

# Maatschappelijk ondernemen en toezicht op publieke belangen in de zorg?

J.G. Sijmons

## Inleiding

De overheidsverantwoordelijkheid en het toezicht op de zorg hebben een dubbel karakter: de overheid ziet niet passief toe, maar treedt tevens actief op om richting te geven aan de zorg door ordening of zelfs planning. De grondslag voor overheidstoezicht op de zorg vinden we dan ook in een bepaling waarin de overheid wordt opgedragen handelend op te treden: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid' (art. 22 Grondwet). De zorg is bij uitstek een terrein waar toezicht houden en sturen of vormgeven door elkaar lopen en daaruit resulteert de lastige positie waarin de overheidsverantwoordelijkheid voor de zorg is komen te verkeren.

De opvattingen over de taak van de overheid ten aanzien van de zorg zijn nogal aan verandering onderhevig gebleken en wij staan nog voor een belangrijk deel midden in de herziening van het zorgstelsel.<sup>1</sup> De Volksgezondheidsnota 1966 en de Structuurnota 1974<sup>2</sup> gaven aan het algemene recht op gezondheidszorg de invulling van het recht van de burger op kwalitatief goede, geografisch bereikbare en financieel toegankelijke gezondheidszorg. De overheid zag en ziet voor zichzelf een rol voor het waarborgen van de kwaliteit, de bereikbaarheid en (financiële) toegankelijkheid van de zorg voor de burger.<sup>3</sup> De wegen waarlangs de overheid dit doel tracht te realiseren, waren toen en nu zeer verschillend. De curatieve gezondheidszorg was ooit een zaak van particulier initiatief en impliciete solidariteit, slechts bewaakt door de Maatschappij der Geneeskunst (thans: KNMG) en wettelijke tuchtcolleges als 'marktmeesters': het oorspronkelijke zuivere toezichtmodel. De zorg is de tweede helft van de vorige eeuw langzaam maar zeker door een systeem van overheidsregulering beheerst geraakt waaruit vrijwel alle concurrentie verbannen was: een model van sterke overheidssturing. Het rapport van de commissie-Dekker markeerde een omslagpunt in het denken over het stelsel en met de nota *Vraag aan bod*<sup>4</sup> van het kabinet Paars II is de beweging ingezet die nog steeds niet ten volle is gerealiseerd, waarin de zorg afstevent op minder over-

- 1 Zie over de ontwikkeling van de aanbodsturing door de overheid en tegelijkertijd het toezicht hierop o.a. J.G. Sijmons, *Aanbodregulering van de Wet toelating zorginstellingen*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2006, p. 113-170.
- 2 Staatssecretaris Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 'Structuurnota Gezondheidszorg', *Kamerstukken II* 1973/74, 13 012, nr. 1 en 2, d.d. 9 augustus 1974.
- 3 Zie H.J.J. Leenen & H.D.C. Roscam Abbing, *Bestuurlijk gezondheidsrecht*, Alphen aan den Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink 1986, p. 19 en recentelijk de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, 'Ruimte en rekenschap voor zorg in ondersteuning', d.d. 9 juli 2009, *Kamerstukken II* 2008/09, 32 012, nr. 1 (de 'Governancebrief'), p. 2.
- 4 *Kamerstukken II* 2000/01, 27 855, nr. 2.

heidsbemoeyenis, meer ondernemerschap en meer vraagsturing. In de plaats daarvoor komt de toezichtfunctie weer sterker naar voren. De vraag naar de gewijzigde betekenis en omvang van het overheidstoezicht in de zorg en de betekenis van het maatschappelijk ondernemen, meer in het bijzonder nog met de nieuwe rechtsvorm van de ‘maatschappelijke onderneming’ voor de zorg, moet daarom worden beantwoord binnen deze context.

### **Stelselwijziging: van sturing naar toezicht**

Begin 2006 verving de Zorgverzekeringswet (Zvw) de oude Ziekenfondswet, de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) kwam in de plaats van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, en later in dat jaar werd de Wet tarieven gezondheidszorg ingevuld voor de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Allereerst werd met de Zorgverzekeringswet de tweedeling in de financiering van particulier en ziekenfonds opgeheven en een algemene en een alle wezenlijke zorg omvattende zorgverzekeringsmarkt tot stand gebracht. De aanbod- en capaciteitsregulering gingen op de helling met het afschaffen van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Niet de overheid zou bepalen via vergunningen welke instellingen op de zorgmarkt actief waren en hoeveel bedden of plaatsen deze zouden aanbieden, maar het particulier initiatief (zoals het dus voor het stelsel van de Wet ziekenhuisvoorzieningen was geweest). De zorgverzekeraars zouden daardoor meer keuze krijgen op de zorginkoopmarkt, maar tegelijk geen belang hebben een overaanbod in te kopen voor hun verzekerden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden in een geliberaliseerd tarievenstelsel samen op een concurrentiële markt de prijs van het zorgproduct onderhandelend kunnen bepalen. De consument zou de zorgverzekeraars scherp houden door te stemmen met de voeten als de zorgverzekeraars de premielast van hun polis door slechte (te dure) zorginkoop zouden laten oplopen.<sup>5</sup> Kortom: ‘checks-and-balances’ in een stelsel waarbij de overheid vooral de rol van de ex-antenormsteller en van toezichthouder (marktmeester) op zich zou nemen.

### **Drie dimensies van toezicht in de zorg**

Er worden meerdere vormen van toezicht en verschillende zelfstandige bestuursorganen (zbo’s) op het gebied van de zorg ingezet. Dominant zijn echter drie toezichthouders: het Staatstoezicht op de Volksgezondheid (waaronder de Inspectie op de Gezondheidszorg (IGZ) valt), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Daarnaast zijn ook relevant het toezicht rechtstreeks door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het toezicht van het College voor zorgverzekeringen, het College sanering zorginstellingen, het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, het College bescherming persoonsgegevens, de regionale tuchtcolleges en het Centraal Tuchtcollege, de Autoriteit Financiële Markten en De Nederlandsche Bank (beide mede

5 “Voor de werking van het systeem is het immers van groot belang dat verzekerden gaan “stemmen met de voeten”, MvT, *Kamerstukken II 2003/04*, 29 763, nr. 3, p. 54 (zie ook p. 7).

toezichthouder op zorgverzekeraars), alsmede het Openbaar Ministerie, FIOD/ECD en de Onderzoeksraad voor Veiligheid. Daarnaast figureren nog adviescolleges als de Gezondheidsraad en enkele Provinciale Raden voor de Volksgezondheid. Bovendien zijn door de *health care governance* nog interne toezichthoudende organen actief, meestal in de vorm van raden van toezicht, en is er op wettelijke basis medezeggenschap door de cliënten ('cliëntenraden'). In de instellingen let bovendien een functionaris voor de gegevensbescherming op de correcte toepassing van de privacywetgeving. Aan toezicht lijkt zo op het eerste gezicht geen gebrek.

Wanneer wij ons echter beperken tot de curatieve zorg (eerste- en tweedelijnszorg gericht op genezing) en care (gericht op verzorging als verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg en thuiszorg), en dus de preventie buiten beschouwing laten, zijn de drie voornaamste dimensies van toezicht toch wel die betreffende (a) de kwaliteit, (b) de aanbod- en vraagontwikkeling en (c) de mededinging in de zorg. Deze zijn belegd bij respectievelijk de IGZ, de NZa en de NMa. De IGZ opereert op grond van de Gezondheidswet (Ghw) als overkoepelende instantie voor onderzoek naar 'de staat van de volksgezondheid en de determinanten daarvan' (art. 3 lid 1 Ghw). Verder houdt de IGZ toezicht op de kwaliteit van de beroepsuitoefening op basis van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en op de kwaliteit van de zorg in de instellingen op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz) en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz), maar ook op de toepassing van de wetgeving op andere terreinen van zorg, zoals bijvoorbeeld op de distributie van de geneesmiddelen (art. 100 Geneesmiddelenwet). De NZa fungeert als marktmeester in de zorg en is belast met 'marktontwikkeling', naast de tarief- en prestatieregulering (wat mag worden aangeboden voor welke prijs?). Verder houdt de NZa toezicht op de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverzekeraars. De NMa heeft ten slotte een algemene functie als toezichthouder voor de mededinging op de markt. Door de stelselwijziging van 2006 heeft de NMa met het toenemen van de marktwerking een prominenter plaats in het toezicht verkregen.<sup>6</sup>

De kwaliteit van de zorg en de effectieve werking van de markt, het in concurrentie aanbieden van producten, zijn elkaars tegenpolen en complement. De standaard voor de kwaliteit van zorg heeft weinig met marktwerking te maken en alles met de stand van de wetenschap en de geneeskunde, wat een internationale aangelegenheid is. De IGZ houdt hierop toezicht. Daartegenover staat de mededinging die gedefinieerd wordt in termen van marktwerking die volstrekt niet specifiek is voor de zorg, maar integraal geoperationaliseerd wordt door de economische analyse van de NZa die op alle sectoren van de economie van toepassing is en in de algemene theorievorming daaraan generaliserend is ontleend. Zowel profit- als 'not for profit'-bedrijven zullen doorgaans als 'ondernemingen' in de zin van artikel 1 sub f van de Mededingingswet kunnen worden beschouwd. De NMa oefent het toezicht bovendien uit met een begrippenkader ontleend aan het

6 Vergelijk het NMa-besluit inzake de fusie van de Zwolse ziekenhuizen (Besluit 165, 5 juni 1998) met besluiten ter zake van de fusie van de Gooise Ziekenhuizen (Besluit 3897 BCM, 17 juli 2004 en Besluit 3897 BCV, 8 juni 2005).

Europese mededingingsrecht.<sup>7</sup> Zo komen we op twee algemene internationaal georiënteerde invalshoeken: ‘the state of the art’ en markt. Daarmee zijn twee polen van het spanningsveld in de zorg en in het toezicht op de zorg benoemd. Het is uiteindelijk de hybriditeit van de zorgmarkt zelf: zorg gemedieerd door de markt. Dat is op zich geen vereiste, maar een keuze. De Britse National Health Service laat zien dat aan de zorg ook als overheidstaak invulling kan worden gegeven door een staatsorganisatie die de zorg verleent. De combinatie marktwerking en zorg levert al geruime tijd een meerwaarde, zodat een nationale zorgdienst aan deze zijde van het Kanaal niet gangbaar is en ook geen reële optie wordt gevonden.

Het toezicht van de NZa staat precies in het raakvlak van beide dimensies. Het betreft noch zuiver het een, noch het ander, maar precies de hybriditeit. Het is ook niet zuiver passief toezicht op handhaving van de wet, maar de NZa heeft een actieve rol in het ‘ontwikkelen’ van de markt (art. 16 sub a Wmg). Daarom is voor deze beschouwing die rol het meest interessant. Tegelijkertijd staat zij het meest onder druk. De verdere uitrol van de marktwerking is door de val van het kabinet-Balkenende IV ‘controversieel verklaard’. De verdere profilering van de NZa is in verband daarmee nog onzeker. Hier ligt echter mijns inziens de kern van de vraag naar de maat van het overheidstoezicht op de zorg en welke rol de overheid heeft bij het opleggen van publieke doelstellingen in een private markt.

Het toezicht door de IGZ is (door eigen toedoen) wel veel in het nieuws, maar – op incidentele gevallen na<sup>8</sup> – tot nu toe niet erg problematisch.<sup>9</sup> Wel krijgt zij zo langzamerhand meer taken toebedeeld dan waarop zij lijkt te zijn berekend, bijvoorbeeld het toezicht op de bouw in de zorg na afschaffing van het bouwregime van de Wet toelating zorginstellingen.<sup>10</sup> De NMa verkent verder met weinig weerstand haar eigen terrein en vernieuwde recentelijk haar Richtsnoeren voor de zorgsector (2010).<sup>11</sup> Met het Besluit inzake fusie van de Zeeuwse ziekenhuizen lijkt zij evenwel toch op de grenzen van een zinvol mededingingstoezicht te zijn aanbeland.<sup>12</sup> Andere onderdelen van toezicht betreffen meer detailvragen en singuliere problemen, die ik omwille van de eenheid van dit betoog buiten beschouwing laat.

7 De definitie van ‘onderneming’ verwijst bijvoorbeeld naar art. 81 lid 1 EG-Verdrag en de jurisprudentie daarover.

8 Zie bijvoorbeeld de beslissingen Nationale ombudsman 6 februari 2009, *GJ* 2009, 101 m.nt. J.H. Hubben en 16 april 2009, *GJ* 2009, 103.

9 Zie A.C. de Die, *Gewaarborgde kwaliteit*, Preadvies voor de Vereniging van Gezondheidsrecht, Den Haag: Sdu Uitgevers 2008, p. 135-136.

10 Zie J.H. Hubben & J.G. Sijmons, *Bouwnormen voor de zorg*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2010.

11 Zie <[www.nmanet.nl](http://www.nmanet.nl)>.

12 C.T. Dekker & E. Belhadj, ‘Fusie Zeeuwse ziekenhuizen. Een blik op de publieke belangen in de zorg, bekeken vanuit mededingingsrechtelijk perspectief’, *TvGr* 2009, p. 277-280 en M.F.M. Canoy & W. Sauter, ‘Ziekenhuisfusies en publieke belangen’, *M&M* 2009, p. 54-61.

## Doel stelselwijziging

Voor welke diagnose was de stelselwijziging eigenlijk de therapie? In de genoemde regeringsnota 'Vraag aan bod' wordt erkend dat de overheid zelf is tekortgeschoten in een effectieve sturing van de zorg. Het stelsel dat inmiddels achter ons ligt, was ingericht met de gedachte dat de stijging van de kosten van de gezondheidszorg in de hand moest worden gehouden. In de jaren zeventig verschaften de toen nieuwe Ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) een financiële basis voor een sterke groei van het aantal ziekenhuisbedden, verpleeghuisbedden en plaatsen in psychiatrische inrichtingen. In plaats van ongecontroleerde groei in alle richtingen zou de overheid omwille van sociale rechtvaardigheid de markt moeten ordenen en sturen. Geordende en op elkaar regionaal afgestemde voorzieningen zouden zich moeten voegen in een rationeel groter plan, waarmee de kosten tevens zouden kunnen worden beheerst.<sup>13</sup> Het is de invloed van onder meer het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de commissie-Dekker) *Bereidheid tot verandering* (voorstel van een brede basisverzekering met concurrerende verzekeraars en aanbodsturing beperken tot dure infrastructuur) en het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid *Volksgesondheid* uit 1997 geweest die de gedachterichting deed omkeren, waardoor de doelmatigheid van de markt niet langer in tegenstelling met de solidariteit van de sociale verzekering wordt gezien, maar in het verlengde ervan.<sup>14</sup> De nota 'Vraag aan bod' stelde de diagnose dat de door de overheid gedomineerde aanbodsturing had geleid tot geringe vraaggerichtheid van het zorgaanbod, beperkte innovatie en geringe doelmatigheid (onder andere door tegenstrijdige instrumenten). Terwijl het perspectief op langere termijn is dat de zorgvraag stijgt door de vergrijzing en het beslag dat de zorg op de arbeidsmarkt doet, niet evenredig kan meestijgen met de vraag. De zorg zal daarom veel innovatiever moeten worden.

In het zespuntenprogramma van 'Vraag aan bod' zou de overheidsgeruleerde aanbodsturing moeten worden omgebouwd tot een systeem waarin de vraag de markt stuurt en meer innovatie optreedt. Potentieel winstgedreven zorgverzekeraars moeten voldoende prikkels voelen om bij zorgaanbieders dat aanbod te contracteren dat aansluit bij de preferenties van hun verzekerden. De transparantie van zorgmarkt en verzekeringsmarkt moet worden vergroot. De overheid bevordert de institutionele waarden ter ondersteuning van het publieke belang (onder andere *health care governance*). Concurrentie verlangt vrije prijsvorming en verruiming van het zorgaanbod door de zorgaanbieders. Kostenbeheersing door overheidsingrijpen in tarieven en budgetten van zorgaanbieders en instellingen maakt plaats voor kostenbeheersing via de zorgverzekering (beperken van zorgaanspraken en/of eigen betalingen).<sup>15</sup> Van belang is te zien dat deze punten onderling

13 *Kamerstukken II 1973/74*, 13 012, nr. 2, p. 5.

14 WRR, *Volksgesondheidszorg*, rapport nr. 52, Den Haag: Sdu Uitgevers 1997. Zie tevens *De rollen verdeeld*, Zoetermeer: RVZ 2000 en SER-rapport, *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, advies uitgebracht aan de minister van VWS, publicatienummer 00.12, Den Haag, 15 december 2000.

15 *Kamerstukken II 2000/01*, 27 855, nr. 2, p. 24-32.

samenhangen. Transparantie is voorwaarde voor het benutten van de zorginkoopmacht en het reageren van zorgverzekeraars op preferenties van verzekerden. Om als zorgaanbieder te kunnen concurreren om de gunsten van de verzekeraars zijn vrije prijzen en een verruiming van het zorgaanbod nodig. Dan ligt het voor de hand dat de overheid terugtreedt in de mate waarin zij de zorgverzekeraars stuurt, en zich beperkt tot pakketmaatregelen en 'systeemverantwoordelijkheid'. Het is dit programma dat met de stelselwijziging van 2006 is uitgevoerd. Schiet het nog tekort in toezicht en maatschappelijk ondernemen?

Over dit systeem van uitgangspunten moet eerst worden opgemerkt dat het nog steeds uitgaat van de 'moral hazard' op de 'zorgverleningsmarkt'. Zorg verlenen geschiedt niet in een marktsituatie waar vanzelf een evenwicht tussen prijs en kwaliteit/hoeveelheid zorg optreedt. De zorg is een 'imperfecte markt', zoals Keith Arrow reeds in 1963 analyseerde<sup>16</sup> en als algemeen gezichtspunt reeds vóór de stelselwijziging werd gedeeld.<sup>17</sup> Nu behelsde de eerdere analyse dat juist de overheid het marktfalen, in de zin dat te weinig gecoördineerd en doelmatig wordt ondernomen, niet adequaat kan redresseren door planning. Dus was de gedachte dat weliswaar de markt zichzelf corrigeert, maar niet in de verhouding zorgaanbieder-patiënt, want door afhankelijkheid, informatieasymmetrie en de vrijwel ongelimiteerde behoefte aan zorg van de patiënt kan een evenwichtssituatie in economische termen niet spontaan ontstaan. Het is de zorgverzekeringmarkt die de zorgverleningsmarkt als 'countervailing power' in evenwicht moet houden. Daarom werd het winstmotief aan zorgverzekeraars toegestaan. Anders dan de eerdere ziekenfondsen mogen moderne zorgverzekeraars gericht zijn op het uitkeren van winst aan aandeelhouders (dus opereren in de vorm van een nv of bv; vergelijk art. 28 Zvw). De publieke belangen van een beheerste kostenontwikkeling liggen in het verlengde van de private belangen van de zorgverzekeraar: de winst op basis van een veelverkochte polis komt voort uit een combinatie van goede maar scherpe zorginkoop (kostenbeheersing) en aantrekkelijke polisvoorwaarden tegen scherpe premiestelling (opbrengst door marktaandeel). Het verplicht te verzekeren pakket (art. 10 Zvw) en de zorgplicht van de zorgverzekeraar jegens de verzekerde op het moment dat deze zorg behoeft (art. 11 Zvw), maken de zorgverzekeraar eindverantwoordelijk op een manier die moet verhinderen dat

16 Zie A.J. Arrow, 'Uncertainty and the welfare economics of medical care', *The American Economic Review* 1963, jrg. LIII, afl. 5, p. 941-973.

17 Zie bijvoorbeeld H.J.J. Leenen, *Recht op zorg voor de gezondheid*, Preadvies aan de Vereniging voor Gezondheidsrecht d.d. 25 april 1997, Raad voor de Volksgezondheid, *Tussen markt en overheid*, advies uitgebracht aan de minister van VWS, Zoetermeer, december 1998, A.L. Bovenberg & C.N. Teulings, 'Op zoek naar de grenzen van de staat: publieke verantwoordelijkheid tussen contract en eigendomsrecht', in: W. Derksen e.a. (red.), *Over publieke en private verantwoordelijkheden*, WRR voorstudies en achtergronden, V 105, Den Haag: Sdu Uitgevers 1999, p. 19-136, m.n. p. 94-95; zie voorts R. Lapré, F. Rutten & E. Schut, *Algemene economie van de gezondheidszorg. Leerboek voor universiteit en hoger beroepsonderwijs en managementopleidingen*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg 2001, p. 47-48 en 220-223, S.P. Bangma & C.A. de Kam, *Economie en gezondheidszorg*, Groningen: Stenfert Kroese 2002, p. 43-45 en CPB, *Zorg voor concurrentie*, CPB-documenten, januari 2003, nr. 28.



de verzekeringsdoelstelling te beperkt wordt opgevat. De zorgverzekeraar is niet schadelastverzekeraar, maar 'doelmatige, klantgerichte regisseur van de zorg'.<sup>18</sup>

## Twee evaluaties

Eind 2009 verschenen twee evaluaties van de dragende wetten van het stelsel. De evaluatie van de Zorgverzekeringswet signaleert dat overall de wet een positief effect heeft en bijdraagt aan solidariteit.<sup>19</sup> De effecten van de vraagsturing zijn echter tot nu toe beperkt gebleken. Direct bij de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 profileerden de zorgverzekeraars zich om de nieuwe verzekerden te binden. Het gevolg was dat de consument veelvuldig van zorgverzekeraar wisselde. Vervolgens werd veel gebruikgemaakt van de optie van de collectieve verzekeringspolis (onder andere via de werkgever of andere collectieven, zoals door patiëntenverenigingen, collectieven van academici, vegetariërs, niet-rokers, boeddhisten, paardrijders, huizenbezitters enzovoort).<sup>20</sup> De zorgverzekeringsmarkt is inmiddels relatief rustig en er gaat weinig sturende werking op de zorgverleningsmarkt van uit. Voornamelijk vanwege de knelpunten in de schakel tussen beide, de zorginkoopmarkt van zorgverzekeraars en zorgaanbieders.<sup>21</sup> De huidige tariefregulering door de NZa is een obstakel voor vrije tariefonderhandelingen, waarin de zorgverzekeraars een duidelijker profileringsmogelijkheid in handen zouden hebben (inkoopvoordeel doorgeven aan consumenten in lagere premies). Verder een gebrek aan transparantie van de kwaliteit van de zorgprestaties (het klassieke probleem van de informatieasymmetrie) en het gebrek aan financieel belang van de zorgverzekeraars door de compensatie uit de ex-postvergoedingen die de verzekeraars uit het vereveningsfonds van het College voor zorgverzekeringen ontvangen.<sup>22</sup> De rol van regisseur van de zorg maakt de zorgverzekeraar nog lang niet waar.<sup>23</sup>

Het probleem van de zorgverzekeringsmarkt is tevens dat van de zorginkoop- en zorgverleningsmarkt. In de evaluatie van de Wet marktordening gezondheidszorg<sup>24</sup> wordt geconstateerd dat de premisse van de liberalisering van de tarieven

18 *Kamerstukken II 2003/04*, 29 763, nr. 3, MvT, p. 25.

19 W.P.M.M. van de Ven e.a., *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*, Den Haag: ZonMw 2009.

20 Zie ook Vektis, *Verzekerdemobiliteit 2009* en NZa, *Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009*, Utrecht, juni 2009.

21 Van de Ven e.a. 2009, p. 107-166.

22 Zie tevens NZa, *Visiedocument Inkoopmacht en collectief onderhandelen. De verhoudingen op de zorginkoopmarkt*, Utrecht, januari 2010, p. 11.

23 Zie voorts J.G. Sijmons, 'Stelselmatige verbetering in de zorg? Enkele beschouwingen naar aanleiding van de stelselwijziging in de zorg en de rol van de zorgverzekeraar', *Verzekerings-Archief* 2009, afl. 4, p. 153-161. Van de Ven e.a. 2009, p. 50-66 hebben voorts zorgen ten aanzien van de houdbaarheid van het verbod van premiedifferentiatie in het licht van het Europese recht. De vraag is of deze regeling verenigbaar is met art. 29 Derde Schaderichtlijn en/of voldoet aan de uitzonderingsbepaling van art. 54 van die richtlijn. Ik laat dit aspect verder buiten beschouwing en veronderstel dat art. 17.2 Zvw rechtsgeldig is.

24 R.D. Friele (red.), *Evaluatie Wet marktordening gezondheidszorg*, Den Haag: ZonMw 2009.

lang niet is gehaald. De rol van de NZa als tariefregulator gericht op kostenbeheersing (in opdracht van de minister van VWS op basis van diens aanwijzingen ex art. 7 Wmg) verstoort de marktontwikkeling. Het vrijgeven van de prijzen wordt als oplossingsrichting voor het gesignaleerde knelpunt gezien, maar daarmee wordt in feite niet meer of anders dan naar de oorspronkelijke opzet van de stelselwijziging verwezen en haar interne consistentie. De queeste betrof immers het innovatief vermogen van de zorg, daarvoor kan de overheid alleen maar de gelegenheid bieden. Vrije prijsvorming – zo kan daaraan worden toegevoegd – verschuift het perspectief van controle op kosten van verrichtingen naar verleggen van de aandacht naar de toegevoegde waarde door beheersing van de kostenlast van aandoeningen. Dit is bijvoorbeeld het perspectief dat Porter en Teisberg de zorg voorhouden.<sup>25</sup> Concurrentie op het tarief van individuele verrichtingen stimuleert niet per se de innovatie (bij kortetermijnkostenreductie, in plaats van langetermijninvesteringen). Nog meer dan nu nadrukkelijk keuzes kunnen maken in het aanbod en gewaardeerd (en betaald) worden op resultaten in plaats van de verrichtingen is volgens Porter een weg naar snellere innovatie.<sup>26</sup> Daaraan staat niet de Wmg als zodanig – de wet biedt gelegenheid tot het herdefiniëren van de zorgprestaties en individuele tarieven (art. 51 en 56 Wmg) – maar wel het systeem van NZa-beleidsregels van de oudere budgettering in de weg.<sup>27</sup> Door de politieke time-out na de val van het kabinet-Balkenende IV wordt hier pas op de plaats gemaakt. Een andere hindernis is volgens de evaluatie nog steeds het gebrek aan transparantie van de markt en de ambivalentie in de regulerende en de toezichthoudende taak van de NZa. De meer principiële vraag naar de verhouding van de rol van de NZa als toezichthouder versus de sturing of ordening in de zorgmarkt wordt uit de weg gegaan.

Beide evaluaties laten zien dat het stelsel in een gevaarlijke overgangssituatie verkeert. Die zou niet te lang mogen duren. Intussen is de politieke realiteit dat de aandacht verschoof van innovatie en structuur naar verantwoordelijkheid voor incidenteel bestuurlijk falen (IJsselmeerziekenhuizen, Amsterdam Thuiszorg, Radboud ziekenhuis, Meavita, Philadelphia, Orbis enzovoort). Het besef was daar dat 'strategische beslissingen van de betrokken zorgaanbieders grote maatschappelijke gevolgen kunnen hebben en de publieke belangen in gevaar kunnen brengen' (Governancebrief, p. 4). Er zou reden zijn om de maatschappelijke inbedding van de governancestructuur te verbeteren, die met name door schaalvergroting grotere afstand van het bestuur ten opzichte van de werkvloer, de zorgverzekeraars en zorgkantoren, patiëntenorganisaties, lokale overheden en vakbonden

25 Zie M.E. Porter & E.O. Teisberg, *Redefining health care. Creating value-based competition on results*, Boston: Harvard Business School Press 2006.

26 Zie tevens M.E. Porter, 'A strategy for health care reform – Toward a value-based system', *The New England Journal of Medicine* 2009, jrg. 361, p. 109-112.

27 Friele 2009, p. 11 en 66-78. Zie voor een beschrijving van het budgetteringssysteem G.R.J. de Groot, *Tarieven in de zorg*, Deventer: Kluwer 1998 en voor een recente stand van zaken H.E.G.M. Hermans & L.A.C. Goemans, 'Financiering ziekenhuiszorg', *TvGr* 2010, p. 2-6, waarin wordt gepleit voor een verdere snelle invoering van de volledige prestatiebekostiging (afschaffing van de budgettering).



heeft doen ontstaan (Governancebrief, p. 8). Er wordt bovendien naar de instellingen gekeken om problemen op te lossen die de overheid heeft laten ontstaan, zoals bij de honoraria van medisch specialisten.<sup>28</sup>

### Maatschappelijke onderneming als alternatief?

Nu is een zorginstelling in zekere zin altijd al een maatschappelijk gerichte onderneming, maar toch is het borgen van het recht op kwalitatief goede, geografisch bereikbare en financieel toegankelijke gezondheidszorg op zich geen taak voor individuele instellingen. Wel geldt ook hier: ‘wenn die Rose sich selbst schmückt, schmückt sie auch den Garten’ (Rückert). Een instelling die (verbetering van de) kwaliteit van zorg tot haar doelstellingen rekent, draagt materieel bij aan (het recht op) kwalitatief goede zorg. Vrije initiatieven die witte plekken op de zorgkaart in Nederland zouden vullen, dragen evenzo bij aan de geografische bereikbaarheid en efficiency door innovatie en maken de zorg ten slotte goedkoper. Is het nodig daarvoor een afzonderlijke rechtsvorm in te richten?

De maatschappelijke inbedding zou volgens de Governancebrief gestalte kunnen krijgen via de nieuwe rechtsvorm van de ‘maatschappelijke onderneming’.<sup>29</sup> Twee elementen zijn hier van belang, namelijk het orgaan van de belanghebbendenvertegenwoordiging en de wijze waarop risicodragend kapitaal aan de zorgonderneming wordt verbonden, met andere woorden in hoeverre de private doelstelling van winst aan de zorgdoelstelling kan worden verbonden.

Voor de maatschappelijke inbedding dient in het wetsvoorstel een nieuw orgaan de vertegenwoordiging van belanghebbenden, de stakeholders (art. 307h). De regeling van het orgaan van de belanghebbendenvertegenwoordiging heeft parallellen met de Wet op de ondernemingsraden (WOR) en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Personeel en cliënten hebben echter op basis van die wetten reeds een eigen medezeggenschapsorgaan. Wie verder de belanghebbenden zijn, mogen de statuten in beginsel aangeven (art. 307h lid 6). Het ligt niet in de rede de overheid als belanghebbende op te nemen, omdat het publieke belang van een andere orde is dan de overige belangen van de stakeholders en daartegen niet moet worden afgewogen. Het ligt in ieder geval niet voor de hand dat private partijen een maatschappelijke onderneming oprichten teneinde de lokale overheid mee aan boord te krijgen, noch dat een lokale overheid een positie kan afdwingen, nu zij haar eigen bevoegdheden heeft de te behartigen publieke belangen te dienen (art. 307h lid 4 en 5). De zorgverzekeraars zijn belanghebbenden, maar in hun inkooprol kunnen ook zij niet aan interne compromissen binnen de maatschappelijke onderneming gebonden worden en moeten bij selectieve inkoop een onderneming geheel links kunnen laten liggen. Het voorontwerp ontmoette

28 Zie brief minister VWS aan Tweede Kamer d.d. 26 april 2010 (kenmerk CZ/IPZ-2994184).

29 *Kamerstukken II* 2008/09, 32 003, nr. 2.

dan ook wel enige scepsis in het veld over het functioneren van dit orgaan.<sup>30</sup> De belanghebbendenvertegenwoordiging heeft een adviesrecht en een beroepsrecht dat gemodelleerd is naar de rechten van de ondernemingsraad als geformuleerd in de artikelen 25 en 26 WOR.<sup>31</sup> Ook kan een goedkeuringsrecht voor bepaalde bestuursbesluiten in de statuten worden toegevoegd (art. 307i). Machtige partijen als lokale overheid en zorgverzekeraar zouden bovendien kunnen domineren en de stem van minder assertieve groepen zou minder kunnen worden gehoord.<sup>32</sup> Wordt de laatste alle ruimte gegeven, dan zal het gewicht in de besluitvorming waarschijnlijk toch minder zijn. De belangenvertegenwoordiging wordt daardoor niet het ‘cement’ tussen onderneming en publieke doelstellingen.

Het is zeer de vraag of het verleggen van de maatschappelijke inbedding naar binnen de grenzen van de zorginstelling wel de manier is om voor maatschappelijke inbedding zorg te dragen. Mij lijkt juist van niet. De maatschappelijke onderneming is een vrijwillig aan te nemen rechtsvorm die zijn nut kan hebben bij kleinere initiatieven – met name, maar niet alleen, in de care en maatschappelijke ondersteuning – waarbij ouders, de buurt of de doelgroep nauw bij het nemen van het initiatief betrokken zijn en blijven.<sup>33</sup> Voor meer grootschalige vormen van zorg lijkt mij dat de interne belanghebbendenvertegenwoordiging niet de externe belangenbepaling via vrije onderhandeling of door normstelling van de overheid kan vervangen. De externe coördinatie is als zodanig wel een probleem, maar door interne procedurevoorschriften kan deze noch worden voorkomen, noch effectief worden uitgevoerd. De belangen bij normhandhaving, bij vernieuwing van het zorgaanbod, bij selectieve inkoop, bij financiering door derden, bij het al dan niet vestigen van een zorginstelling in een gemeente, bij ondersteuning door gemeente of provincie tot behoud van werkgelegenheid zijn daarvoor meestal te groot en dienen niet binnenskamers, maar in scherpere en heldere externe betrekking al dan niet tot oplossingen te leiden, waarin alle partijen hun rol met verve kunnen spelen.<sup>34</sup> Het nieuwe stelsel gaat – mijns inziens terecht – uit van het ontvlechten van de belangen in een vrije onderhandeling, opdat de uitkomsten op hun meerwaarde blijvend worden getoetst en niet institutionaliseren en oplossingen op den duur belemmeringen voor innovatie en ontwikkeling vormen.

30 E.R. Helder, ‘Voorontwerp maatschappelijke onderneming: de reacties uit het veld’, *Ondernemingsrecht* 2007, afl. 16, p. 611-615, en verder o.a. O. Jongtsma, ‘Monster zonder waarde: de maatschappelijke onderneming’, *NJB* 2008, p. 217-220, F.J. Oranje & R. van der Goes-Lunneker, ‘Wetsvoorstel 32 003. Een verantwoorde maatschappelijke onderneming?’, *Tijdschrift voor de ondernemingspraktijk* 2009, p. 239-245. Zie verder o.a. E.R. Helder, ‘Wetsvoorstel maatschappelijke onderneming’, *WPNR* (2009) 6821, p. 948-953.

31 Zie ook M. Holtzer, ‘De medezeggenschap van de belanghebbendenvertegenwoordiging in de maatschappelijke onderneming’, *Ondernemingsrecht* 2007, afl. 16, p. 597-602.

32 Een zorg van de Algemene Rekenkamer, zie *Goed bestuur in uitvoering. De praktijk van onderwijsinstellingen, woningcorporaties, zorgorganisaties en samenwerkingsverbanden*, p. 37 en 41.

33 Zo lijken ook de ervaringen met de ‘vennootschap met sociaal oogmerk’ in België te laten zien.

34 Zie o.a. de casus Orbis, waarin de ondersteuning op marktconforme condities de redding bracht: *Vzr. Rb. Maastricht* 3 mei 2010, 149188/KG ZA 10-116, *LJN* BM3162.

## Goed bestuur en governance

De Governancebrief ontwikkelt een aantal beleidsvoorstellen voor verbetering van de kwaliteit en de professionalisering van het bestuur en toezicht van zorginstellingen. Nog geheel afgezien van de rechtsvorm van de maatschappelijke onderneming wordt in verband daarmee de positie van de cliëntenraad reeds versterkt (door middel van het nog in te dienen wetvoorstel Wet cliëntenrechten zorg). De governanceaspecten die de Wet cliëntenrechten zorg aanscherpen en volgens de Governancebrief nog op de agenda staan, focussen voornamelijk op het naar behoren besturen van de zorginstelling, ongeacht of zij in haar doelstelling al dan niet het publieke belang heeft onderschreven. De kwalificatie als zorginstelling volstaat. Welke nuttige bijdrage deze interne extra vormen van toezicht ook leveren, zij geven geen antwoord op de vraag of goed geleide instellingen ook *die zorg* en die coördinatie van afzonderlijke zorgprestaties verwezenlijken, waarvan het idee bestaat dat daaraan behoefte is. Nu onderschrijven alle zorginstellingen die zich houden aan de Zorgbrede Governancecode 2010, reeds het maatschappelijke doel van het bieden van verantwoorde zorg. Artikel 2.1 van de Zorgbrede Governancecode 2010 bepaalt: 'De zorgorganisatie is een maatschappelijke onderneming met als hoofddoelstelling het bieden van verantwoorde zorg.' Onder 'verantwoorde zorg' wordt verstaan: 'cliëntgerichte, veilige en betaalbare zorg die geleverd wordt via een doelmatige en transparante bedrijfsvoering'. Zowel intern alsook door de externe stakeholders kan het bestuur van de instelling hierop worden aangesproken. Echter niet op het goed werken van de markt, in die zin dat de zorgprestaties verantwoorde prijzen houden en nog minder dat het gewenste zorgaanbod zich ontwikkelt in het gewenste tempo (innovatiedoelstelling). Hiervoor blijft toezicht nodig op de verhoudingen *tussen* de marktpartijen, de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars, zowel onderling als in verhouding tot elkaar. Zo kan de minister verwijzen naar verdere zelfregulering voor normen van goed bestuur en intern toezicht met betrekking tot kwaliteit en veiligheid,<sup>35</sup> maar daarmee blijft nog open hoe op de publieke belangen wordt toegezien die het individuele bestuur overstijgen. De Zorgbrede Governancecode 2010 zorgt – ongeacht de rechtsvorm – reeds voor een zekere maatschappelijke inbedding van de zorgonderneming in haar omgeving. Met de aanscherping van de normen van goed bestuur en versterking van de positie van de cliëntenraad zouden stappen zijn gezet, die de noodzaak voor het dwingend voorschrijven van een nieuwe rechtsvorm als de maatschappelijke onderneming overbodig maken,<sup>36</sup> maar daarmee is de cirkel van het overheidstoezicht niet rond. IGZ kan toezien op de toepassing van governancenormen, maar redelijkerwijs niet op het beantwoorden van op zich legitieme zorg aan publieke doelstellingen. Daarmee ben ik terug bij de rol van de NZa. In dat licht valt de kritiek te begrijpen die geuit is op de

35 Zie *Kamerstukken II 2009/10*, 32 123, VI, nr. 88, brief minister VWS d.d. 27 november 2009.

36 Zie ook L. Houwen, 'Van democratisering naar professionalisering en commercialisering van het bestuur van zorginstellingen', in: L. Houwen, P. Bergkamp & L. Arends (red.), *Governance en ondernemerschap in de zorg. Nieuwe bestuurlijke verantwoordelijkheden in de gezondheidszorg*, Deventer: Kluwer 2010, p. 11-32.

Governancebrief, namelijk dat hij eenzijdig de aandacht richt op randvoorwaarden en te weinig op de doelstellingen en de gewenste uitkomsten van de zorgverlening.<sup>37</sup>

Men kan het mijns inziens nog scherper stellen, namelijk dat de overheid, in het bijzonder de minister van VWS, zelf haar taak heeft verzaakt en daardoor de vaart uit de verdere stelselontwikkeling heeft laten lopen. Ik doel daarmee concreet op haar verplichtingen uit hoofde van een wet die kennelijk enkel nog in dereguleringsperspectief wordt gezien, de Wet toelating zorginstellingen. Uit hoofde van artikel 3 van deze wet dient de minister ten minste eenmaal in de vier jaar zijn visie op het kwalitatief goede, doelmatige, evenwichtige en voor eenieder toegankelijke stelsel van gezondheidszorg bekend te maken. In de visie moet zijn opgenomen hoe de bereikbaarheid van de acute zorg wordt gewaarborgd. Deze beleidsvisie zou uiterlijk 29 december 2009 worden geactualiseerd.<sup>38</sup>

De beleidsvisie was bedoeld als ‘voor de volle breedte van de sector het samenvattende inzicht over de benodigde ontwikkelingen gericht op het in stand houden of het tot stand brengen van een evenwichtig, doelmatig en voor eenieder toegankelijk stelsel van zorg’.<sup>39</sup> De beleidsvisie vervangt de planning en zou met inbreng van lokale partijen via regiovisies tot stand worden gebracht.<sup>40</sup> Daarbij was niet meer gedacht aan een verdeling van de regionale markt, hetgeen in strijd zou zijn met het verbod van artikel 6 Mededingingswet, maar aan het afstemmen tussen de diverse sectoren in de regio.<sup>41</sup> De beleidsvisie wordt opgesteld ‘gelet op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg’ (art. 3 lid 1 WTZi); zij moet dus zijn gebaseerd op een analyse van de zorgmarkt (die de wettelijke taak is van de NZa: art. 21 lid 2 Wmg). De visie betreft de relatie van de ontwikkeling van de zorgvraag en de met het oog op deze aspecten benodigde ontwikkeling van het zorgaanbod.<sup>42</sup> Als maatschappelijk ondernemen zich (mede) richt op publieke belangen, zou het zich moeten oriënteren op een beleidsvisie waarin de overheid formuleert wat wenselijk is met het oog op de te borgen publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid.<sup>43</sup> Als deze samenhangende beleidsvisie ontbreekt, hoe kan men dan het veld kwalijk nemen ‘onvoldoende maatschappelijk’, zonder oog voor de publieke belangen, te ondernemen?

### **Nieuwe taakopvatting NZa: beleidsvisie marktontwikkeling**

De beleidsvisie van de minister van VWS heeft aan betekenis ingeboet door het afschaffen van het bouwregime (bijzonder toelatingsregime voor vergunningen met bouwinvesteringen volgens art. 7 WTZi en bouwvergunningen van het Col-

37 J.P. Kasdorp & M.W. de Lint, ‘Naar de markt en weer terug’, *TvGR* 2009, p. 313-618.

38 *Kamerstukken II* 2005/06, 27 659, L en nr. 66, p. 2.

39 *Kamerstukken II* 2000/01, 27 659, nr. 3, p. 10.

40 *Kamerstukken II* 2000/01, 27 659, nr. 3, p. 14.

41 *Kamerstukken II* 2000/01, 27 659, nr. 3, p. 15.

42 *Kamerstukken II* 2000/01, 27 659, nr. 3, p. 9.

43 *Kamerstukken II* 2001/02, 27 659, nr. 7, p. 8-19.

lege Bouw ex art. 11 WTZi), maar is nog steeds een wettelijke basis voor het algemene toelatingsregime en beleidsregels voor de toelating van de zorginstellingen tot de door de Zvw en AWBZ gefinancierde markt (art. 4 WTZi). De betekenis van de beleidsvisie is – als gezegd – ruimer en kan worden ingezet om aan te geven waar de publieke belangen in de zorg mee gediend zouden zijn. Daarmee is dan een oriëntatiepunt gecreëerd voor de NZa om als marktmeester op de zorgmarkt haar taak om de zorgmarkt in ontwikkeling te brengen (art. 16 sub a Wmg) uit te voeren. Daarmee zou tevens een invulling kunnen worden gegeven aan het ‘algemeen consumentenbelang’, dat de zorgautoriteit bij de uitoefening van haar taken voorop dient te stellen (art. 3 lid 4 Wmg). Het algemeen consumentenbelang kan immers geen ander zijn dan het publieke belang bij de uitvoering van de wettelijke zorgverzekering (verreweg het grootste deel van de zorg). De NZa zou bovendien door het ontwikkelen van een prospectieve visie op de zorg uit haar rol kunnen komen van uitvoeringsorganisatie van kostenbeheersing en budgetbewaking, waarmee het maatschappelijk ondernemen volgens mij niet is gediend.

De praktijk is anders. In de casus van de fusietoets van de Zeeuwse ziekenhuizen en de overname van de ambulancedienst VAZ door AMC marginaliseert de rol van de NZa.<sup>44</sup> Het is opvallend dat de minister in de Governancebrief wel de positie van IGZ wil versterken in de zin dat de IGZ een ex-antefusietoets invoert (na voorafgaande opstelling van een fusie-effectenrapportage door het bestuur van de zorginstelling) en ook de fusietoets door de NMa heeft aangescherpt,<sup>45</sup> maar de zwakke positie van de NZa heeft gelaten wat zij was.<sup>46</sup> Het zou echter juist niet zo moeten zijn dat IGZ ex ante toetst op bereikbaarheid (zeer ten dele haar expertise), voordat of nadat de NMa op haar eigen criteria heeft vastgesteld of sprake is van een beperking van de concurrentie. Het is de vraag aan de NZa of niet desondanks een fusie in het belang van de consument is (efficiencyverweer), geredeneerd vanuit verder liggende doelstellingen dan directe concurrentie op prijs, namelijk met het oog op de ontwikkeling van het zorgaanbod op de desbetreffende markt. Eenzelfde soort toets kan ook een rol spelen bij het beoordelen van tariefverzoeken en het opleggen van verplichtingen bij het contracteren (art. 45 Wmg) of bij het interveniëren en het opleggen van verplichtingen bij aanmerkelijke marktmacht (art. 48). Een positief voorbeeld voor de rolontwikkeling van de NZa biedt haar visie op het ontwikkelen van de markt van de chronische zorg.<sup>47</sup>

Aldus zou er een versterking kunnen komen van het toezicht op de marktontwikkeling ten behoeve van innovatievere zorg, waarom het in de stelselwijziging alle-

44 Zie NMa-besluit van 25 maart 2009, zaak 6424 en 24 juli 2009, zaak 6704.

45 Zie Beleidsregel minister EZ d.d. 1 september 2009, nr. WJZ/9145416, *Stcrt.* 2009, 13389, 3 september 2009.

46 Mede aanleiding van het advies van de Raad van State van 17 april 2009, nr. W13.08.0411/1/BA (bijlage *Kamerstukken II* 2008/09, 29 247, nr. 90).

47 NZa, *Visiedocument Functionele bekostiging. Vier niet-complexe chronische zorgvormen. Diabetes, COPD, cardiovasculair risicomanagement en hartfalen*, Utrecht 2009.

maal was begonnen. Daarbij ontwikkelt zich ook het begrip 'toezicht' zelf.<sup>48</sup> Concentratie op incidenteel falen en kostenbeheersing dreigt het zicht op de hoofdlijn van de stelselwijziging te ontnemen en ook de toezichtdiscussie te beperkt op te doen vatten. Het begint er uiteraard mee dat de overheid eerst zelf haar verplichtingen nakomt (art. 3 WTZi).

## Conclusie

Er is eerder gepoogd een evenwicht te vinden tussen private en publieke belangen in de eerste opzet van de Gezondheidswet van 1956. Deze wet beoogde samenwerking tussen overheid en particulier initiatief vorm te geven door het instellen van provinciale raden voor de volksgezondheid en een overkoepelende nationale raad voor de volksgezondheid. Dit poldermodel is niet waargemaakt. De overheidsplanning aan het einde van de vorige eeuw kon evenmin dwingend alle deelbelangen bundelen. Wij staan voor de uitdaging opnieuw het polderen uit te vinden. Om publieke en private belangen bijeen te brengen is daarbij een vorm van toezicht op en stimulering van de markt nodig, die allereerst weten aan te geven wat de publieke belangen van de markt vragen. In het voorgaande is geschetst dat het toezicht op de marktontwikkeling als zodanig nog aan het begin staat. Om de dichotomie van normatief toezien versus overheidsingrijpen te overstijgen zal de overheid de publieke belangen moeten weten te vertalen in doelstellingen, op een manier die door private partijen herkend en verwezenlijkt kan worden. Zowel de zorgverzekeraars als de zorgaanbieders zouden aangespoord kunnen worden tot meer marktdynamiek in de richting van de publieke doelstellingen.

48 Zie voor een dynamisch beeld van dit begrip C.J. van Montfort, 'Ontwikkeling in toezicht en verantwoording bij instellingen op afstand', *Tijdschrift voor Toezicht* 2010, afl. 1, p. 6-20. Het 'lerend toezicht' is een aspect dat afgelopen jaren sterker naar voren komt. Het visiedocument van de NZa over haar toezichtrol, *Zicht op toezicht* (Utrecht 2009) legt de nadruk op 'risicoanalyse' voor marktfalen en normovertreding. Voor de operationalisering zie ook nog het visiedocument *Zicht op zorgmarkten*, Utrecht 2010.