wet die oorspronkelijk gericht was op grote ondernemingen?
- 29 TK (2021/2022). Kamerbrief 8 juni 2022: Aanpak regeldruk en administratieve lasten. Programma [Ont]Regel de Zorg 2022-2025. Tweede Kamer, vergaderjaar 2021/2022, 29515, nr. 480.
- 30 Het IZA is voornemens bij nieuwe regels zwaarder te hechten aan de stem van zorgverleners die verantwoording afleggen, en minder aan de partijen die verantwoording vragen. Alle 'regelmakers' (ministerie van VWS, zorgverzekeraars, toezicht-houders, werkgevers, branche- en beroepsverenigingen) gaan per direct alle nieuwe regelgeving toetsen aan het uitgangspunt 'zinnig en radicaal simpel'. Dat moet een reductie van administratieve tijdsbesteding opleveren in lijn met wat zorgverleners zelf acceptabel achten. Integraal Zorg Akkoord (2022). Samenwerken aan gezonde zorg. September 2022. Dat niet alleen de curatieve zorg, maar ook de langdurige zorg de urgentie voelt toenemen blijkt ook uit het Bestuurlijk Overleg Regeldruk langdu-rige zorg dat sinds eind 2022 vijf keer plaatsvond tussen de minister, ZN, Actiz, VGN, Zorgthuisnl, V&VN en BPSW.
- 31 VVAA ontregelmonitors.
- 32 Vierde Nationale (Ont)Regelmonitor, VVAA, 2021.
- 33 Tweede Kamer (2023), Voortgang [Ont]Regel de Zorg. 6 juli 2023. <https://open.overheid.nl/documenten/b273d548-32af-45a6-a9df-31fe0fd3a584/file>
- 34 Ibidem.
- 35 CEG (2022). Omgaan met onbedoelde en ongewenst uitkomsten in de zorg. Normhandhaving, leren en herstel. Signalement. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid.
- 36 Paauf-Fikkert, L., Six, F. & Robben, P. (2014). 'Vertrouwen in toezichtbeleid.' In: Beleid en Maatschappij, 41 (3), pp. 185-204.
- 37 Zorgaanbieders gaan beter inzicht geven in hun bedrijfsstructuur en besteding zorggeld | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit (nza.nl) Zie ook: Beleidsregel handhaving openbaarmaking jaarverantwoording over het overgangsjaar 2021 - TH/BR-034 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl) En: Transparante bedrijfsvoering en verbod op winstoogmerk - TH/BR-033 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl) En: Regeling structurele informatieverstrekking bedrijfsvoering Wmg - TH/NR-025 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)
- 38 Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) | Kwaliteit van de zorg | Rijksoverheid.nl. De extra (toezichts)taken van de NZa door de Wtza en de AWtza zijn vastgelegd in de artikelen 16 en 16a van de WMG. Het zijn taken op het gebied van de jaarverantwoor-ding, transparante bedrijfsvoering en het verbod op winstoogmerk. De NZa geeft in gevoerde gesprekken met de RVS zelf aan dit tegenstrijdig te vinden. In juli heeft minister Helder eerstelijns-zorgaanbieders toegezegd dat zij wat respijt krijgen en in plaats van eind 2022 nu eind 2023 verplicht zijn hun jaarverantwoording openbaar te maken. <https://www.jaarverantwoordingzorg.nl/actueel/nieuws/2023/07/07/minister-drukt-pauzeknop-in-voor-jaarverantwoording>.
- 39 Uit het jaarverslag van ATR uit 2019: "De Derde Nota van Wijziging bij de Aanpassingswet Wet toelating zorgaanbieders (AWtza) verklaart artikel 40a en 40b van de Wmg van toepassing op alle zorgaanbieders. Hierdoor gaan de verplichtingen niet alleen gelden voor de 3.000 zorgaanbieders waarvoor deze oorspronkelijk was

bedoeld, maar ook voor 14.800 extra instellingen en 33.500 solisten. Dit leidt tot een toename van de regeldruk met ten minste € 42 miljoen op jaarbasis.” [↪ Jaarverslag 2019 Adviescollege toetsing en regeldruk \(atr-regeldruk.nl\)](#). VWS geeft aan dat het naar aanleiding van de adviezen van het ATR nog diverse wijzigingen heeft aangebracht in verschillende voorstellen rondom openbare jaarverantwoording met minder hoge regeldruktoename. De ATR betreurt het echter dat niet altijd te achterhalen is wat er met de adviespunten gebeurt en dat het met name schort aan opvolging van adviezen in de regeldruk opwekkende dossiers de adviezen.

- 40 De RVS heeft een quickscan gemaakt van experimenten rond anders verantwoorden. Uit die quickscan is een aantal consortia geselecteerd die (naar eigen en andermans zeggen het meest) ervaring hebben opgedaan met anders verantwoorden. De keuze is gemaakt op basis van de criteria spreiding over deelsectoren, omvang en potentie.
- 41 Het ministerie van VWS heeft de NZa middels een aanwijzing de mogelijkheid gegeven om het experiment te starten.
- 42 Het gaat om Abrona, Estinea, Esdégé-Reigersdaal, Ipse de Bruggen, de JP van den Bent stichting en Philadelphia, die gaandeweg een eigen weg koos. Ook Sherpa, Humanitas DMH, Aveleijn, Elver en de Raphaëlstichting waren in meerdere of mindere en in al dan niet bepaalde fasen van het experiment betrokken.
- 43 Schie, V. van der & Dijk, G. van (2023). Vernieuwend verantwoorden. Rapportage evaluatieonderzoek 2023. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam Zijlstra Center.
- 44 Zie ook: [↪ Patrick Kenis over organisatienetwerken \(vtw.nl\)](#)
- 45 De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt het in rekening brengen van onjuiste prestaties of tarieven door zorgaanbieders en het door de verzekeraars aan de zorgaanbieder betalen of aan de verzekerde vergoeden van die onjuiste prestaties of tarieven strafbaar (art. 35). De Regeling langdurige zorg (Rlz, hoofdstuk 7) stelt regels voor de formele en materiële controles. Die zijn zo veel mogelijk gelijk aan het bepaalde in de Regeling zorgverzekering voor zorgverzekeraars bij de uitvoering van de Zvw.
- 46 Philadelphia is samen met Menzis, CZ en Zilveren Kruis zelfstandig gaan experimenteren, maar is wel onderdeel gebleven van de NZa-vrijstelling.
- 47 [↪ https://www.philadelphia.nl/actueel/nieuws/regelarm-verantwoorden-in-de-praktijk-eerste-ervaringen-met-nieuwe-ecd](https://www.philadelphia.nl/actueel/nieuws/regelarm-verantwoorden-in-de-praktijk-eerste-ervaringen-met-nieuwe-ecd)
- 48 Schie, V. van der & Dijk, G. van (2023). Vernieuwend verantwoorden. Rapportage evaluatieonderzoek 2023. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam Zijlstra Center.
- 49 Zie ook: RVS (2022). De kunst van het innoveren. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 50 Die voor seksueel grensoverschrijdend gedrag, infectieziekten en medicatie zijn bijvoorbeeld gebleven.
- 51 JP van den Bent stichting (2022). Zicht op de JP 2021. Juni 2022.
- 52 Het ministerie van Justitie en Veiligheid ontwikkelt nu een eigen kwaliteitssysteem voor forensische zorg. Daaruit volgen weer nieuwe eisen.
- 53 De IC van het Radboudumc, het Oncologisch Centrum van Rijnstate en de afdeling Hematologie van het UMC Groningen experimenteerden van 2017 tot 2020. Het tweede deel vindt plaats van 2021 tot 2023.
- 54 Zegers, M., Gerritsen, G. & Welker, G. (2018). ‘Registratielast: laat de teugels vieren.

Experimenteren met slechts een minimale set indicatoren.’ In: Medisch Contact nr. 41, oktober 2018.

- 55 Eind 2023 komt het rapport uit over ZIRE in de regio. In dat experiment zijn de ZIRE-principes op IC’s van 7 regioziekenhuizen geïmplementeerd. De afname van registratietijd in dat experiment is, aldus de initiatiefnemers, 30 minuten per dienst per medewerker. Dat is dus in lijn met het eerste experiment.
- 56 Zegers, M., Gerritsen, G. & Welker, G. (2021). Experiment Zinnvolle Registratie (ZIRE). Van wantrouwen naar vertrouwen. Radboudumc, Rijnstate, UMCg, NFU, Zorginstituut Nederland.
- 57 Het Radboudumc voert dit project samen uit met Bernhoven, CWZ, Maastricht UMC+, Maasziekenhuis Pantein, Rijnstate, Rivierenlandziekenhuis, SKB Winterswijk en Slingeland Ziekenhuis.
- 58 Zegers, M., Gerritsen, G. & Welker, G. (2018). ‘Registratielast: laat de teugels vieren. Experimenteren met slechts een minimale set indicatoren.’ In: Medisch Contact, nr. 41, oktober 2018.
- 59 Uitspraak van Linda Daniëls, manager medisch-specialistische patiëntenzorg van de Patiëntenfederatie Nederland. Verslag NFU-conferentie 7 oktober 2022: Anders verantwoorden, de volgende stap.
- 60 Leyden Academy on Vitality and Ageing (2019). Langer leefplezier ervaren. Handreiking voor een narratief kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Leyden Academy. En: Eijnde, C. van den, Dohmen, M., Goslinga, F., Huijg, J. & Blok, M. (2022). Ervaringen centraal. Narratief leren, ontwikkelen en verantwoorden in de verpleeghuiszorg. Leyden Academy.
- 61 Vilans (2020). Regeldruk in de langdurige zorg. Boosdoeners blootgelegd. Utrecht: Vilans.
- 62 De wet schrijft niet voor wat er in het plan moet staan. De kaders die de sector zelf opstelt en de controlebehoefte van bestuurders zijn daarvoor bepalend.
- 63 [↪ Bijlage – Voor monitoring relevante indicatoren uit CBS-onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn | Publicatie | Rijksoverheid.nl](#)
- 64 Het stuurgroep lid was lid namens KIK-V, het programma van het ZIN, en niet namens het ZIN.
- 65 In de stuurgroep waren de tripartite partijen vertegenwoordigd. De zorgaanbieders werden vertegenwoordigd door Actiz en Zorgthuisnl, de beroepsgroepen door V&VN en Verenso, burgers en patiënten door PFN, en financiers door Zorgverzekeraars Nederland en zorgkantoren.
- 66 Vilans voert momenteel een onderzoek uit naar de ontwikkelingen binnen deze stuurgroep met de vraag hoe het komt dat goede initiatieven uiteindelijk toch stranden.
- 67 RVS (2022). Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 68 Blom, A. & Bressers, J. (2022). Eindevaluatie proeftuin Ruwaard.
- 69 Blom, A. & Bressers, J. (2022). Eindevaluatie proeftuin Ruwaard.
- 70 Zie ook: RVS (2022). De kunst van het innoveren. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 71 RVS (2022). Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken

- van domeinoverstijgende samenwerking. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. En: RVS (2023). Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 72 AEF (2014). Ordening en toezicht in de zorg. Evaluatie van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Utrecht: Andersson Elffers Felix. En: Legemaate, J., Akkermans, A.J. & Friele, R.D. (2015). 'Openheid over medische fouten: waar staan we?' In: Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde, 2015, 159, A9089. Met name op het gebied van het persoonsgebonden budget leek aanleiding voor meer aandacht voor fraude. In 2020 hadden 5.750 aanbieders van pgb-zorg een strafblad. Ruim 4% van alle aanbieders is in de afgelopen 10 jaar veroordeeld. Zij declareerden in 3 jaar tijd voor € 400 miljoen aan zorgkosten. Zie: 'Feiten & Cijfers.' In: Zorginstituut magazine, juni 2023.
- 73 Schiffelers, M.-J. & Wagner, C. (2019). Anders Verantwoorden. Voorstudie ten behoeve van de kansrijke agenda met nieuwe vormen van verantwoorden. Utrecht: Universiteit Utrecht en Nivel, p. 19.
- 74 Bovenkamp, H. van de, Stoopendaal, A., Bochove, M. van, Hoogendijk, H. & Bal, R. Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex. Erasmus School of Health Policy & Management en Zorgbelang Zuid-Holland.
- 75 ↳ Jan Kremer: 'Het wordt pas simpel als je ziet dat het complex is' - Skipr
- 76 Ibidem.
- 77 ↳ Geen doelen maar waarden - Skipr
- 78 Voor dit advies kunnen we niet uit uitputtend zijn met voorbeelden. Kwaliteit en rechtmatigheid hebben onze bijzondere aandacht, maar we realiseren ons dat we daarmee uiteraard niet volledig zijn. Dit voorbeeld betreft registratie ten behoeve van de toegankelijkheid.
- 79 Geest, M. van der (2022). 'De strijd over artikel 4.1: hoe er nog altijd niks terechtkomt van het terugschroeven van de regels in de zorg.' In: de Volkskrant, 10 oktober 2022.
- 80 Bex, P., Homberg, J., Hoogenboom, K., Hurk, J. van den, Smith, P. & Verburg, M. (2022). In gesprek over kwaliteit van zorg. Het gebruik van kwaliteitsinformatie in zes zorgsectoren. Utrecht/Den Haag: Sira Consulting.
- 81 IGJ (z.d.), Basisset medisch specialistische zorg 2023 voor ziekenhuizen en particuliere klinieken. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. <https://www.igj.nl/publicaties/indicatorensets/2022/10/14/basisset-medisch-specialistische-zorg-2023>
- 82 De verbeterdoelen geven ruimte aan hoe organisaties willen veranderen en hoe daar zicht op wordt gehouden: soms binnen klassieke systemen, soms op gedrag/cultuur/vertrouwen. Die ruimte bieden klassieke indicatoren eigenlijk niet, omdat die neigen naar kwantitatieve informatie waarbij niet alleen teller/noemer beoordeeld wordt, maar ook de noemer als zodanig (100%-informatie wordt als 'beter' beoordeeld dan een steekproef, en een steekproef als beter dan een subjectieve duiding).
- 83 Tweede Kamer (2023), Voortgang [Ont]Regel de Zorg. 6 juli 2023. ↳ <https://open.overheid.nl/documenten/b273d548-32af-45a6-a9df-31fe0fd3a584/file> Zoals in 2.1 toegelicht valt dossiervorming niet onder verantwoording, ook al heeft het er raakvlakken mee.
- 84 Bovenkamp, H. van de, Stoopendaal, A., Oldenhof, L. & Bal, R. (z.d). Literatuurstudie Eigen Regie, Regeldruk en Regelruimte. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Zie ook: Bos, R. ten (2016). Bureaucratie is een inktvis. Amsterdam: Boom.
- 85 Zorgverleners die een tuchtprocedure meemaakten, vonden dat erg belastend. Zij

- voelen zich soms zelfs gecriminaliseerd. Dat is niet bevorderlijk voor het lerend effect dat het tuchtrecht beoogt te hebben op zorgverleners. De uitspraken worden geanonimiseerd gepubliceerd in vaktijdschriften en op internet. Zie: Friele, R., Hendriks, M., Laarman, B., Bouwman R. & Veer, A. de (2017). Zorgverleners en burgers over het openbaar maken van door de tuchtrechter opgelegde berispingen en geldboetes. Utrecht: Nivel.
- 86 Eindrapportage [Ont]regelbus 30 november 2021. De Ontregelbus heeft van september 2019 tot en met september 2021 door het land gereden om zorginstellingen te ondersteunen bij het verminderen van de interne regeldruk.
- 87 ↳ [Kwaliteitsindicatoren | Federatie Medisch Specialisten \(demedischspecialist.nl\)](https://www.demedischspecialist.nl)
- 88 Richtlijnen fungeren als een leidraad om de kwaliteit van zorg te verbeteren op basis van de bevindingen van kwaliteitsindicatoren.
- 89 Federatie Medisch Specialisten (2023). Medisch specialistische richtlijnen 3.0.
- 90 Bex, P., Homberg, J., Hoogenboom, K., Hurk, J. van den, Smith, P. & Verburg, M. (2022). In gesprek over kwaliteit van zorg. Het gebruik van kwaliteitsinformatie in zes zorgsectoren. Utrecht/Den Haag: Sira Consulting. Het aantal indicatoren op de Transparantiekalender is (mede daarom?) wel afgenomen. In 2018 waren er nog 1.292 indicatoren opgenomen op de kalender, in 2021 waren dat er nog 659. Slechts 36% van alle registraties in ziekenhuizen dient om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Volgens onderzoekers 'ondermijnt' dat zowel de patiëntenzorg als de moraal van zorgverleners. Zie: Zegers, M., Hesselink, G. & Hoeven, J.G. van der (2022). 'Time to see quality measurement differently: focus on reflection, learning and improvement; a response to the recent commentaries.' In: International Journal of Health Policy and Management, 2022, 11(7) pp. 1236-1237. "Our study showed that only 36% of all measures are useful for improving care in everyday practice, undermining direct patient care and the morale of health care providers."
- 91 Bex, P., Homberg, J., Hoogenboom, K., Hurk, J. van den, Smith, P. & Verburg, M. (2022). In gesprek over kwaliteit van zorg. Het gebruik van kwaliteitsinformatie in zes zorgsectoren. Utrecht/Den Haag: Sira Consulting.
- 92 Ibidem.
- 93 Ibidem.
- 94 Ibidem.
- 95 Ibidem.
- 96 ↳ [Deel ouderenzorgorganisaties weigert veiligheidsindicatoren aan te leveren - Skipr](#)
- 97 RVS (2023). Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel voor zorg en ondersteuning. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 98 Zie bijvoorbeeld ↳ [Wet herziening Wet op de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg \(Wet BIG\) - ATR \(atr-regeldruk.nl\)](#). In het advies B van Bekwaam (2019) stelde de RVS vast dat de BIG-herregistratie weliswaar iemands bevoegdheid aangeeft, maar onvoldoende diens bekwaamheid. Er zijn ook goede ontwikkelingen. In 2023 is de tweejaarset voor de BIG-herregistratie vervallen. Die hield in dat de gewerkte uren voorafgaand aan een werkonderbreking van meer dan 2 aaneengesloten jaren niet meetellen bij de herregistratie in het BIG-register. Die wijziging leidde tot een vermindering van de regeldruk, onder andere omdat bij een aanvraag tot herregistratie minder gegevens aangeleverd hoeven te worden. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2022-422.html>
- 99 ↳ <https://www.nursing.nl/werk/wet-big/>

wet-big-minister-wil-administratieve-last-verpleegkundigen-beperken/?ipaccess=1 en Brandbrief: voorkom onnodige administratieve lasten bij bekendmaking BIG-nummer | KNMG

- 100 Zorginstituut Nederland hanteert een Transparantiekalender die per sector een overzicht geeft van de kwaliteitsindicatoren waarover verantwoording afgelegd moet worden. Een van de 79 indicatoren en sub-indicatoren in de verpleeghuiszorg is 'Percentage cliënten – met een ZZP V&V indicatie met behandeling – waarbij een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden in het bijzijn van een zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt'. Om deze gegevens en die van de overige, soortgelijke 78 indicatoren jaarlijks uit de systemen te kunnen halen, moeten zorgverleners deze dagelijks registreren. Niet aanleveren van de gegevens leidt tot een bestuurlijke boete. Dalen, A. van (2019). Blogreeks Anders verantwoord voor goede zorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 101 Wkkgz, artikel 11i, tweede lid. Zie ook: <https://www.zorginzicht.nl/ondersteuning/aanleveren-kwaliteitsgegevens-per-sector>. En: Friele, R.D., Legemaate, J., Wijne, R.P., Munshi, R.T., Knap, J., Bouwman, R.J.R. & Sankatsing, V.D.V. (2021). Evaluatie Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Den Haag: ZonMW.
- 102 RVS (2023). Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel voor zorg en ondersteuning. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 103 Commissie Transparantie en Tijdigheid (2017). Zorguitgaven sneller en beter in beeld. Eindrapport.
- 104 Brief aan de informateur: https://assets.vu.nl/d8b6f1f5-816c-005b-1dc1-e363d-d7ce9a5/63f83440-c4e5-4a94-96a2-3f866d4dc62a/Brief_Expertforum_Rechtmatigheid_aan_informateur_12mei2021.pdf
- 105 Daarnaast oefent De Nederlandsche Bank toezicht uit op de verzekeringssector.
- 106 Commissie Transparantie en Tijdigheid (2017). Zorguitgaven sneller en beter in beeld. Eindrapport.
- 107 RVS (2023). Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel voor zorg en ondersteuning. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 108 Te denken valt aan de NZa-regeling rond de administratie en interne controle van zorgaanbieders [↪ Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle \(AO/IC\) - NR/CA-300-004 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](https://www.nza.nl/regeling-administratieve-organisatie-en-interne-controle)
- 109 RVS (2022). De kunst van het innoveren. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 110 RVS (2023). Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel voor zorg en ondersteuning. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 111 Lint, M. de (2019). Samen maken we de zorg (beter). Essay in het kader van het advies: RVS (2019). Blijk van vertrouwen. Anders verantwoord voor goede zorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- 112 Faber, A.S.C. & Budding, G.T. (2022). Innovatie in publieke verantwoording. Eindrapportage 2020-2022. Vrije Universiteit Amsterdam.
- 113 [↪ https://www.skipr.nl/nieuws/zorginstituut-eist-meetinstrumenten-in-nieuwe-kwaliteitskompas/](https://www.skipr.nl/nieuws/zorginstituut-eist-meetinstrumenten-in-nieuwe-kwaliteitskompas/)
- 114 Dat is volgens een onderzoek van de AFM zeker niet altijd het geval. Zie: Dekker, W. (2023). 'AFM: accountants niet scherp genoeg op fraude, onvoldoende kritisch en diepgaand.' In: de Volkskrant, 8 juni 2023.

- 115 In de jaren 80 gebruikten (semi-)overheden de New Public Management (NPM) filosofie om de publieke sector te hervormen. De NPM-stroming wilde het model van de private sector, gestoeld op zuinigheid, doelmatigheid en doeltreffendheid, introduceren in de publieke sector. Schillemans, T. (z.d.). De belangentegenstellingen voorbij. Theoretische inzichten en praktische aanbevelingen voor het organiseren van vertrouwen tussen beleid en uitvoering. Beschouwing in opdracht van het ministerie van BZK.
- 116 Ibidem.
- 117 Deze afbeelding is overgenomen uit Hanekamp, M., Heesbeen, S. & Taks, L. (2020). Inventarisatie externe verantwoordingslast verpleeghuiszorg: Impact in beeld. Utrecht: Berenschot.
- 118 Mede hierom is het programma KIK-V (gegevensuitwisseling in de keten) opgezet.
- 119 Uiteraard gebeurt er ook veel op dit terrein. Denk alleen al aan de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg die de Eerste Kamer in het voorjaar 2023 heeft aangenomen, en aan de standaardisering van contracten en diensten/producten in het sociaal domein (dat buiten de scope van dit advies valt). Dit levert nog onvoldoende op.
- 120 Bijvoorbeeld de adviezen: RVZ (2005). Standaardisering Elektronisch Patiëntendossier. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. En: RVS (2014). Patiënteninformatie. Informatievoorziening rond de patiënt. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. En de achtergrondstudie: Borking Consultancy (2014). Gebruik van Privacy-By-Design. Wassenaar: Borking Consultancy. En het essay: N. Vermunt en T. Hooghiemstra (2015). Naar een persoonlijk gezondheidsdossier dat werkt. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 121 Tweede Kamer (2023), Voortgang {Ont}Regel de Zorg. 6 juli 2023. [↪ https://open.overheid.nl/documenten/b273d548-32af-45a6-a9df-31fe0fd3a584/file](https://open.overheid.nl/documenten/b273d548-32af-45a6-a9df-31fe0fd3a584/file). En: Strategy& (2022). Onderzoek naar uniformering van inkoop- en verantwoordingseisen in de Zvw. Eindrapportage in opdracht van het ministerie van VWS. Daaruit blijkt dat uniformeren soms lastig te realiseren is, bijvoorbeeld omdat de mededingingswetgeving er geen ruimte voor biedt.
- 122 Dit gebeurde in de (tweede) Kaderstellende visie op toezicht door de toenmalige minister voor Bestuurlijke vernieuwing en Koninkrijksrelaties Pechtold [↪ Tweede Kamer, 2005](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/07/07/tweede-kamer-2015-2017). In de eerste Kaderstellende visie waren 3 principes geformuleerd; in de tweede visie kwamen er nog 3 bij.
- 123 [↪ https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-27831-15.html](https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-27831-15.html) zes principes van toezicht.
- 124 Zie bijvoorbeeld: [↪ https://www.igj.nl/onderwerpen/hoe-werkt-ons-toezicht](https://www.igj.nl/onderwerpen/hoe-werkt-ons-toezicht) [↪ https://www.igj.nl/zorgsectoren/verpleeghuiszorg/toezicht-verpleeghuiszorg](https://www.igj.nl/zorgsectoren/verpleeghuiszorg/toezicht-verpleeghuiszorg) <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2020/01/13/kwaliteit-26-kleine-zorgaanbieders-gehandicaptenzorg>
- 125 Dat wordt in inspectiekringen ook wel dubbel risicogestuurd toezicht genoemd: aandacht richten op de grootste risico's op de plek waar de kans dat het grootste is dat deze zich manifesteren. Toezichthouders kunnen dus niet overal komen en niet naar alle risico's kijken.
- 126 Huizinga, K. (2009). Inleiding Systeemgericht Toezicht Milieu en Veiligheid voor grote bedrijven. Groningen: VROM-inspectie.

- 127 Bex, P., Homberg, J., Hoogenboom, K., Hurk, J. van den, Smith, P. & Verburg, M. (2022). In gesprek over kwaliteit van zorg. Het gebruik van kwaliteitsinformatie in zes zorgsectoren. Utrecht/Den Haag: Sira Consulting.
- 128 CEG (2022). Omgaan met onbedoelde en ongewenst uitkomsten in de zorg. Normhandhaving, leren en herstel. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid. De minister heeft de KNMG toegezegd een fundamenteel onderzoek te doen naar het tuchtrecht.
- 129 Zie ook de oproep van KNMG-voorzitter René Héman. https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/columns/column/de-toekomst-van-onze-gezondheidszorg-versterk-de-fundamentele-pijlers?utm_campaign=KNMG-202311&utm_source=spotler&utm_medium=email
- 130 Denk aan DNB of de Autoriteit Persoonsgegevens.
- 131 Dit is in lijn met het nieuwe veiligheidsdenken Safety II, dat ervan uitgaat dat het effectiever is om te focussen op wat goed gaat. Safety I gaat uit van onderzoek naar zaken die niet goed gaan, door alle incidenten en calamiteiten te melden en de opvolging van richtlijnen en protocollen te analyseren. Het vertrekpunt van Safety II is de dagelijkse realiteit (het begrijpen van de werkvloer) en niet van de beschreven processen en protocollen. Zie: [Patiëntveiligheid verbeteren met Safety-II | ZonMw](#) En: [Leren van variatie in de praktijk met Safety-II: nieuwe manier van kijken naar landelijke richtlijnen voor medicatieverificatie bij ontslag | Nivel](#) Zie ook: [Hoe onderscheidt de Safety II benadering zich van Safety I \(patientsafety.com\)](#)
- 132 Als dat niet afdoende is, moeten er laagdrempelige meldplekken zijn.
- 133 Of men kijkt veel beter naar het gebruik voor zorgverbetering. Vaak worden gegevens wel gevraagd en aangeleverd, maar niet gebruikt. Uitvragers of verstrekkers schrijven dan in een toelichting waarom de indicator niet klopt of de eigen patiëntenpopulatie echt anders is, of dat de interne registratie niet helemaal op orde is, maar dat als dat wel zo zou zijn, de indicator een stuk rooskleuriger zou zijn. Betrokkenen zeggen dan niet: hier doen wij nu niet aan mee, want het ontbreekt aan capaciteit en dergelijke om dat goed te doen.
- 134 Zorg helpt niet alleen individuen, maar draagt ook bij aan een veerkrachtige samenleving. Zie ook https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/columns/column/de-toekomst-van-onze-gezondheidszorg-versterk-de-fundamentele-pijlers?utm_campaign=KNMG-202311&utm_source=spotler&utm_medium=email
- 135 Uit het regiobeeld van Zeeland blijkt bijvoorbeeld dat de personeelstekorten in deze regio nijpend zijn dan elders. Dat vergt speciale regionale inspanningen. [Regiobeeld - Regioplan \(zeeuwsezorgcoalitie.nl\)](#)
- 136 Het in Nederland gehanteerde normenkader voor externe verslaggeving is nu het Burgerlijk Wetboek 2T9. [wetten.nl - Regeling - Burgerlijk Wetboek Boek 2 - BWBR0003045 \(overheid.nl\)](#). Voor de zorg is dat de Regeling openbare jaarverantwoording Wmg (RojW). [wetten.nl - Regeling - Regeling openbare jaarverantwoording WMG - BWBR0045649 \(overheid.nl\)](#). De vraag welke generieke en/of sectorspecifieke aanpassingen of aanvullingen hierop mogelijk zijn, vergt nader onderzoek. Volgens het ministerie van VWS is de openbare jaarverantwoording (WMG) wel al voldoende in overeenstemming met BW boek 2T9.
- 137 Zie ook: Steen, M. van der, Scherpenissen, J. & Twist, M. van (2015). Sedimentatie in sturing. Systeem brengen in netwerkend werken door meervoudig organiseren. Den Haag: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.

- 138 Ibidem.
- 139 Patrick Kenis, hoogleraar Public Governance aan Tilburg University, is een van de wetenschappers die onderzoek doet naar organisatienetwerken. <https://www.tilburguniversity.edu/nl/actueel/nieuws/meer-nieuws/nwo-financiering-voor-onderzoek-toezicht-netwerkorganisaties> En: Patrick Kenis: 'Organisatienetwerken noodzakelijk voor effectieve maatwerkoplossingen voor complexe problemen' | Branches Zorg voor Jeugd
- 140 RVS (2023). Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel voor zorg en ondersteuning. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 141 Denk aan handelingen die voorbehouden zijn aan bepaalde professionals, maar die mensen in het netwerk van patiënten en cliënten misschien ook willen uitvoeren.
- 142 De Verenigde Naties hebben 17 ontwikkelingsdoelen vastgesteld, de Sustainable Development Goals (SDG's). Met de implementatie van kernthema's van de ISO 26000-richtlijn werkt een organisatie als 's Heeren Loo bijvoorbeeld aan de ontwikkelingsdoelen van de Verenigde Naties. De organisatie integreert in 2024 het duurzaamheidsrapport in het financiële jaarverslag. De VN-doelen zijn te beschouwen als maatschappelijke opgaven. https://www.sheerenloo.nl/assets/uploads/4-Over-ons/Documenten/Samenwerken-en-MVO/SHL_Duurzaamheidsrapport-2022.pdf
- 143 RVS (2023). Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 144 Aanscherping van de Wkkgz (art. 3) biedt wellicht mogelijkheden hiervoor. Op individueel niveau (rondom cliënt/patiënt), op organisatieniveau (behouden van kwaliteit en toegankelijkheid in het aanbod van zorgorganisatie), maar vooral ook op 'macroniveau': hoe behouden we kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in tijden van personeelsschaarste? Die laatste vraag is nu 'van niemand', omdat Wkkgz (en andere wetten) zich richten op losse zorgorganisaties.
- 145 RVS (2023). Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel voor zorg en ondersteuning. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 146 <https://www.skipr.nl/nieuws/vijf-zorginformatiebouwstenen-dekken-helpt-data-kwaliteitsregistraties/>
- 147 <https://www.skipr.nl/nieuws/zorg-is-tot-645-miljoen-euro-kwijt-voor-deelnameverplichting-kwaliteitsregisters>
- 148 De NZa zal risico's (van 'zorgcowboys' en weglekken van publiek geld) specifiek moeten aanpakken. Hiervoor is aanpassing van de regelgeving en/of bekostiging belangrijk.
- 149 Ook de Federatie Medisch Specialisten en de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland pleiten daarvoor. Zie: https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2023-08/Brief_verkiezingsprogramma_medisch_specialisten_2023.pdf En: [Verkiezingsmanifest V&VN 2023: het draait om de gezondheidszorg! | V&VN \(venvn.nl\)](#)
- 150 Het ministerie van Financiën wil bezuinigingen op zorgkosten. De vraag is of het mogelijk is om een beweging naar anders verantwoorden op gang te brengen als die bezuinigingen al worden ingeboekt.
- 151 Het ministerie van Economische Zaken en Klimaat is rijksbreed portefeuillehouder van regeldrukvermindering.
- 152 Met consensus wordt vaak unanimiteit bedoeld. Besluiten worden dan pas genomen als iedereen 'voor' is. Besluitvorming op basis van consensus houdt rekening met de belangen van de minderheid, maar kan tot weinig effectieve compromissen leiden

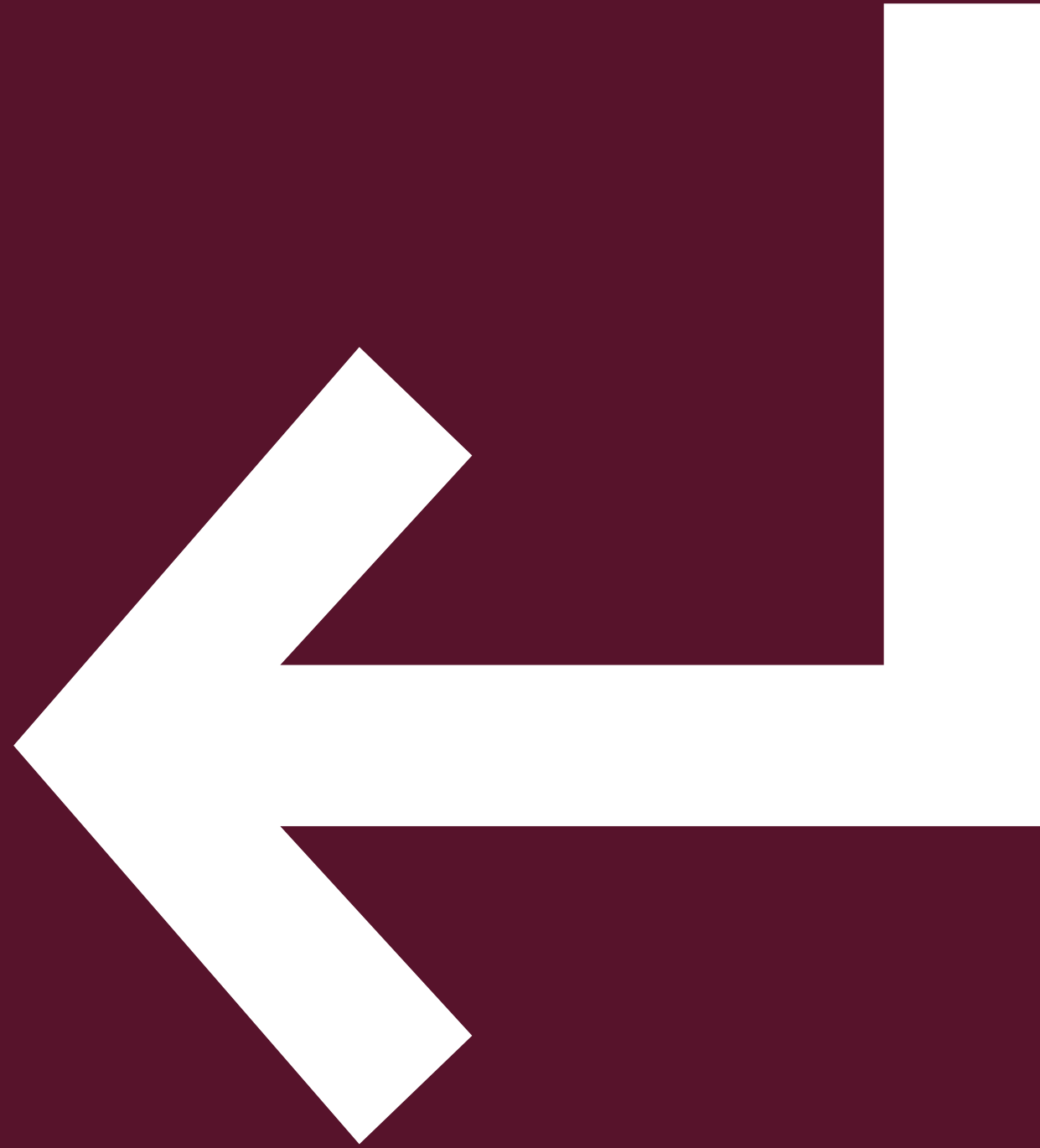
- die pas na veel tijd tot stand komen. Besluitvorming op basis van consent vindt plaats als geen van de aanwezigen overwegend bewaar heeft tegen het besluit.
- 153 Het verbinden van deze verschillende niveaus, ook wel recoupling genoemd, is cruciaal om iets te doen aan het probleem van regeldruk. Zie: Bovenkamp, H.M. van de, Stoopendaal, A.M.V., Bochove, M.E. van, Hoogendijk H. & Bal, R.A. (2018). Persoonsgerichte zorg, regeldruk en regelruimte: van regelreflex naar spiegelreflex. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management en Zorgbelang Zuid-Holland.
- 154 De rijksoverheid neemt al maatregelen om fouten en fraude bij betalingen in de zorg zo veel mogelijk te voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn: het programma Rechtmatige zorg en het wetsvoorstel Bevordering samenwerking en rechtmatige zorg. Zie het [↳ programma Rechtmatige Zorg 2018-2021](#), en bijvoorbeeld ook het [↳ wetsvoorstel bevordering samenwerking en rechtmatige zorg](#).
- 155 Die regeling is van het ministerie van VWS. Zie: wetten.nl - Regeling - Regeling langdurige zorg - BWBR0036014 (overheid.nl).
- 156 [↳ https://www.atr-regeldruk.nl/wp-content/uploads/2022/07/9.1d-Opvolging-ATR-adviezen-versie-1.1.pdf](https://www.atr-regeldruk.nl/wp-content/uploads/2022/07/9.1d-Opvolging-ATR-adviezen-versie-1.1.pdf)
- 157 Het ministerie van VWS heeft in de afgelopen jaren circa 70% van de adviespunten van het ATR opgevolgd. Dat is niet weinig, maar het ministerie volgt met name in de regeldruk-opwekkende dossiers (de openbare jaarverantwoordingsplicht, de governancewetten als Wtza en Wmg) de adviezen niet op. Het ATR heeft de ministers van VWS verschillende adviezen geven om nieuwe regelingen in de zorg niet vast te stellen. Een deel is opgevolgd, een deel ook niet. Wat betreft de Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders: zorgorganisaties hebben een meldingsplicht, een vergunningsplicht, een governanceverplichting en een jaarverantwoordingsplicht, en daar komt die van de integere bedrijfsvoering bovenop. Volgens het ATR is dit dubbelop. [↳ Aanvullende zienswijze: Regeling Jaarverantwoording Wmg - ATR \(atr-regeldruk.nl\)](#)
- 158 Daar zou de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz), die onlangs door de Eerste Kamer is aangenomen, verandering in moeten brengen. Het doel van de Wegiz is dat ICT-systemen straks met elkaar kunnen communiceren, zodat zorgverleners eenvoudig gegevens met elkaar kunnen delen. De Wegiz richt zich op het verplichten van afspraken over elektronische uitwisseling.
- 159 Er ligt een voorstel kwaliteitsregistraties zorg in de Tweede Kamer (wijziging van de Wkkgz) waarbij het ZIN de bevoegdheid krijgt om kwaliteitsregistraties op nut en noodzaak te toetsen. Daar gaan echter geen verplichtingen vanuit om tot minder lasten te komen. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/05/08/kamerbrief-voorstel-van-wet-tot-wijziging-van-de-wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg-in-verband-met-het-regelen-van-regie-op-kwaliteitsregistraties-in-de-zorg-en-grondslagen-om-ten-behoefte-van-die-kwaliteitsregistraties>
- 160 SER (2023). Waardevol werk: publieke dienstverlening onder druk Oplossingsrichtingen voor de krappe arbeidsmarkt. Advies 23/01 februari 2023. Den Haag: Sociaal-Economische Raad. Zie ook: Coalitieakkoord 2021-2025 van VVD, D66, CDA en CU.
- 161 TK (2020/2021). Klem tussen balie en beleid. Rapport Tijdelijke commissie Uitvoeringsorganisaties. Tweede Kamer, vergaderjaar 2020/2021, 35387, nr. 2. [↳ https://www.tweedekamer.nl/sites/default/files/atoms/files/20210225_eindrapport_tijdelijke_commissie_uitvoeringsorganisaties.pdf](https://www.tweedekamer.nl/sites/default/files/atoms/files/20210225_eindrapport_tijdelijke_commissie_uitvoeringsorganisaties.pdf)

- 162 Dit sluit aan bij de overheidsbrede beweging Werk aan Uitvoering, die streeft naar een publieke dienstverlening die aansluit op de verwachtingen en behoeften van burgers en ondernemers. [↳ https://www.werkaanuitvoering.nl/over-werk-aan-uitvoering](https://www.werkaanuitvoering.nl/over-werk-aan-uitvoering)
- 163 Tijdens de uitvoering blijft zo'n toets belangrijk; denk bijvoorbeeld aan de mogelijkheden van ICT-systemen. "Nu praten steeds mensen op strategisch niveau over anders verantwoorden en dat maakt het lastig zaken concreet te krijgen. Terwijl je wilt weten waar het voor de mensen aan het bed schuurt. Waar hebben zij nou last van?", aldus een van onze respondenten.
- 164 Het mandaat van het Adviescollege toetsing regeldruk biedt de mogelijkheid om te adviseren over bestaande regelgeving. Als bestaande regelgeving een houdbaarheidsdatum heeft, moet de regering bij het naderen van die datum een standpunt innemen over het verlengen van die regelgeving. Onderdeel van de adviestaak van ATR zou bijvoorbeeld kunnen zijn om de regering te adviseren over een voornemen tot verlenging. Het college kan daarbij zijn gebruikelijke toetsingskader hanteren. Het beoordeelt dan: 1) of nut en noodzaak van de verlenging zijn onderbouwd, 2) of er mogelijk minder belastende alternatieven voor de te verlengen regelgeving zijn, en 3) of die regelgeving werkbaar is voor aanbieders en professionals.
- 165 [↳ https://www.lhv.nl/nieuws/kamerbreed-steun-voor-kritiek-jaarverantwoordingsplicht-wtza/](https://www.lhv.nl/nieuws/kamerbreed-steun-voor-kritiek-jaarverantwoordingsplicht-wtza/)
- 166 Wetenschappelijke adviesraad NVTZ (2020). Voorbij het toezien. Over de taak- en rol opvatting van de raad van toezicht van zorg- en welzijnsorganisaties in een veranderende tijd. NVTZ.
- 167 RVS (2023). Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 168 De NZa kan dit bijvoorbeeld afdwingen met beleidsregels die voor zorgverzekeraars en zorgkantoren van toepassing zijn.
- 169 Kleine particuliere klinieken bijvoorbeeld met een veel minder volwassen kwaliteitsstelsel en heel andere organisatorische aandachtspunten vergen een ander toezicht dan grote ziekenhuizen met een sterke governancestructuur.
- 170 Dit geldt met name voor de langdurige zorg.
- 171 Zie bijvoorbeeld: [↳ Geen verplichte lijsten meer bij risicosignalering \(zorgvoorbeter.nl\)](#)
- 172 Denk aan ESG en CSRD die aangeven welke aspecten van duurzaamheid bedrijven en organisaties moeten aanpakken onder andere als gevolg van nieuwe EU-wetgeving. En aan SBR (Standard Business Reporting) en XBRL, de internationale 'standaardtaal' voor digitaal rapporteren.
- 173 Zie de SiSa-gedachte [↳ https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/financien-gemeenten-en-provincies/uitwisseling-financiele-gegevens-met-sisa-en-iv3/single-information-single-audit-sisa](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/financien-gemeenten-en-provincies/uitwisseling-financiele-gegevens-met-sisa-en-iv3/single-information-single-audit-sisa)). Accountants noemen het Havenbedrijf Rotterdam als voorbeeld van zo'n ontwikkelingstraject in de verantwoording: [↳ https://reporting.portofrotterdam.com/](https://reporting.portofrotterdam.com/).
- 174 Steen, M. van der, Scherpenissen, J. & Twist, M. van (2015). Sedimentatie in sturing. Systeem brengen in netwerkend werken door meervoudig organiseren. Den Haag: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.
- 175 Dees, M., Eimers, P. & Verheij, P. (2017). 'Bij focus op publiek belang hoort passie voor de publieke sector.' Accountant, Opinie, 1 november 2017. [↳ https://www.accountant.nl/opinie/2017/11/bij-focus-op-publiek-belang-hoort-passie-voor-de-publieke-sector](https://www.accountant.nl/opinie/2017/11/bij-focus-op-publiek-belang-hoort-passie-voor-de-publieke-sector)

Geraadpleegde personen

Bart Bakker	Anders denken doen en organiseren, Proeftuin Ruwaard
Jan van der Bij	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
Bas Bodzinga	Philadelphia
Jop Bogers	Amstelring
Guus van Bork	Zorgverzekeraars Nederland
Tjerk Budding	Vrije Universiteit, Zijlstra Instituut
Marius Buiting	Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn
Bianca Buurman	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Jan Coolen	Voorheen NPCF, ZN, Actiz en VGN
Linda Daniels-van Saase	Patiëntenfederatie Nederland
Martin Dees	Algemene Rekenkamer
Jochem Dijkstra	KPMG
Aad Groot	DSW
Frank Hagelstein	Actiz
Hans van der Hoeven	ZIRE
Josanne Huijg Leyden	Academy on Vitality and Ageing
Julia Jansen	Erasmus MC
Marcel Kieviet	Adviescollege Toetsing Regeldruk
Bianca Kijl	Zorgverzekeraars Nederland
Gerjanne Kleen	JP van den Bent stichting
Sarah Kleijnen	Zorginstituut Nederland

Jacqueline Klein Gunnewiek	Zorgverzekeraars Nederland
Laura Koopman	Zorginstituut Nederland
Lenard Markus	Actiz
Pauline Meurs	Voorheen RVS
Tom Overmans	Universiteit Utrecht
Fred Pijls	GGZ Oost Brabant
Marijke Ploegman	KPMG
Anne Margriet Pot	Erasmus Universiteit ESHPM
Jan Reitsma	Zorgverzekeraars Nederland
Tanja Scholten	JP van den Bent stichting
Harm Frederik Snijder	Zorgverzekeraars Nederland
Hugo Solleveld	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Joos Vaessen	Voorheen JP van den Bent Stichting
Caro Verlaan	CZ
Rianne Vulto	Nederlandse Zorgautoriteit
Andy Schuurmans	NFU
Hilde Verbeek	Universiteit Maastricht
Koos Vos	Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants
Laurent de Vries	Summa College, voorheen Viattence
Isabelle van Wijk	Voorheen Radicale Vernieuwing
Dirk Wolbers	DSW
Marieke Zegers	ZIRE



Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060

mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl

Raad 
Volksgezondheid
& Samenleving



@raadRVS