

Innovatie van zorg vereist innovatie van governance

De uitdagingen in de zorgsector worden steeds groter. Zowel de zorguitgaven als het tekort aan zorgpersoneel nemen toe, terwijl de kwaliteit van de zorg en de gezondheidswinst achterblijven bij de zorguitgaven. Actie is dus geboden: het kabinet heeft zich in het Coalitieakkoord verbonden aan stevige ingrepen in de sector. Lees: innovatie van zorgaanbod.

Dat er iets – en wát er – moet gebeuren is breed gedragen. Over het hoe bestaat onduidelijkheid: hoe gaan wij dit realiseren, wie is aan zet?

De Nederlandse stelsellogica biedt hier onvoldoende houvast. Wat onvermijdelijk de vraag oproept wat de rol van governance is of kan zijn.

Pieter Vos en **Cor Calis** belichten de relatie tussen governance en innovatie in de zorg.

De rapporten over de uitdagingen in de zorgsector stapelen zich op (WRR, 2021; CPB, 2019; SER, 2021; RVS, 2022). Steeds groter is het beslag dat de zorguitgaven op de collectieve middelen legt. Het tekort aan zorgpersoneel neemt toe. Maatschappelijk nut in termen van kwaliteit van zorg en van gezondheidswinst blijft achter bij de zorguitgaven.

Het kabinet heeft zich in het Coalitieakkoord verbonden aan stevige ingrepen in de sector, niet zijnde stelselwijziging, en in een recente brief van minister Kuipers van Volksgezondheid aan de Tweede Kamer over een 'integraal zorgakkoord (IZA)' staat het opnieuw: actie is geboden, meer van hetzelfde werkt niet meer (Coalitieakkoord, 2021; ministerie van VWS, 2022). De borging van het publiek belang komt in de gevaarzone. Innovatie van zorgaanbod moet de dominante oplossingsrichting zijn en COVID-19 leert dat dit ook mogelijk is (ministeries van VWS en SZW, 2022). Maar, zeggen velen, innovatie behoeft doelstelling en aansturing (onder meer RVS, 2022).

Deze probleemanalyse is breed gedeeld, maar de vertaling in concreet beleid roept onmiddellijk vragen op. De eerste vraag heeft te maken met de logica van het Nederlandse zorgstelsel: de 'gereguleerde marktwerking' (zie onder meer WRR, 2021; Schrijvers, 2014). De overheid heeft stelselverantwoordelijkheid, benoemt de publieke belangen en creëert de voorwaarden waaronder private partijen hun verantwoordelijkheid kunnen nemen.

Deze partijen, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, zijn verantwoordelijk voor de borging van de publieke belangen, door het contracteren en aanbieden van een adequaat en passend zorgaanbod dat toegankelijk en betaalbaar is voor de samenleving. Dit is de stelsellogica en wij wijzen erop, vooruitlopend op wat komen gaat, dat anders dan in veel andere maatschappelijke sectoren, de gebruiker van de zorg in deze logica buitenspel staat (Waal de, 2018; Vos, 2021; 2022).

De tweede vraag is meer algemeen van aard. Innovatie is per definitie een competentie van actoren in de samenleving: professionals, bedrijfsleven, internet, burgers. Een overheid heeft er maar beperkt greep op en een regiefunctie op dit vlak ligt niet voor de hand. Als



Pieter Vos is organisatiepsycholoog en toezichthouder, adviseur en publicist in zorg en onderwijs. Hij was onder meer bestuurslid van de NVTZ en voorzitter van de rvt van de organisatie van cliëntenraden.



Cor Calis is werkzaam als adviseur en toezichthouder bij verschillende zorginstellingen. Daarnaast is hij lid van het bestuur van de NVTZ.

de dominante oplossingsrichting innovatie van zorg is, dan is de vraag vervolgens: wiens verantwoordelijkheid is dat, tegen de achtergrond van de stelsellogica?

Innovatie en governance van zorg

De probleemanalyse en de vragen die daarmee samenhangen wijzen op de noodzaak van een nieuwe balans tussen publieke en private taken. Wát er moet gebeuren is breed gedragen, over het hoe bestaat onduidelijkheid: hoe gaan wij dit realiseren, wie is aan zet?

De Nederlandse stelsellogica biedt hier onvoldoende houvast. Onvermijdelijk roept dit de vraag op wat de rol van governance is of kan zijn. In dit artikel zullen we enkele vragen over de relatie tussen innovatie en governance beantwoorden.

- Tussen overheid enerzijds, bestuur van en toezicht op zorgaanbod anderzijds (corporate en/of public governance)?
- Tussen aanbieders van zorg (mededinging of samenwerking)?
- Binnen de organisaties van zorgaanbieders (bestuur, toezicht, medezeggenschap)?

Oorzaken van de problemen

In de literatuur doemen verschillende oorzaken voor de problemen in de zorgsector op (zie onder meer Mierau en Toebes, 2021; Schrijvers, 2014; RVS, 2022; Vos, 2022). Voor dit artikel is het volgende van belang.

- De borging van de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) is formeel en in abstracto opgedragen aan de private partijen in de zorgsector, maar de aan deze opdracht verbonden verantwoordelijkheid is diffuus en nauwelijks handhaafbaar. Problematischer nog is dat de publieke belangen geen sturende rol kunnen spelen op de plek waar vraag en aanbod moeten samenkomen: de spreekkamer, in de ontmoeting van patiënt en zorgprofessional. De mist van de beleidsmatig en bestuurlijk gecreëerde complexiteit staat die twee niet toe eigen verantwoordelijkheid te nemen en bij te dragen aan het publiek belang. Het resultaat is dat intermediaire, beleidsmatige, bestuurlijke en administratieve processen (zorgcontractering, interne protocollen en management, wet- en regelgeving) de uitkomst bepalen, niet de natuurlijke wisselwerking van vraag en aanbod (De Waal, 2018).
- Mede hierdoor, maar zeker ook door de manier waarop het zorgaanbod wordt bekostigd, overheersen de prikkels om bestaand zorgaanbod te behouden, ook als zich betere alternatieven aandienen (bijvoorbeeld: Juiste Zorg Op de Juiste Plek/JZODJP, ZonMw of: 'passende zorg', Zorginstituut Nederland, 2022). Behoud van institutie, traditionele productie en vastgoed zijn dan sturender in de bedrijfsvoering dan uitkomsten als gezondheidswinst.
- De zorgsector vormt een relatief geïsoleerd eiland in de omringende samenleving met zijn zorgbehoeften en culturele en technologische mogelijkheden. Meer specifiek: de zorgsector ontbeert een geografische, gebiedsgerichte inbedding. Dat resulteert in een van de maatschappelijke vraag losgezongen zorgaanbod en in onvoldoende benutting van mogelijkheden om bestaande tekorten aan te pakken.

De oorzaken van de problemen interfereren in hoge mate.

Innovatie moet oorzaken wegnemen

De oorzaken van de problemen in de zorgsector suggereren, naar onze mening, een dominante oplossingsrichting: een ingrijpende innovatie van het

zorgaanbod. Voor een definitie van zorginnovatie sluiten wij aan bij hetgeen de Wereldgezondheidsorganisatie WHO en Schrijvers daarover hebben gezegd (WHO, 2022; Schrijvers, 2014). Zorginnovatie omvat het geheel aan acties dat de gezondheidswinst die het zorgaanbod oplevert voor én burger én verzekerde én patiënt en daarmee voor de samenleving vergroot. Innovatie is een veelvormig en gelaagd 'programma' dat resultaat moet hebben op drie niveaus: de spreekkamer, de zorgorganisatie (als omhulsel van de spreekkamer) en het zorgstelsel (als omhulsel van de zorgorganisatie). Het resultaat moet zichtbaar zijn in de betaalbaarheid (dus voor burger/belasting- en premiebetaler), in de toegankelijkheid (voor de verzekerde) en in de kwaliteit (voor de patiënt).

Praktijkvoorbeelden laten zien dat zorginnovatie over het algemeen deze kenmerken heeft (ZonMw; Schrijvers, 2014; RVS, 2022; Zorginstituut Nederland, 2022; www.zorgvoorinnoveren.nl).

- Gericht op deïstitutionalisering van zorgaanbod, concreet: minder afhankelijkheid van vastgoed, schaalvergroting en plaats en minder aangestuurd door complexe en inflexibele organisatie- en managementmodellen. Dit is onder meer het gevolg van de doorwerking van exogene factoren als het internet en andere technologische innovatie (waarvoor bijvoorbeeld 'zorg op afstand', zelfsturende teams, arbeidsbesparing en zorg in de samenleving mogelijk is; zie voor de ouderenzorg bijvoorbeeld Commissie-Bos, 2020).
- Gericht op aanbod van 'voorzorg' (preventie en publieke gezondheid in al hun vormen) in plaats van aanbod van 'zorg'. Onvermijdelijk leidt dit tot zeggenschap en medeverantwoordelijkheid van

'Anders dan in veel andere maatschappelijke sectoren, staat de gebruiker van de zorg in de stelsellogica buitenspel'

burgers en patiënten in de totstandkoming van het aanbod: het raakt hen immers primair. Ook het verdienmodel verandert: van zorgproductie (herstellen, beter maken, verzorgen) naar voorkomen en gezondheidsbevordering.

- Deze twee kenmerken hebben in de praktijk tot gevolg dat het aanbod uiteindelijk een territoriale ordening krijgt, lees: een regionale oriëntatie. Die treedt in de plaats van de bestaande instituutgerichte ordening en de daarmee samenhangende institutionele parameters (budget, kwaliteitskaders, bestuur).

De praktijk van innovatie laat zien dat deze onvermijdelijk gevolgen zal hebben voor organisatie, beheer, bestuur en toezicht. Dat brengt ons bij de governance.

Huidige governance gericht op behoud

In de zorgsector is het object van governance de zorginstelling, veelal een stichting met een two-tier besturingsstelsel bestaande uit een raad van toezicht en een raad van bestuur.

Wet- en regelgeving (VWS, 2022), extern toezicht (NZa en Igg, 2020) en private codes en programma's (BoZ, 2022; NVZD, 2013; NVTZ, 2017) hebben dit besturingsstelsel en in het bijzonder de bestuurder tot de eindverantwoordelijke gemaakt voor het merendeel van de interne beslissingen. Dit zijn beslissingen over de allocatie van middelen over organisatieonderdelen, het kwaliteitsbeleid, de zorgcontractering met de zorgverzekeraar en daarmee de inkomsten, schaalomvang of de arbeidsmarktstrategie.

Het maakt de bestuurder tot een spin in het web van de transacties binnen en buiten de zorginstelling. En omdat wet- en regelgeving, extern toezicht, codes en programma's overwegend zijn georiënteerd op institutioneel zorgaanbod en diens externe parameters (vastgoed, schaalomvang, budget, CAO et cetera), ligt daar de focus van de bestuurder. Diens focus is niet de zorgbehoefte in de samenleving, regionale samenwerking en preventie.

Deze (institutionele, maar zeker ook culturele) context maakt van governance in de zorgsector een mechanisme voor behoud, uitbreiding en vooral optimalisatie

van bestaand aanbod. Een zorgelijke constatering tegen de achtergrond van de noodzaak van zorginnovatie, die nu eenmaal per definitie is gericht op verandering.

Nieuwe inzichten: afdoende?

In de afgelopen jaren zijn vele initiatieven genomen om de governance van zorginstellingen te veranderen.

- Brancheorganisaties van zorginstellingen, bestuurders en toezichthouders publiceerden governance-codes en accreditatie- en verbeterprogramma's (BoZ, 2021; NVZD, 2013; NVTZ, 2017). Deze beoogden de vereisten voor goed bestuur en toezicht in lijn met de tijdgeest te brengen. De evaluaties zijn over het algemeen positief (zie hiervoor de websites van BoZ, NVZD en NVTZ en verder ministerie van VWS, 2022).
- Het ministerie van VWS werkt aan een eigen programma Goed bestuur en stuurde hierover recent een brief naar de Tweede Kamer (VWS, 2022). Ook werd nieuwe wetgeving voor bestuur en toezicht van kracht met aanscherping van bepalingen op het terrein van transparantie, integriteit en toelating van instellingen (zie de wetten Wibz, Wbtr en Wtza). Wel houdt de overheid vast aan het principe van de zelfregulering. Externe toezichthouders NZa en Igg namen zich voor de besturing en het intern toezicht bij zorginstellingen kritischer te volgen en strikter te handhaven (zie bijvoorbeeld hun Kader Goed bestuur, NZa en Igg, 2020).
- Ook in onderzoek en literatuur op het terrein van zorggovernance ziet men opvattingen verschuiven. Governance zou primair het publiek belang moeten dienen en moeten varen op een moreel kompas (Commissie-Halsema, 2018). Zou ook de stem van belanghebbenden moeten horen, het cliëntperspectief voorop moeten stellen en een open democratische cultuur moeten creëren (RVS, 2019; WAR, 2019; Winter et al., 2020). Men spreekt over de zorginstelling als een 'configuratie van zorgnetwerken' en een 'gemeenschap van waarden' (Schraven, 2021 resp. Boutellier, 2016). Belangrijk zijn ook de nieuwe visies op leiderschap en werkgeverschap. Recente literatuur benadrukt het primaat van leiderschap over management, het belang van leidinggeven aan

semipublieke organisaties vanuit het publiek belang en de kernwaarden van de organisatiegenoten en beschrijft een wezenlijk ander profiel van leidinggeven (Stoker en Garretsen, 2018; Van Tongeren, 2021; Bijloos, 2019). En men bepleit een andere taakopvatting van werkgevers in de zorg (RVS, 2022). Hebben deze pogingen tot verandering geleid tot een vorm van governance die ‘gericht en effectief sturing kan geven aan de noodzakelijke innovatie van zorgaanbod’, die kan en wil breken met het adagium van optimalisatie van bestaand aanbod en met corporate parameters en die niet ‘meer van hetzelfde teweegbrengt’ (RVS, 2022; VWS, 2022)?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden moeten wij, als toetssteen, het profiel schetsen van governance (dat wil zeggen entameren, bevorderen, aansturen, effectief maken) van innovatie.

Governance van zorginnovatie

Governance van innovatie is een manier van besturen en toezichthouden die, naar onze mening, zou moeten bestaan uit deze ingrediënten.

- Het actief in gesprek gaan met alle geledingen in de organisatie en met de externe stakeholders (burgers, zorgverzekeraars, gemeenten) over de raison d'être van de organisatie. Is dat zorg of gezondheid? Is onze statutaire doelstelling de instandhouding van de organisatie en de optimalisering van het zorgaanbod of het samen met andere organisaties bouwen aan een regionaal systeem van gezondheidsbevordering en ‘passende zorg’? Dat vraagt een nieuw soort leiderschap dat in staat en bereid is het verdienmodel ter discussie te stellen en de risico's die dat teweegbrengt bespreekbaar te maken. En dat de veiligheid van de corporate parameters (vastgoed, bedden, Dbc's, inkoopcontracten) wil vervangen door flexibilisering van allocatie, arbeid, schaalgrootte en portfolio.
- Bestuur en toezicht die de ‘license to lead’ ontleen aan het publiek belang (Bijloos, 2019; De Waal, 2018). En die in staat zijn de verschillende waardesystemen in de organisatie bijeen te brengen in een strategische planning die op democratische wijze is ontstaan. De bestuurder als ‘spin in het web’ past niet

‘De ervaring met grote transities in de zorg leert dat deze alleen kunnen slagen als professionals en patiënten er volledig mee instemmen’

in het profiel van governance van innovatie. Dit alles, ook het vorige en het volgende punt, vereist grote sociale en strategische vaardigheden bij bestuur en toezicht (zie voor een profiel van modern leiderschap onder meer Stoker en Garretsen, 2018 en voor modern werkgeverschap RVS, 2022 en SER, 2022).

- Een actieve betrokkenheid bij een ingrijpende verbouwing van het zorgaanbod van de medewerkers, in het bijzonder de zorgprofessionals, en van de patiënten (zie ook Patiëntenfederatie Nederland, 2020). Dit betekent in de eerste plaats een vorm van gedeeld bestuur, waarin de organen voor medezeggenschap medeverantwoordelijkheid kunnen en mogen nemen voor de verbouwing (van medezeggenschap naar medeverantwoordelijkheid en van advies naar zeggenschap). De ervaring met grote transities in de zorg leert dat deze alleen kunnen slagen als professionals en patiënten er volledig mee instemmen. Het betekent in de tweede plaats dat het proces van ‘Samen beslissen’ in de spreekkamer de grondslag moet zijn voor interne besluitvorming (zie voor Samen beslissen: FMS, 2019; Frampton et al., 2009).

Kijkend naar de werkelijkheid van bestuur en toezicht in de zorgsector, naar de governanceliteratuur en naar de voornemens van brancheorganisaties en overheid, moet de conclusie zijn dat de governance van zorginstellingen niet voldoet aan het zojuist geschetste profiel (zie kamerbrief ministerie van VWS juni 2022 over evaluatierapporten drie brancheorganisaties). En omdat innovatie van zorg de dominante oplossingsrichting moet zijn voor de uitdagingen in de zorgsector en governance daaraan leiding moet geven, moet de conclusie ook zijn dat de governance van zorginstellingen niet toekomstbestendig is.

Toekomstbestendige governance

Kiezen zorginstellingen voor governance van innovatie, dan zullen zij de huidige constellatie van de interne wettelijke bestuurlijke organen een andere grondslag moeten geven. Raad van toezicht (rvt), raad van bestuur (rvb), cliëntenraad (CR) en ondernemingsraad (OR) zullen dan individueel en in relatie tot elkaar een wezenlijk andere inhoud en vorm moeten krijgen (Block de, Smets en Vos, 2020; Plenge en Kuperus, 2018; Block de en Vos, 2019).

Governance van innovatie heeft deze kenmerken.

- De vier organen die deze constellatie vormen werken samen in een horizontale aanpak van gedeeld bestuur.
- Is gebaseerd op een transitie van medezeggenschap naar medeverantwoordelijkheid.
- Voor een gedeeld en doorleefd einddoel: passende zorg belangrijker dan behoud van instituties.
- Gedeeld bestuur kan het 'democratisch tekort' van de stichtingsvorm verminderen (Plenge en Kuperus, 2018).
- En het vergroot het vertrouwen van de samenleving en de politiek in zelfregulering en zelfreiniging.

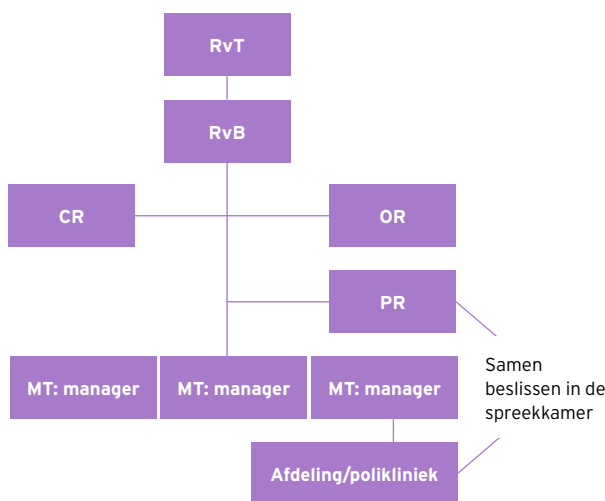
Wij lopen de organen een voor een na.

De rvt neemt de regie in de transitie naar governance van innovatie in nauw overleg met CR en OR, die ook een functie krijgen in het intern toezicht (bijvoorbeeld op de kwaliteit). 'Passende zorg' is leidend, ook in de verantwoording (RVS, 2019; Nivel, 2019). De raad organiseert gezamenlijke trainingen voor alle vier organen. Hij krijgt een tripartite samenstelling: samenleving, zorgvraag, zorgprofessional.

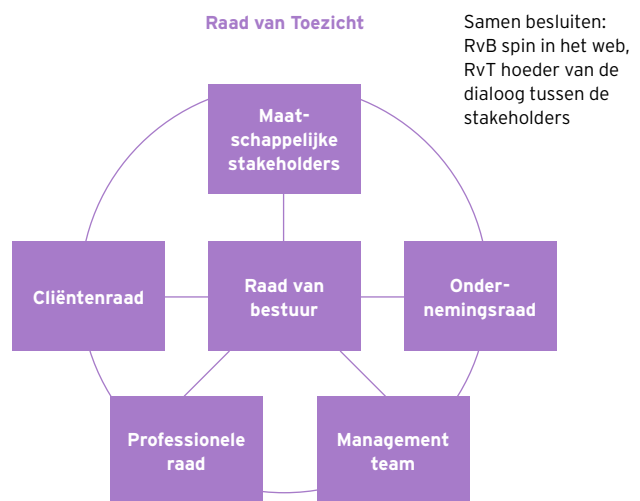
Als werkgever van de rvb vervangt hij de 'spin in het web'-positie van de bestuurder door een bij innovatie passend profiel van modern leiderschap. Een vorm van one-tier besturing is niet uitgesloten (conform de Wtza en Wbtr).

De rvb heeft een leiderschapsprofiel à la Stoker en Garretsen; dienstbaarheid en samenwerking staan daarin centraal en de 'license to lead' ontleent hij aan de publieke zaak (Bijloos, 2019). Geeft leiding aan de transitie naar 'passende zorg'/voorzorg (onder meer Zorginstituut Nederland, 2022) en naar Juiste Zorg Op de Juiste Plek (ZonMw, www.zonmw.nl). Creëert actief de voorwaarden: qua schaalniveau, qua regionale samenwerking c.q. integratie en qua verdienmodel.

Huidige constellatie

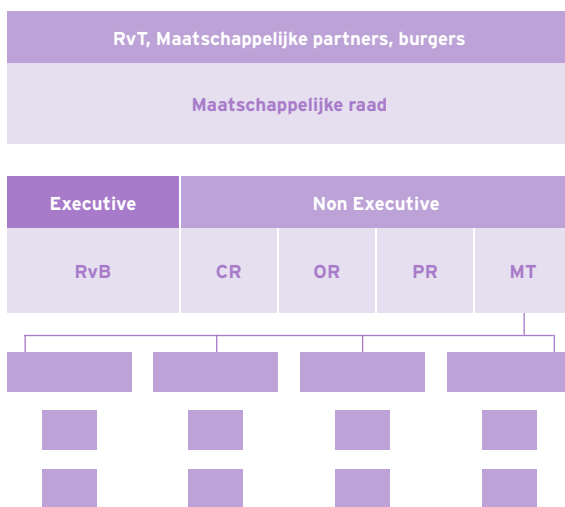


Evolutie naar overgangsfase



Mogelijk toekomstig eindmodel

Samen besturen: One Tier board, maatschappelijke raad als toezichthouder



Maakt van 'Samen beslissen' (zie hierboven) het startpunt van de interne besluitvorming en allocatie.

De cliëntenraad (CR) aanvaardt de nieuwe rol: van advies, overleg en medezeggenschap naar medeverantwoordelijkheid, expertise en zeggenschap. Heeft een vooraanstaande rol in de transitie naar 'passende zorg', voorzorg en gebiedsgericht werken. Zoekt in dat verband de samenwerking met andere CR'en in de regio en met burgerfora en -beraden. Behartigt ook de belangen van cliënten in wijk en huis. Streeft met de OR naar een geïntegreerde vorm van (mede)zeggenschap (à la de medezeggenschapsraad in het onderwijs). Past zijn samenstelling aan op de nieuwe rol (onder meer kroonleden en regionale expertise).

De OR zoekt actief de parallellie met de CR vanuit een oriëntatie op Samen beslissen, Passende zorg en De Juiste Zorg op de Juiste Plek. Neemt medeverantwoordelijkheid voor de daarmee gepaard gaande bedrijfsrisico's (verdienmodel, arbeidsmarkt, HR, zorg op afstand, regionale samenwerking). Aanvaardt de nieuwe relatie met de rvt als een uitbreiding van de relatie met de bestuurder. Werkt actief mee aan de

introductie van een nieuw leiderschapsprofiel. Kiest voor samenwerking met collega-OR'en in de regio op weg naar zorgnetwerken.

Onze conclusie is dat governance van innovatie, behalve noodzakelijk, het ultieme middel is om de borging van het publiek belang toekomstbestendig te maken. Het is een vorm van public governance. De introductie van governance van innovatie kan stapsgewijs verlopen. De vier interne organen kunnen daarbij een 'transformatieladder' gebruiken die hen in staat stelt gezamenlijk en planmatig 'op te klimmen' naar de gewenste constellatie van bestuur en toezicht. Elders hebben wij deze transformatieladder beschreven (zie Calis en Vos, 2022). In een aantal zorginstellingen speelt dit proces zich al af.

Andere balans

De overheid zou op deze beweging moeten reageren door het institutioneel kader van de governance 'passend' te maken. Dit moet verder gaan dan de beleidsvoornemens in de kamerbrief van de minister over 'goed bestuur'. Zo zal de financiering van de zorg en de bekostiging van het zorgaanbod een andere leest moeten krijgen (onder meer 'gebiedsoverstijgend, zie NZa, 2021). De zorgcontractering moet geschikt worden gemaakt voor 'passende zorg', voor het vervangen van zorg door voorzorg en voor een radicale aanpak van De Juiste Zorg op de Juiste Plek (Mouton en Vos, 2021). Ook moet de systematiek van de kwaliteitsregulering een andere grondslag krijgen. Essentieel voor governance van innovatie is verder dat de overheid voor een regionale ordening van de zorgsector kiest binnen het bestaande stelsel. Ten slotte moet de administratieve lastendruk substantieel omlaag. Zo belooft de overheid een private sector die zelfregulering in wil zetten voor het publiek belang. «

Literatuur

Bijloos, S., (2019), *Building a License to Lead. Hoe zorgbestuurders bouwen aan draagvlak om te besturen*. Erasmus Universiteit Rotterdam.
Block, C. de en P. Vos (2019). Toezicht en Cliëntenraad. Zeggenschap is van iedereen. *Zorg & Zeggenschap*, nr. 48, zomer 2019.

- Block, C. de, H. Smets en P. Vos (2020). Cliëntenraad en Ondernemingsraad. Living apart or together? *Zorg & Zeggenschap*, nr. 50, winter 2019-2020.
- Boutellier, H. (2016). Beter toezien. Over de maatschappelijke waarde van het onderwijs en het belang van toezicht daarop. Visierapport VTOI.
- BoZ/Brancheorganisaties Zorg (2022), Governancecode Zorg.
- Calis, C. en P. Vos (2022), Governance van innovatie vraagt om innovatie van governance. Spreekkamer, niet bestuurskamer de kraamkamer van zorgvernieuwing. NVTZ, Utrecht.
- CPB (2019), Middellangetermijnverkenning zorg 2020-2025. Den Haag.
- Coalitieakkoord 2021-2025 (2021), Omzien naar elkaar, vooruitzien naar de toekomst. Den Haag.
- Commissie-Halsema (Commissie Behoorlijk Bestuur (2013). Een lastig gesprek. Den Haag.
- Commissie-Bos Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2020). Oud en zelfstandig in 2030. Advies aan de minister van VWS. Den Haag.
- FMS/Federatie Medisch Specialisten (2019). Visiedocument Samen beslissen. Utrecht, mei 2019.
- Frampton, S.B. en P.A. Charmel (2009). Putting Patients First. Best Practices in Patient-Centered Care. Jossey-Bass, San Francisco.
- jzojp@zonmw.nl.
- Mierau, J.O. en B.C.A. Toebes (2021), Streefwaarden voor de volksgezondheid. TSG 99, 70-74
- Ministerie van VWS (2022). (Aanpassingswet) Wet toetreding zorgaanbieders en Wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering zorgaanbieders; zie ook bij Wtza, Wibz en Wbtr,
- Ministerie van VWS (2022), Kamerbrief over Integraal Zorgakkoord. Den Haag.
- Ministerie van VWS (2022), Kamerbrief Agenda Goed bestuur in de zorg. Den Haag.
- Ministeries van VWS en SZW (2022), Kamerbrief over langetermijnstrategie COVID-19. Den Haag.
- Mouton, R. en P. Vos (2021), regionale zorginkoop: de burger praat mee, deel 1 en deel 2. Nieuwsbrief Zorg&Innovatie. Utrecht.
- Nivel (2019). Anders verantwoorden. Utrecht, Nivel.
- NVTZ (2017). Programma Goed Toezicht. Utrecht.
- NVZD (2013). Accreditatie bestuurders in de zorg. Utrecht.
- NZa en Igi (2020). Kader Goed bestuur. Utrecht.
- NZa (2021), regionaal samenwerken onder één betaaltitel? Utrecht, NZa-magazines.
- Patiëntenfederatie Nederland (2020), Ikzoekeenpatiënt.nl.
- Plenge, H. en M. Kuperus (2018). Hallo, voor wie doen wij het eigenlijk? Hoofdstuk 4 *Jaarboek Corporate Governance*, 2018-2019. Wolters Kluwer.
- RVS (2019). Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg. Advies, Den Haag.
- RVS (2022), De kunst van het innoveren. Tijd voor een maatschappelijk perspectief op zorginnovatie. Den Haag.
- RVS (2022), Anders leven en zorgen. Naar een gelijkwaardig samenspel tussen naasten, vrijwilligers en beroepskrachten. Den Haag.
- Schraven, Th. (2021). In de bestuurs- en toezichtkamer van de gezondheidszorg. Ervaringen uit de adviespraktijk. Utrecht.
- Schrijvers, G. (2014). Zorginnovatie volgens het cappuccinomodel. Amsterdam, Thoeis.
- SER (2021), Aan de slag voor de zorg. Een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt. Den Haag.
- Stoker, J. en H. Garretsen (2018). *Goede leiders zweven niet. De fundamenteën van effectief leiderschap in organisaties en de maatschappij*. Amsterdam/Antwerpen, Business Contact.
- Tongeren, P. van (2021). Over de nieuwe leider: liever 'tuinman' dan 'technicus'. *Volkskrant* 27 november.
- Uijl, H. den en T. van Zonneveld (2015), *Zorg voor Toezicht. De maatschappelijke betekenis van governance in de zorg*. Amsterdam, Mediawerf Uitgevers.
- Vos, P., C. Deckers en M. de la Rambelje (2015), Besturing vanuit het perspectief van cliënt en professional. In: Uijl, H. den en T. van Zonneveld (2015), *Zorg voor toezicht*, 84-93.
- Vos, P. (2021), De verkiezingsprogramma's en de zorg. Marktwerking of samenwerking: van functionele naar territoriale decentralisatie. Nieuwsbrief Zorg&Innovatie, Utrecht.
- Vos, P. (2022), Burgerberaden en cliëntenraden. Burgerparticipatie noodzakelijk voor medezeggenschap cliënten. *Zorg & Zeggenschap*, nr. 59 voorjaar 2022.
- Vos, P. (2022), Mierau en Toebes willen wettelijke streefwaarden voor de gezondheid. Nieuwsbrief Zorg&Innovatie, Utrecht.
- Waal, S. de (2018). *Civil Leadership as the Future of Leadership. Harnessing the disruptive power of citizens*. Warden Press.
- WAR/NVTZ (2019). Voorbij het toezien. Utrecht, NVTZ.
- WHO (2022). WHO's Innovation to Health approach. www.who.int.
- Winter, J.W. et al. (2020). Naar een zorgplicht voor bestuurders en commissarissen tot verantwoorde deelname aan het maatschappelijk verkeer. *Ondernemingsrecht 2020.7 (2020): 471-474*.
- WRR (2021), Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Den Haag.
- www.begineengoedgesprek.nl (Patiëntenfederatie Nederland/www.patiëntenfederatie.nl).
- ZonMw, JZOJP Juiste Zorg Op de Juiste Plek. www.zonmw.nl.
- Zorginstituut Nederland (2022), Kader Passende zorg. Diemen.