

## Annex II: Governance in ziekenhuizen: Landenstudies

Opdrachtgever: Ministerie van Economische Zaken

ECORYS Nederland BV

Dr. Sandra Adamini  
Emmy Nelissen  
Dr. Wija Oortwijn

Rotterdam, 7 juni 2010



ECORYS Nederland BV

Postbus 4175

3006 AD Rotterdam

Watermanweg 44

3067 GG Rotterdam

T 010 453 88 00

F 010 453 07 68

E [netherlands@ecorys.com](mailto:netherlands@ecorys.com)

W [www.ecorys.nl](http://www.ecorys.nl)

K.v.K. nr. 24316726

ECORYS Macro- & Sectorbeleid

T 010 453 87 53

F 010 452 36 60



# Inhoudsopgave

<b>1 Governance in ziekenhuizen in Nederland</b>	<b>7</b>
1.1 Inleiding	7
1.1.1 De ziekenhuissector	7
1.1.2 Ziekenhuizen en governance	7
1.2 De omgeving van de ziekenhuissector	9
1.2.1 Gereguleerde marktwerking	9
1.2.2 Publieke verantwoording en kwaliteitswaarborging	11
1.2.3 Trends en ontwikkelingen	12
1.3 Formele governance	13
1.3.1 Wetgeving	14
1.3.2 Zelfregulering: governance codes	15
1.3.3 Eisen voor goed bestuur van ziekenhuizen	16
1.3.4 Toezicht op ziekenhuizen	19
1.4 ‘Informele’ governance	21
1.4.1 Het adagium van de ‘professionele autonomie’	21
1.4.2 Functioneren van de Raad van Toezicht	23
<b>2 Governance in ziekenhuizen in België (Vlaanderen)</b>	<b>25</b>
2.1 Inleiding	25
2.1.1 De ziekenhuissector	25
2.2 De omgeving van de ziekenhuissector	26
2.2.1 Organisatie van de zorg	26
2.2.2 Zorgbeleid op federaal en gemeenschapsniveau	27
2.3 Formele governance	30
2.3.1 Belangrijkste wetgeving	30
2.3.2 Interne bestuursrollen	31
2.3.3 Gedragscode	35
2.3.4 Toezicht op ziekenhuizen	37
2.4 ‘Informele’ governance	38
2.4.1 Sterke politieke en religieuze afvaardiging in het bestuur	38
2.4.2 Informele omgangsvormen	38
2.4.3 Relatie tussen management en artsen	39
<b>3 Governance in ziekenhuizen in Duitsland</b>	<b>41</b>
3.1 Inleiding	41
3.1.1 De ziekenhuissector	41
3.1.2 Ziekenhuizen en governance	42
3.2 De omgeving van de ziekenhuissector	42
3.2.1 Concurrentie op kosten en kwaliteit	43

3.2.2	Publieke verantwoording en kwaliteitswaarborging	46
3.3	Formele governance	47
3.3.1	Wetgeving	47
3.3.2	Eisen voor goed bestuur van ziekenhuizen	48
3.3.3	Toezicht op ziekenhuizen	50
3.4	'Informeel' governance	51
3.4.1	Relatie tussen de Raad van Bestuur en de medische staf	51
<b>4</b>	<b>Governance in ziekenhuizen in Engeland</b>	<b>55</b>
4.1	Inleiding	55
4.1.1	NHS Trusts en privé ziekenhuizen	55
4.1.2	NHS Foundation Trusts	56
4.1.3	Het begrip governance	57
4.1.4	Ziekenhuizen en governance – is er sprake van ongewenste neveneffecten?	57
4.2	De omgeving van de ziekenhuissector	59
4.2.1	NHS Grondwet	59
4.2.2	Goed bestuur richtlijnen	59
4.2.3	Meer aandacht voor doelmatigheid en kwaliteit van zorg	60
4.3	Formele governance	60
4.3.1	Eisen aan goed bestuur	60
4.3.2	Toezicht op ziekenhuizen	63
4.4	'Informeel' governance	65
4.4.1	Informeel processen	65

# 1 Governance in ziekenhuizen in Nederland

## 1.1 Inleiding

### 1.1.1 De ziekenhuissector

Ziekenhuizen zijn door de overheid toegelaten instellingen. Er bestaan verschillende soorten ziekenhuizen: algemene ziekenhuizen, universitair medische centra (UMC's), categorale ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBCs). De meeste ziekenhuizen leveren basiszorg voor veelvoorkomende aandoeningen. Sommige ziekenhuizen leveren daarnaast meer specialistische zorg, zoals een UMC.<sup>1</sup>

Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw is er sprake van een afname van het aantal ziekenhuizen (van rond de 200 ziekenhuizen tot 83 in 2009). Deze afname komt vooral door regionale fusies, waarmee ziekenhuizen geprobeerd hebben hun positie in de regio te versterken door het realiseren van schaalvoordelen. In tabel 1 staan de aantallen ziekenhuisinstellingen naar verschillende typen.

Tabel 1.1 Aantallen ziekenhuisinstellingen<sup>2</sup>

Ziekenhuizen	Aantal organisaties
Algemene ziekenhuizen	83*
Universitair medische centra	8*
Categorale ziekenhuizen	62**
Zelfstandige behandelcentra <sup>3</sup>	195*
Privéklinieken	158*

\* 2009.

\*\* 2007.

### 1.1.2 Ziekenhuizen en governance

In dit hoofdstuk wordt de governancestructuur van ziekenhuizen in Nederland bekeken. Tot nu toe was de lijn dat ziekenhuizen verantwoordelijk zijn voor kwalitatief goede zorg;

<sup>1</sup> Ministerie van VWS. Beschrijving ziekenhuis. <http://www.minvws.nl/dossiers/ziekenhuizen/default.asp>.

<sup>2</sup> RIVM via [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_class/atl\\_ziekenhuis.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_class/atl_ziekenhuis.html); Het aantal privéklinieken is gebaseerd op gegevens van Mediquest, via VOZ Magazine (maart 2010) jaargang 4:pp. 20-21. De privéklinieken en ZBC richten zich met name op dermatologie, plastische chirurgie, oogheelkunde en heelkunde.

<sup>3</sup> Vanaf 2000 zien we een groei van ZBCs (van 30 ZBCs in 2000 naar 195 ZBCs in 2009). Hoewel dit een spectaculaire toename lijkt, vormen ZBCs in 2007 slechts 1% van de totale ziekenhuisuitgaven. Met andere woorden, het aandeel van ZBCs in termen van zorgvolume is zeer beperkt.

de overheid is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg, en moet hiervoor de kaders stellen. Echter, de Nederlandse ziekenhuissector kenmerkt zich door verschillende ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de governancestructuur: gereguleerde marktwerking, fusies, bezuinigingen, invoering van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), een toenemende invloed van zorgverzekeraars op de kwaliteit en omvang van de zorg, de evolutie van een aanbodgestuurde naar een vraag- en patiëntgerichte zorg en een toenemende vraag om transparantie. Zo is de afgelopen jaren de financieringsstructuur veranderd door de invoering van prestatiebekostiging. Daarnaast wordt het toezicht anders georganiseerd en als gevolg van nieuwe wet- en regelgeving worden de transparantie-eisen vergroot. Bovendien bestaat in sommige regio's een duidelijk tekort aan zorgverleners, wat een bedreiging vormt voor de toegankelijkheid, kwaliteit en veiligheid van de zorg.<sup>4</sup>

#### *Governance: is er sprake van onbedoelde neveneffecten?*

Al geruime tijd is er binnen de ziekenhuissector aandacht voor goed bestuur, maar er zijn indicaties dat de huidige governancestructuur onvoldoende functioneert. In de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 'Ruimte en Rekenschap voor zorg en ondersteuning' van juli 2009<sup>5</sup> wordt vastgesteld dat recente incidenten laten zien dat meer aandacht nodig is voor de kwaliteit van het bestuur en het intern toezicht, dat de maatschappelijke inbedding van de governancestructuur niet altijd voldoende is en dat er onvoldoende mogelijkheden zijn om bestuurders en interne toezichthouders aansprakelijk te stellen.

Door de overheid worden steeds meer verantwoordelijkheden overgedragen aan het bestuur van ziekenhuizen. Zo mogen ziekenhuizen zelf een deel van de prijzen bepalen en zijn zij in toenemende mate verantwoordelijk voor het financieren van investeringen en vastgoed.<sup>6</sup> De bedoeling van deze ontwikkelingen is dat ziekenhuizen geprikkeld worden om doelmatige en kwalitatief hoogstaande zorg aan te bieden. De taakverdeling tussen overheden, zorginstellingen en professionals in de zorg is tegenwoordig zo ingewikkeld dat er dingen mis gaan.

Serieuze schandalen met betrekking tot de kwaliteit van de zorg, zoals bij het UMC St Radboudziekenhuis (cardiochirurgie), de IJsselmeerziekenhuizen (patiëntveiligheid OK-complex) en Medisch Spectrum Twente (disfunctionerende neuroloog)<sup>7</sup> of financiële problemen door de bouw van een nieuw ziekenhuis (Orbis Medisch Centrum; Jeroen Bosch ziekenhuis) hebben een negatief effect op de reputatie van deze ziekenhuizen.<sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> Nivel (2009). Website beschrijving ziekenhuiszorg. Via [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl).

<sup>5</sup> Ministerie van VWS (2009). Ruimte en rekenschap voor zorg, 9 juli 2009; Kenmerk: MC-U-2941595. p. 6.

<sup>6</sup> Zie toelichting in paragraaf 1.2.

<sup>7</sup> Schraven ThPM (2009). Over governance in de zorg en de medisch specialist als eigenaar van het ziekenhuis. In: Medisch Specialistische Zorg 2010, hoofdstuk 12. Via: <http://www.governanceuniversity.nl/publicaties.php>.

<sup>8</sup> Marcel Canoy (2009). Corporate Governance Code nodig voor ziekenhuizen. 17 februari 2009: Me Judice. Via: <http://www.mejudice.nl/artikel/155/corporate-governance-code-nodig-voor-ziekenhuizen>.



De gemiddelde ‘overlevingsduur’ van leden van de RvB in ziekenhuizen is 2,8 jaar in 2008 met als belangrijkste reden voor vroegtijdig vertrek een conflict tussen de Raad van Bestuur (RvB) en de medische staf.<sup>9</sup>

Er is bovendien meer dan ooit aandacht voor de prestaties van ziekenhuizen, zowel van de media als de politiek. Denk maar aan de vele berichten over topsalarissen van medisch specialisten, medische misstanden, faillissementen en fusies.

## 1.2 De omgeving van de ziekenhuissector

Een ziekenhuis bevindt zich in een complex krachtenveld van verschillende belanghebbenden. In de eerste plaats zijn naast de eigen werknemers de patiënten van groot belang voor de organisatie. Zonder één van beiden kan een zorginstelling niet bestaan.<sup>10</sup> Voldoende instroom en behoud van kwalitatief goed opgeleid personeel ontwikkelt zich bijvoorbeeld tot één van de grootste beleidsproblemen voor de toekomst van de zorgsector.<sup>11</sup>

Daarnaast zijn er vele andere belanghebbende partijen, zoals de zorgverzekeraars, huisartsen, ministeries en patiëntenbelangenbehartigers die ieder op hun eigen manier invloed uit oefenen op de dienstverlenende organisatie, in dit geval het ziekenhuis.<sup>12</sup>

In dit hoofdstuk wordt de omgeving van de ziekenhuissector besproken. Daarbij is wetgeving over de organisatie, structuur en financiering van de zorg de laatste jaren ingrijpend verandert. De Wet toelating zorginstellingen (WTZi), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) vormen samen het drieluik voor de structuur van de gezondheidszorg: primaat van de marktpartijen waar mogelijk (decentraal vraaggericht zorgstelsel) en overheidssturing waar noodzakelijk. Ook wetgeving op het vlak van de kwaliteit van zorg en patiëntenrechten is de afgelopen jaren aan verandering onderhevig.

### 1.2.1 Gereguleerde marktwerking

In de gezondheidszorg is geen sprake van geheel vrije marktwerking maar van gereguleerde marktwerking. Dat betekent dat vragers en aanbieders weliswaar wat vrijheid hebben, maar dat die vrijheid wel is afgebakend door wetten en regels. Deze regulering is er om ongewenste effecten te voorkomen en de publieke doelen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg te waarborgen.

<sup>9</sup> Gallé, G. (2009). Nieuwbouw ziekenhuizen niet onnodig ophouden. Inzake Zorg (Kwartaaluitgave Fortis Health Care voor bestuurders en managers in de zorg). Jaargang 2, april 2009; Maarse, H., Lodewick, L. (2010). Hospital governance in the Netherlands. Universiteit Maastricht. Forthcoming.

<sup>10</sup> M. Brans, A.P.M. Giesbers & A.J. Meijer, 2008, Alle ogen op de ziekenhuizen gericht? De effecten van openbaarmaking van prestatiegegevens, Bestuurswetenschappen, Vol. 62, Nr. 2, pp. 32 – 52.

<sup>11</sup> Zie verder: <http://www.zorgbanen.nl/frontend/frontendIndex/0,1004,1654,00.html?view=detail&articleid=2948>.

<sup>12</sup> M. Brans, A.P.M. Giesbers & A.J. Meijer, 2008, Alle ogen op de ziekenhuizen gericht? De effecten van openbaarmaking van prestatiegegevens, Bestuurswetenschappen, Vol. 62, Nr. 2, pp. 32 – 52.

### *Wetgeving*

**De Wet Toelating Zorginstellingen: toetreding tot de markt en kapitaallasten.** De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) schrijft voor dat instellingen alleen zorg vallend onder de wettelijke zorgverzekering (het ‘basispakket’) mogen aanbieden als zij een toelating hebben. Toelating op grond van de WTZi is een noodzakelijke voorwaarde om contracten met zorgverzekeraars af te kunnen sluiten voor ziekenhuiszorg.

Voor de inwerkingtreding van de WTZi werd de planning en capaciteit volledig bepaald door de overheid in termen van beddenaantal en medische specialismen onder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Ziekenhuizen hadden een vergunning nodig wanneer zij een nieuw ziekenhuis wilden bouwen en hun klinische capaciteit wilden uitbreiden.

Sinds de invoering van de WTZi in 2006 bepaalt het CIBG<sup>13</sup> of een instelling aan bepaalde eisen voldoet. De belangrijkste eisen zijn de bereikbaarheid van acute zorg en de transparantie van bestuursstructuur en bedrijfsvoering.<sup>14</sup>

Sinds 2008 is het bouwregime voor ziekenhuizen afgeschaft. Het bouwregime verplichtte zorginstellingen een vergunning aan te vragen voor het bouwen (nieuw, uitbreiding, vervanging), huren of het in gebruik nemen van een zorggebouw. Deze vergunning leidde tot vergoeding van afschrijvingen en rentekosten van de bouw (de kapitaallasten).

Ziekenhuizen zijn vanaf 2008 zelf verantwoordelijk voor investeringen in gebouwen en apparatuur (kapitaallasten). Instellingen krijgen hiermee een economische prikkel om beter in te spelen op de wensen van patiënten en zorgvuldig om te gaan met investeringen.

**De Wet marktordening gezondheidszorg.** De Wmg bevat regels voor een doelmatig en doeltreffend stelsel van zorg en heeft als doel de ontwikkeling van de kosten van de zorg in de greep te houden. Zo staat in de Wmg hoe de tarieven in de zorg tot stand komen. Ook stelt de wet regels voor de bescherming en bevordering van de positie van patiënten en verzekerden. Om keuzemogelijkheden van consumenten te bevorderen, is informatie van groot belang. In de Wmg staat dat zorgaanbieders verzekeraars hierin moeten voorzien. Zorgaanbieders moeten patiënten informeren over de prijs en kwaliteit van zorg; Verzekeraars moeten op een begrijpelijke manier aangeven wat er in hun verzekeringspakket is opgenomen en hoe hoog de premie is.

De Wmg regelt daarnaast ook het toezicht op alle zorgmarkten (zorgverzekering, zorginkoop en zorgverlening). Deze verantwoordelijkheid ligt bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (zie paragraaf 1.3.4).

---

<sup>13</sup> Het CIBG is een uitvoeringsorganisatie van het ministerie van VWS en voert taken uit op het gebied van zorgregisters, identiteitsbeheer in de zorg en beoordelen en verstrekken in de zorg.

<sup>14</sup> Voor een gedetailleerd overzicht van de toelatingseisen, zie [http://wetten.overheid.nl/BWBR0018983/geldigheidsdatum\\_04-03-2010](http://wetten.overheid.nl/BWBR0018983/geldigheidsdatum_04-03-2010).

### *Diagnosebehandelingcombinaties*

Vanaf 2005 vormen diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) de basis van het betalingssysteem voor de ziekenhuiszorg (en de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg). Daarvoor werden ziekenhuizen gefinancierd via een budgetstelsel.

Met de introductie van de DBC's is ook de markt voor ziekenhuiszorg gedeeltelijk geliberaliseerd. Verzekeraars en ziekenhuizen onderhandelen over de prijzen en volumes van de zorg, voornamelijk bestaand uit relatief goed planbare en eenvoudige zorg (het 'B-segment' of de 'electieve' zorg).

Het B-segment wordt echter niet volledig aan de markt overgelaten. De vrijheid voor productinnovatie is beperkt en er kan niet worden afgeweken van de door de NZa vastgestelde definities van 'zorgprestaties'. Het B-segment vormt dus een markt onder voorwaarden. Het aandeel van het B-segment in het totaal van A- en B-segment is beleidsmatig stapsgewijs gestegen van 6% in 2005, naar 9% in 2006 en 2007, naar 21% in 2008 en in 2009 is het B-segment gegroeid tot 34% van de verleende zorg.<sup>15</sup> Een verdere uitbreiding van het B-segment is nog onzeker en lijkt onder andere gekoppeld aan het wel of niet invoeren van een systeem van maatstafconcurrentie.

#### 1.2.2 Publieke verantwoording en kwaliteitswaarborging

Meer autonomie voor publieke dienstverleners, meer verantwoordelijkheid voor kwaliteit en meer marktwerking hebben geleid tot een verandering in het denken over sturing van publieke dienstverlening, waaronder ziekenhuiszorg. Deze verandering is echter alleen mogelijk wanneer belanghebbende partijen beschikken over kwalitatief goede informatie.

Een aantal jaren geleden hadden betrokken partijen alleen de jaarverslagen van de zorgaanbieders voorhanden om inzicht te krijgen in geleverde prestaties. Deze verslagen boden echter maar weinig informatie, terwijl er onder de belanghebbende partijen wel een grote behoefte bestond, en nog steeds bestaat, aan informatie daarover.

De openbaarmaking van prestatiegegevens in de gezondheidszorg is direct verbonden met de introductie van het nieuwe zorgstelsel in 2006. Voor de gezondheidszorg heeft de introductie van de Zvw grote gevolgen gehad. Deze wet heeft bewerkstelligd dat de zorgconsument kan kiezen uit verschillende typen verzekeringen en verschillende zorgaanbieders. Het doel is het introduceren van meer concurrentie tussen zorgverzekeraars, tussen zorginstellingen en tussen zorgprofessionals. Dit zou vervolgens moeten leiden tot meer kwaliteitsverbetering in de zorg. Een verantwoorde marktwerking in de zorg is echter alleen mogelijk wanneer de belanghebbende partijen beschikken over goede informatie over prestaties. Een belangrijk instrument hiertoe is de introductie van de website KiesBeter.nl, waarbij bijvoorbeeld ziekenhuizen kunnen worden vergeleken op kwaliteitsaspecten (zoals aantal patiënten met doorligwonden) en wachttijden.

Met het publiceren van prestatiegegevens worden twee doelen beoogd. Ten eerste wordt beoogd om belanghebbenden te informeren over de prestaties van ziekenhuizen op basis

<sup>15</sup> NVZ Brancherapport (2009). Vizioer op vertrouwen. Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen: Utrecht, p. 33.

waarvan ziekenhuizen verantwoording afleggen. Ten tweede moet het ziekenhuizen aanzetten tot het verbeteren van prestaties. Dit kan worden gerealiseerd doordat belanghebbenden op basis van de openbare informatie ziekenhuizen kritisch benaderen en aanzetten tot verbetering. Ook kan de openbaarmaking een directe stimulans vormen voor prestatieverbetering.

Empirisch onderzoek toont aan dat prestatiegegevens slechts beperkt voorzien in de behoefte van belanghebbenden, waaronder zorgverzekeraars, huisartsen en patiëntenorganisaties. De publicatie van prestatie-indicatoren heeft wel een positief effect op de kwaliteit van ziekenhuizen. Deze tegenstrijdige bevinding wordt toegeschreven aan de aard van de gegevens die openbaar worden gemaakt. Belanghebbende partijen hebben behoefte aan informatie over de *resultaten* van zorg, terwijl juist informatie over *processen* door ziekenhuizen kan worden gebruikt om hun kwaliteit te verbeteren.<sup>16</sup>

### 1.2.3 Trends en ontwikkelingen

#### *Veranderende rol van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*

Onder de voormalige Wet Ziekenhuisvoorzieningen (die is vervallen per 1 januari 2006 met de inwerkingtreding van de WTZi) was een centrale rol weggelegd voor de overheid. Planning en capaciteit van ziekenhuizen waren een overheidstaak en hierdoor was er regelmatig contact tussen het ministerie en ziekenhuizen om capaciteitsvraagstukken te bespreken. Ziekenhuizen hadden de goedkeuring van het ministerie nodig voor het beddenaantal, aantal en soort medisch specialismen en aantallen vierkante meters. Ook voor de bouw van een nieuw ziekenhuis of uitbreiding was goedkeuring van het ministerie nodig.

Door veranderingen in wet- en regelgeving is het contact tussen ziekenhuizen en het ministerie beduidend minder dan voorheen. Zoals hierboven beschreven zijn ziekenhuizen nu zelf verantwoordelijk voor investeringen.

Op een aantal terreinen is het ministerie nog steeds rechtstreeks betrokken bij planningsvraagstukken. Dit omvat:

- Top-klinische zorg (transplantaties; neurochirurgie; top-klinische interventies in de pediatrie);
- Zorg verbonden met belangrijke ethische vraagstukken (IVF; genetisch onderzoek).

Bovendien kan het ministerie financiële steun verlenen wanneer de regionale toegankelijkheid van ziekenhuiszorg in het geding komt. Het eerder genoemde voorbeeld van de IJsselmeerziekenhuizen is zo een situatie, waarbij de minister de IJsselmeerziekenhuizen tot een zogenaamd ‘systeemziekenhuis’ benoemde.<sup>17</sup> Deze

<sup>16</sup> M. Brans, A.P.M. Giesbers & A.J. Meijer, 2008, Alle ogen op de ziekenhuizen gericht? De effecten van openbaarmaking van prestatiegegevens, Bestuurswetenschappen, Vol. 62, Nr. 2, pp. 32 – 52.

<sup>17</sup> De term ‘systeemziekenhuis’ moet gezien worden in het licht van de bankencrisis die in 2008/2009 speelde. Een aantal banken werden toen benoemd als systeembanken die pertinent niet failliet mochten gaan omdat daarmee de stabiliteit van de financiële sector in het geding zou komen vanwege de onderlinge verwevenheid en belangen. Dat is meteen ook het grote verschil met de ziekenhuissector, waar het omvallen van een zorginstelling geen directe gevolgen heeft voor andere instellingen.

reddingsoperatie heeft vooral duidelijk gemaakt dat niet helder is welke zorgfuncties op welke manier en binnen welke afstand altijd beschikbaar dienen te zijn?<sup>18</sup> Bovendien gaat de retoriek van decentralisatie en eigen verantwoordelijkheid voor ziekenhuizen niet altijd op in de governancepraktijk. In navolging van deze discussie heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) in juni 2009 een advies uitgebracht met betrekking tot steunverlening.<sup>19</sup>

### *Politiek debat*

Gezondheidszorg als zodanig is een politiek gevoelig thema. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat marktwerking in de zorg en de positie van ziekenhuizen hierin leidt tot een continue stroom van aandacht.<sup>20</sup> Incidenten lijken de politieke agenda te domineren. Dit hangt samen met het feit dat deze incidenten betrekking hebben op het waarborgen van publieke belangen en/of de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. De rol van de media hierbij is ook van belang. Wederom vormt de casus van de IJsselmeerziekenhuizen een goed voorbeeld. Er werd veel over in de media gepubliceerd en de Tweede Kamer voerde meerdere debatten over deze kwestie.

Om een scheiding te realiseren tussen wetgeving, beleid en toezicht, zijn bepaalde taken overgedragen aan externe toezichthouders als de Nza en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) (zie ook 1.3.4). Deze instanties houden toezicht op naleving van de wetgeving. Een voorbeeld is de benodigde goedkeuring van een ziekenhuisfusie door de NMa.

Er is kritiek op de beoordelingen van ziekenhuisfusies door de NMa. Tot op heden hebben alle twijfelgevallen (Ziekenhuis Hilversum – Ziekenhuis Gooi-Noord in 2005, MC Alkmaar – Gemini Ziekenhuis in 2007, Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen in 2009) groen licht gekregen.<sup>21</sup> Deze besluiten zijn sterk bekritiseerd in de Tweede Kamer. Echter, politici zijn deels buiten spel gezet omdat overheidsingrijpen onder de nieuwe governance structuur niet mogelijk blijkt.

## 1.3 Formele governance

Hieronder zullen wij ingaan op de stichting als belangrijkste rechtsvorm voor ziekenhuizen<sup>22</sup> en de nieuw voorgestelde Wet op de Maatschappelijke Onderneming, de WTZi en de governance codes. Ziekenhuizen kunnen niet volledig naar eigen inzicht invulling geven aan de vormgeving van het bestuur en toezicht. Ten eerste geldt voor een stichting het verbod op winstuitkeringen als het meest onderscheidende, bindende onderdeel. Ten tweede gelden de publiekrechtelijke, sectorale regels die volgen uit de

<sup>18</sup> Schut, E. (2009). Is de marktwerking in de zorg doorgeschoten? In: S&D 2009; 7/8: pp. 68-80.

<sup>19</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (juni 2009). Advies – Zorgaanbieders met financiële problemen in het nieuwe zorgstelsel. Early warningsysteem en mogelijkheden voor steunverlening. Utrecht: juni 2009. pp. 59.

<sup>20</sup> Met de val van het kabinet is het onderwerp marktwerking in de zorg (de uitbreiding van vrije prijzen in de cure sector) door de Tweede Kamer controversieel verklaard. Het demissionair rompkabinet mag voor de verkiezingen van 9 juni geen besluiten nemen over dit onderwerp.

<sup>21</sup> Marco Varkevisser, "Ziekenhuisfusies? Bij twijfel geen groen licht!", *Me Judice*, jaargang 3, 2 februari 2010.

<sup>22</sup> De stichting is niet de enige rechtsvorm voor een ziekenhuis in Nederland. Hoewel ook andere rechtsvormen mogelijk zijn, is het echter wel de hoofdvorm. In deze beschrijving richten wij ons daarom enkel op de stichting.

WTZi. Tot slot is de formele governance in ziekenhuizen geregeld via een sectorbrede governance code.

Daarnaast zijn er nog enkele andere wetten en regels die relevant zijn in het kader van governance in ziekenhuizen, waaronder de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ).

### 1.3.1 Wetgeving

#### *De rechtsvorm in de ziekenhuissector*

De meeste algemene en categorale ziekenhuizen in Nederland vormen een stichting. UMC's zijn publieke instellingen (op basis van de Wet op het Hoger Onderwijs en het Wetenschappelijk Onderzoek, WHW). De algemene en categorale ziekenhuizen en UMC's hebben gemeen dat bij hen een verbod op winstuitkeringen geldt. Verder kent de stichting weinig regels die sturen op structuur als zodanig.

Het kabinet is voornemens een (additionele) rechtsvorm voor de Maatschappelijke Onderneming in te voeren.<sup>23</sup> De NVZ heeft echter aangegeven geen behoefte te hebben aan een nieuwe rechtsvorm. Goed bestuur wordt nagestreefd met behulp van een Zorgbrede Governancecode (zie paragraaf 1.3.2).<sup>24</sup>

#### *Wet Toelating Zorginstellingen*

Ziekenhuizen moeten verantwoording afleggen over hun doen en laten. Dat gebeurt langs twee wegen: achteraf met jaarverslaglegging en vooraf (bij het vragen van een toelating) door te voldoen aan zogenoemde transparantie-eisen. Deze eisen zeggen iets over voorwaarden voor goed bestuur van de instelling. Een instelling die een toelating vraagt, moet meteen duidelijk maken hoe hij is georganiseerd, welk doel het heeft en hoe dat doel verwezenlijkt gaat worden. Deze eisen gaan over de inzichtelijkheid (controleerbaarheid) van de bedrijfsvoering (dus niet over de kwaliteit van de zorg). Ook bestaande ziekenhuizen moeten voldoen aan de transparantie eisen.

De WTZi schrijft voor dat er goed bestuur, een Raad van Toezicht (RvT) en een cliëntenvertegenwoordiging dient te zijn (met enquêterecht) met heldere bevoegdheden. Voor de bedrijfsvoering gelden soortgelijke eisen: helderheid over de taken en bevoegdheden, scheiding van zorg en andere activiteiten. Bij onvoldoende naleving van de WTZi kan de minister in het uiterste geval de toelating intrekken.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Koning, P., Van Leuvensteijn, M., en Meijer, A. (oktober 2008). Op zoek naar winst voor de Maatschappelijke Onderneming. Een economische analyse. Centraal Planbureau: Den Haag.

<sup>24</sup> Reactie NVZ op het 'Rapport van de projectgroep rechtsvorm Maatschappelijke Onderneming'.

<sup>25</sup> I.J.H.C. van den Boomen (2006). Goed bestuur in de zorg. Informatie over de transparantie-eisen Wet Toelating Zorginstellingen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.

### 1.3.2 Zelfregulering: governance codes

#### *Health Care Governance*

In 1999 heeft een commissie onder leiding van hoogleraar Bestuur van de Gezondheidszorg Pauline Meurs een dertigtal aanbevelingen gedaan voor goed bestuur en toezicht in de zorg, de zogenaamde health care governance. Health care governance betreft 'een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur van en goed toezicht op zorgorganisaties, en van adequate verantwoording aan en beïnvloeding door belanghebbenden van de wijze waarop de zorgorganisatie haar doelen realiseert en kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg levert'.<sup>26</sup>

#### *De Zorgbrede Governance Code*

Sinds 2006 is er de private, sectorspecifieke regelgeving van de Brancheorganisaties Zorg: de Zorgbrede Governancecode.<sup>27</sup> Deze volgt op de code die de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) uitbracht in 2004.<sup>28</sup> De Zorgbrede Governance Code is een samenbundeling van algemene opvattingen binnen de zorg over goed bestuur, toezicht en verantwoording. Het jaarverslag van een ziekenhuis geeft een beeld van het *formeel* naleven van de governance code. Het ziekenhuis kan aangeven of de principes van de code opgevolgd/nageleefd worden en indien dat niet het geval is, waarom niet en op welke punten het afwijkt (het 'pas toe of leg uit'-principe). Vaak kan weinig gezegd worden over de kwaliteit waarmee toepassing van de code gebeurt. Er is bijvoorbeeld wel informatie over of de RvT zichzelf jaarlijks evalueert, maar niet over de kwaliteit van die evaluatie.

Uit een evaluatie van de code (van januari 2009) blijkt dat 78% van de zorgorganisaties de code naleeft.<sup>29</sup> Per januari 2010 is de code naar aanleiding van deze evaluatie aangepast.<sup>30 31</sup>

De Zorgbrede Governancecode biedt meer detail dan de WTZi. Zo dienen zorginstellingen expliciet vast te leggen wie de belanghebbenden zijn die zij op zijn minst informeren over: vaststellingen of wijzigingen in de missie of grondslag van de organisatie; fusies, samenwerking of overdracht van zeggenschap; opheffing of inkrimping; de bewaking, beheersing en verbetering van de zorg. Ook zijn er bepalingen over de rolverdeling van het bestuur en RvT, de bezoldiging en openbaarmaking hiervan en het voorkomen van belangenverstremming. Kortom, de governancecode beoogt de positie van belanghebbenden te versterken en zet standaarden voor professioneel bestuur en toezicht. Een verschil is echter wel dat bij beide vormen van regelgeving de

<sup>26</sup> Commissie Health Care Governance (1999) Health care governance. Aanbevelingen voor goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg. C3 adviseurs en managers. Leusden.

<sup>27</sup> Brancheorganisaties Zorg (januari 2010). Zorgbrede governance code 2010.

<sup>28</sup> Ernst & Young (2005). Meer aandacht voor corporate governance bij zorginstellingen; ziekenhuizen volgen trend bedrijfsleven.

<sup>29</sup> Pelzer, K.H., Schallenberg, R. (december 2008). Good governance bij zorgorganisaties. Code en praktijk in continue ontwikkeling. Evaluatie Zorgbrede Governancecode. Governance Support: Utrecht.

<sup>30</sup> Ministerie van VWS (2009). Ruimte en rekenschap voor zorg, 9 juli 2009; Kenmerk: MC-U-2941595.

<sup>31</sup> Vanaf 2008 heeft de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) een eigen governancecode ontwikkeld voor haar leden, gebaseerd op de zorgbrede governancecode. De reden hiervoor is dat sommige bepalingen van de zorgbrede governancecode onverenigbaar zijn met de WHW.



handhaving van de code verschilt: bij de Zorgbrede Governancecode ligt deze bij de branche zelf, bij de WTZi bij de overheid.<sup>32</sup>

De vraag is of de ziekenhuissector in Nederland zich meer verantwoordelijk voelt voor de invulling en naleving van deze zorgspecifieke governancecode, juist omdat het op basis van zelfregulering is. In de brief ‘Ruimte en Rekenschap voor zorg en ondersteuning’ van de minister van VWS aan de Tweede Kamer (2009) wordt daarnaast kritiek geuit op de governancecode, omdat over bepaalde onderwerpen nog geen regels opgesteld zijn. Verder is de minister van mening dat in sommige situaties, waaronder het expliciteren van de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van bestuurders en interne toezichthouders, dwingend recht noodzakelijk is.<sup>33</sup> In deze context is het ook belangrijk om op te merken dat in andere sectoren waar (gereguleerde) marktwerking is ingevoerd (energie, telecom) de rol van brancheorganisaties is afgenomen.<sup>34</sup>

### 1.3.3 Eisen voor goed bestuur van ziekenhuizen

De wettelijke transparantie-eisen WTZi vormen samen met de code van het veld vanaf 2006 de eisen voor goed bestuur en toezicht op ziekenhuizen. Onderstaande beschrijving van de samenstelling en taken van de RvB en de RvT is gebaseerd op de sectorbrede governancecode. Hierbij geldt dat naleving van deze code geschiedt op basis van vrijwilligheid.

#### *Raad van Bestuur*

De RvB is een relatief nieuw concept in de ziekenhuisgovernance. Tot in de jaren tachtig werden veel ziekenhuizen bestuurd door een zogenaamde geneesheer-directeur, die deze functie combineerde met zijn positie als medisch specialist (veelal 50/50). Hij werd daarin bijgestaan door een financiële directeur en een directeur zorg.

De huidige RvB van een ziekenhuis bestaat meestal uit 1-3 leden. Het is niet noodzakelijk dat deze leden een medische achtergrond hebben, sterker nog, leden van de RvB worden in toenemende mate van buiten de ziekenhuiswereld geworven. Dit weerspiegelt de gedachte dat ziekenhuizen als een bedrijf bestuurd moeten worden.<sup>35</sup> Overigens is niet bekend of dit daadwerkelijk resulteert in een betere aansturing.<sup>36</sup>

De RvB is eindverantwoordelijk voor en belast met het besturen van het ziekenhuis. In artikel 2 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi) staat dit als volgt:

“De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.”

<sup>32</sup> Koning, P., Van Leuvensteijn, M., en Meijer, A. (oktober 2008). Op zoek naar winst voor de Maatschappelijke Onderneming. Een economische analyse. Centraal Planbureau: Den Haag, p.35.

<sup>33</sup> Ministerie van VWS (9 juli 2009). Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning. Kenmerk: MC-U-2941595.

<sup>34</sup> Gebaseerd op bespreking ‘governance in ziekenhuizen’ 20 april 2010 – M. Klunder, J.Boer en M. Pluim, Ministerie van VWS.

<sup>35</sup> Gallé, G. (2009). Nieuwbouw ziekenhuizen niet onnodig ophouden. Inzake Zorg (Kwartaaluitgave Fortis Health Care voor bestuurders en managers in de zorg). Jaargang 2, april 2009.

<sup>36</sup> Maarse, H., Lodewick, L. (2010). Hospital governance in the Netherlands. Universiteit Maastricht. Forthcoming.



Dit houdt in dat het bestuur een wettelijke opdracht heeft om verantwoorde zorg te waarborgen. De RvB is verantwoordelijk voor de realisatie van de statutaire en andere doelstellingen van de organisatie, de strategie en het beleid en de daaruit voortvloeiende resultatenontwikkeling, en voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg.<sup>37</sup> De RvB legt hierover intern verantwoording af aan de RvT, en extern aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)<sup>38</sup> (zie paragraaf 1.3.4).

#### *Raad van Toezicht*

De RvT heeft tot taak toezicht te houden op het besturen door de RvB en op de algemene gang van zaken in de organisatie en het staat de RvB met raad terzijde. De belangrijkste functies van de RvT zijn<sup>39</sup>:

- benoeming, evaluatie en ontslag van de RvB;
- toezicht op de realisatie van de statutaire en andere doelstellingen van de zorgorganisatie;
- toezicht op de strategie en de risico's verbonden aan de activiteiten van de zorgorganisatie;
- toezicht op de opzet en werking van de interne risicobeheersings- en controlesystemen;
- toezicht op de financiële verslaglegging;
- toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorg;
- toezicht op de naleving van wet- en regelgeving;
- toezicht op de verhouding met belanghebbenden;
- toezicht op het op passende wijze uitvoering geven aan de maatschappelijke doelstelling.

De RvT moet goedkeuring verlenen aan besluiten van de RvB betreffende:

- de vaststelling van de begroting, de jaarrekening en de winstbestemming, tenzij deze bevoegdheid wettelijk aan de Algemene Vergadering toekomt;
- de vaststelling van (strategische) beleidsplannen van de zorgorganisatie;
- het beleid van de zorgorganisatie voor de dialoog met belanghebbenden;
- het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking van de zorgorganisatie met andere rechtspersonen of vennootschappen indien deze samenwerking of verbreking van ingrijpende betekenis is voor de zorgorganisatie.

Er zijn geen formele regels over het aantal leden van de RvT, maar in de praktijk varieert dit aantal tussen de 5 en de 11 leden. De code stelt dat werving, selectie en benoeming van nieuwe leden van de RvT openbaar moet plaatsvinden aan de hand van een individueel opgestelde profielschets. Hiermee probeert de zorgsector de gesloten cultuur (onderling voordragen) te doorbreken en streeft ze naar een maatschappelijk opener samenstelling van de RvT. De laatste jaren worden leden van de RvT steeds vaker gekozen vanwege hun expertise. Een lid van de RvT kan maximaal tweemaal voor een periode van vier jaar benoemd worden.

---

<sup>37</sup> RVZ (maart 2010). Het briefadvies - De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: Den Haag.

<sup>38</sup> Brancheorganisaties Zorg (januari 2010). Zorgbrede governance code 2010. pp.18-21.

<sup>39</sup> Brancheorganisaties Zorg (januari 2010). Zorgbrede governance code 2010. pp.22-27.

De RvT stelt zelf de honorering van de leden van de RvT vast. De honorering staat los van de prestaties van het ziekenhuis en komt in de praktijk neer op 4.000-15.000 € per jaar.<sup>40</sup>

#### *Rol van medisch specialisten*

**Kwaliteitswet.** De kwaliteitswet legt de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg van de instelling neer bij het bestuur van die instelling. Dat geldt ook voor de zorg verleend door individuele beroepsbeoefenaren, aangezien de instelling aangesproken kan worden indien die zorg niet aan de daaraan te stellen eisen voldoet. De instelling moet voorzieningen treffen voor het verstrekken van verantwoorde zorg. Systematische bewaking en verbetering van de kwaliteit dient plaats te vinden, onder andere door het registreren, toetsen en evalueren van de geleverde zorg.

**Toelatingsovereenkomst.** De vrijgevestigde medisch specialist is aan het ziekenhuis verbonden door middel van een toelatingsovereenkomst. De essentie van de toelatingsovereenkomst is dat het ziekenhuis de medisch specialist toestaat om binnen het ziekenhuis, al dan niet samen met enkele beroepsgenoten, een praktijk uit te oefenen. Hierbij verloopt de honorering via het ziekenhuis. Meer dan 90 procent van de vrijgevestigde medisch specialisten maakt gebruik van het Model Toelatingsovereenkomst (MTO) zoals overeengekomen door de koepelorganisaties van ziekenhuizen, specialisten en zorgverzekeraars. Het MTO geeft de wederzijdse rechten en plichten weer van ziekenhuis en medisch specialist. De systematiek van de juridische relatie tussen het ziekenhuis en de vrijgevestigde medisch specialist gaat uit van een individueel contract tussen ziekenhuis en vrijgevestigd specialist (privaatrecht), in de vorm van een toelatingsovereenkomst en een regeling op collectief niveau tussen het ziekenhuisbestuur en het bestuur van de medische staf, het Document Medische Staf (DMS). Het DMS werkt door in de individuele juridische relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist en maakt zo integraal deel uit van de toelatingsovereenkomst. De medisch specialist kan zich na het sluiten van de toelatingsovereenkomst vrij vestigen in het ziekenhuis. Hierbij moet hij zich houden aan de in de toelatingsovereenkomst overeengekomen verplichtingen.<sup>41</sup>

**Cliëntenraad.** De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen geeft cliënten inspraak bij de zorg in de vorm van advies- en informatierecht bij belangrijke besluiten van het bestuur, zoals opheffingen, benoeming van de directie en RvT, etc. Cliënten hebben geen vetorecht, maar kunnen bij geschillen een commissie van vertrouwensleden instellen die wel bij machte is tot een bindende uitspraak.

In aanvulling op medezeggenschap kan ook nagedacht worden over andere vormen van cliëntenparticipatie. Hiermee wordt maatschappelijke legitimiteit gewaarborgd en krijgt de patiënt een meer centrale rol in het governancestelsel.<sup>42</sup>

<sup>40</sup> Maarse, H., Lodewick, L. (2010). Hospital governance in the Netherlands. Universiteit Maastricht. Forthcoming.

<sup>41</sup> Holland, J. (oktober 2006). Het einde van de toelatingsovereenkomst. Medisch Contact, nr 41. pp. 1628-1630.

<sup>42</sup> Van der Kraan, W.G.M. (2009). De zorgvrager als toezichthouder. Achtergrondstudie bij het Advies governance van kwaliteit in de zorg.

**Ondernemingsraad.** In de Wet op de Ondernemingsraden is vastgelegd dat iedere organisatie met meer dan 50 werknemers verplicht is om een ondernemingsraad in te stellen. In de praktijk geldt dit voor alle ziekenhuizen. De ondernemingsraad adviseert de RvB over allerlei kwesties, waarbij personeelsvraagstukken domineren. In de Wet op de Ondernemingsraden is verder bepaald voor welke beslissingen de ondernemingsraad een adviesrecht heeft en voor welke beslissingen een instemmingsrecht. De ondernemingsraad is een belangrijke speler voor de RvB als formele vertegenwoordiger van het personeel van het ziekenhuis. Het is in dit kader van belang dat de RvB een goede vertrouwensrelatie opbouwt met de ondernemingsraad. In de praktijk echter beschouwt de RvB de ondernemingsraad eerder als een obstakel dan als een cruciale speler.<sup>43</sup>

#### 1.3.4 Toezicht op ziekenhuizen

##### *Inspectie voor de Gezondheidszorg*

De Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht alle zorginstellingen om de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken, beheersen en te verbeteren. Hier ziet de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op toe, die zo nodig aanwijzingen en sancties kan uitvaardigen.

De IGZ heeft een gevarieerd instrumentarium om te handhaven. Zij kan stimuleren en adviseren. Rapporten, vragenlijsten, jaargesprekken en thematisch toezicht moeten ervoor zorgen dat ziekenhuizen zich bewust blijven van verantwoorde, veilige zorg. Daarnaast heeft de IGZ de mogelijkheid een (deel van) de instelling te sluiten of verscherpt toezicht uit te oefenen. Tot slot krijgt zij de mogelijkheid tot het nemen van bestuurlijke maatregelen zoals het opleggen van een dwangsom of bestuursdwang indien de veiligheid in het geding is.<sup>44</sup>

De laatste jaren is de IGZ meer proactief geworden. Er zijn meerdere tijdelijke sluitingen van ziekenhuisafdelingen geweest. Daarnaast heeft de IGZ samen met het veld indicatoren (input-, proces- en uitkomstindicatoren) ontwikkeld. Deze zijn primair bedoeld voor de uitoefening van het toezicht door de IGZ en daarmee niet geschikt als keuze-informatie voor de consument. Met deze beperking wordt een selectie van de gegevens toch gebruikt om verantwoording af te leggen aan het brede publiek.<sup>45</sup> De indicatoren worden jaarlijks geëvalueerd door de IGZ in nauwe samenwerking met de NVZ, de Orde van Medisch Specialisten en de Federatie van Universitair Medische Centra en worden, daar waar nodig, bijgesteld.<sup>46</sup>

In het rapport ‘Staat van de Gezondheidszorg 2009 – de vrijblijvendheid voorbij’ wijdt de IGZ zich aan de wijze waarop instellingen in de verschillende deelsectoren van de zorg vorm en inhoud geven aan bestuur en toezicht op het gebied van kwaliteit en veiligheid. De IGZ oordeelt dat het nemen van verantwoordelijkheid en het afleggen van verantwoording nog steeds te vrijblijvend is ingevuld. Dit is volgens de IGZ ‘in ieder geval urgent voor de sector ziekenhuiszorg wat betreft de contractuele relatie tussen

<sup>43</sup> Maarse, H., Lodewick, L. (2010). Hospital governance in the Netherlands. Universiteit Maastricht. forthcoming.

<sup>44</sup> Ministerie van VWS (2007). Beleidsbrief Koers op Kwaliteit, 6 juli 2007; Kenmerk: MC-U-2775877.

<sup>45</sup> Dat gebeurt onder meer door vermelding op de voor consumentenvoorlichting over de zorg bedoelde website <http://www.kiesBeter.nl>.

<sup>46</sup> <http://www.ziekenhuizen transparant.nl/>.

enerzijds het ziekenhuis en anderzijds de medisch specialist, de vakgroep of maatschap en de medische staf.<sup>47</sup> De IGZ zal haar toezicht voortaan ook richten op deze verantwoordelijkheidsverdeling en zo nodig actie ondernemen als blijkt dat deze niet goed is geregeld of niet goed functioneert.

### *De Nederlandse Zorgautoriteit*

De NZa houdt toezicht op de publieke belangen in de zorg: deze moet toegankelijk, kwalitatief goed, en bovendien betaalbaar zijn en blijven voor de consument. Het belangrijkste instrument hiervoor is het invoeren van gereguleerde marktwerking in de zorg. Zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, en zorgverzekeraars worden geprikkeld tot concurrentie om de gunst van de consument.

De toegenomen eigen verantwoordelijkheid van ziekenhuizen is niet alleen van invloed op interne bedrijfsvoering, maar heeft ook impact op de manier waarop de NZa toezicht houdt. De NZa stelt via de verantwoordingsinformatie en de daarbij behorende accountantsverklaringen en –rapporten van ziekenhuizen vast of het intern toezicht goed functioneert (principe van high trust).

Daarnaast maakt de NZa bij haar externe toezicht gebruik van risico-analyse. Wanneer het risico laag wordt ingeschat, stelt de NZa pas zelf een onderzoek in wanneer signalen van buitenaf daar aanleiding toe geven. Dit zogeheten signaaltoezicht is een van de belangrijkste instrumenten. Signalen komen onder meer binnen via een informatielijn en via de consumenten- en patiëntenorganisaties.<sup>48</sup>

Indien marktwerking tekortschiet, bijvoorbeeld omdat een zorgaanbieder of zorgverzekeraar zoveel marktmacht heeft dat hij zich onafhankelijk van zijn concurrenten of de consumenten kan gedragen, of wanneer marktwerking niet tot ontwikkeling komt, beschikt die zorgaanbieder of zorgverzekeraar over Aanmerkelijke Marktmacht (AMM). Ter bevordering van de marktwerking kan de NZa verplichtingen opleggen aan de partij die over AMM beschikt. Daarbij wordt het consumentenbelang vooropgesteld.<sup>49</sup>

Wanneer uit signalen blijkt dat er sprake is van een overtreding van wet- en regelgeving, moet de NZa ingrijpen. Hiervoor heeft de NZa verschillende handhavingsinstrumenten. Met het oog op proportionaliteit zal de NZa daarbij pogen het lichtste handhavingsinstrument in te zetten om de beoogde gedragsverandering te bereiken. Vaak is een indringend gesprek voldoende om de gewenste gedragsverandering te bewerkstelligen. De NZa hoeft dan geen zwaardere handhavingsinstrumenten in te zetten zoals een aanwijzing, een last onder dwangsom of boete.

---

<sup>47</sup> IGZ (november 2009). staat van de Gezondheidszorg 2009 – de vrijblijvendheid voorbij. Sturen en toezicht houden op kwaliteit en veiligheid in de zorg. Inspectie voor de Gezondheidszorg: Den Haag. pp.62.

<sup>48</sup> De Nederlandse Zorgautoriteit (29 augustus 2006). Intern toezicht en extern toezicht: schuivende panelen. Zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

<sup>49</sup> Zie [www.nvz.nl](http://www.nvz.nl).

### *De Nederlandse Mededingingsautoriteit*

Het toezicht op fusies is geregeld in de Mededingingswet. De Mededingingswet is gericht op versterking van de concurrentie. Uitgangspunten van de wet zijn het verbod op mededingingsbeperkende afspraken en het verbod van misbruik van machtspositie door ondernemingen. De NMa houdt het toezicht hierop. Voorts voorziet de wet in een preventief concentratietoezicht. Het begrip concentratie is gedefinieerd als fusies en afspraken die verkrijging van zeggenschap met zich meebrengen. Ziekenhuizen zijn privaatrechtelijke instellingen en als zodanig ondernemingen in de zin van de Mededingingswet.

Fusies van ziekenhuizen en afspraken die verkrijging van zeggenschap met zich meebrengen, moeten vooraf worden gemeld bij de NMa, die vervolgens beoordeelt of er als gevolg van de concentratie een economische machtspositie ontstaat. In dat geval is vooraf een vergunning vereist. Fusies worden op grond van de Mededingingswet individueel beoordeeld door de NMa.<sup>50</sup> Uit onderzoek blijkt dat de NMa vooral wil voorkomen dat een voorgenomen ziekenhuisfusie onterecht wordt verboden.<sup>51</sup>

## 1.4 ‘Informeel’ governance

### 1.4.1 Het adagium van de ‘professionele autonomie’

Het besturen van ziekenhuizen is een complexe aangelegenheid. Dit hangt samen met de kenmerken van een ziekenhuis als professionele organisatie, waarbij de medische staf de uitvoerende kern vormt. Hoewel er veel variatie bestaat in hoe de medische staf in een ziekenhuis functioneert, is er ook een aantal gemeenschappelijke observaties:

- Medisch specialisten zijn sterk georiënteerd op hun eigen vakgebied/directe collega's (Het breken van de zogenaamde ‘groepscode’ wordt niet gewaardeerd; de belangen van het ziekenhuis staan op de tweede plaats);
- De medische staf benadrukt haar professionele autonomie. Verantwoording afleggen is niet gebruikelijk;
- Medische specialisten beschouwen de taken van de RvB als faciliterend, waarbij medisch specialisten voorzien worden in al wat zij nodig hebben om hun vak goed uit te kunnen oefenen.<sup>52 53</sup>

De eindverantwoordelijkheid ligt bij de RvB van een ziekenhuis. Dit betekent dat de RvB ook moet toezien op het handelen van medisch specialisten, ongeacht de wijze waarop deze aan het ziekenhuis zijn verbonden. Ongeveer 30% van de medisch specialisten is in loondienst van het ziekenhuis (veelal in UMC's). De overige 70% werkt als vrijgevestigde arts. Vrijgevestigde medisch specialisten (veelal in maatschappen georganiseerd) hebben een toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis waar zij werkzaam

<sup>50</sup> Ministerie van VWS (6 juni 2006). Kamerstuk: Stand van zaken ziekenhuiszorg bij fusies en overnames ziekenhuizen. DBO-CB-U-2682919.

<sup>51</sup> Varkevisser, M. (2009). Patient Choice, Competition and Antitrust Enforcement in Dutch Hospital Markets. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

<sup>52</sup> RVZ (maart 2009). Governance en kwaliteit van zorg. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: Den Haag.

<sup>53</sup> De Nederlandse Zorgautoriteit (november 2009). Consultatiedocument Marktimperfecties in de medisch-specialistische zorg. De positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen. NZa: Utrecht.

zijn. Hierin staat onder andere dat de medisch specialist de instructies van de RvB op dient te volgen en de RvB moeten informeren over medische fouten en slecht functionerende collega's. Dezelfde overeenkomsten staan overigens ook in de arbeidsvoorwaarden voor artsen in loondienst.<sup>54</sup>

Professionele autonomie van een medisch specialist betekent 'dat de arts zich toetsbaar opstelt en verantwoording aflegt over zijn handelen'.<sup>55</sup> Het ontbreekt de RvB veelal aan inzicht in de kwaliteit van zorg. Het meten van kwaliteit op basis van indicatoren is bovendien nog onvoldoende ontwikkeld om te dienen als sturingsinstrument voor de RvB. Tevens blijkt dat de medische staf vaak weinig respect toont voor de RvB en het management door ze als bureaucratisch te beschouwen.<sup>56</sup>

Hoewel medisch specialisten formeel de RvB moeten waarschuwen in geval van misstappen, gebeurt dit in de praktijk slechts zeer beperkt. Bovendien zijn medisch specialisten tot op heden niet verplicht om de RvB te voorzien van uitkomsten van externe kwaliteitsvisitaties. Daarmee ontbreekt het aan een actieve verplichting tot het afleggen van verantwoording.

Naast de visitaties zijn medisch specialisten in 2007 begonnen met de ontwikkeling en implementatie van een systematiek voor de beoordeling van het Individueel Functioneren van Medisch Specialist (IFMS). Het IFMS is opgezet om de evaluatie van het functioneren te coördineren, maar niet het functioneren als zodanig. De RVZ stelt recent vast dat deze methodiek nog in de kinderschoenen staat, dat deelname op vrijwillige basis geschiedt en net als bij de visitaties worden de uitkomsten niet gedeeld met de RvB. Medisch specialisten geven als reden hiervoor aan dat verbetering alleen mogelijk is binnen een veilige leeromgeving. Het lijkt erop dat de angst de boventoon voert dat functioneringsgesprekken met de RvB worden omgezet in beoordeling.<sup>57</sup>

De middelen die de RvB ter beschikking heeft om het gedrag van de medische staf te corrigeren lijken daarmee beperkt. Niet omdat de RvB sec geen bevoegdheden zou hebben, maar omdat de informatie ontbreekt. Deze disbalans in de verhouding tussen RvB en medisch specialist(en) vormt een ernstig probleem, dat moet worden aangepakt. De RVZ benoemt daarvoor een aantal mogelijkheden<sup>58</sup>:

- Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's): de essentie is dat een eenheid (vakgroep, afdeling, etc.) verantwoordelijk wordt gesteld voor het resultaat. Reeds enkele ziekenhuizen werken met RVE's, maar op dit moment zijn deze vooral toegespitst op het financiële resultaat. Daarmee wordt het probleem van verantwoordelijkheid voor gerealiseerde kwaliteit en verantwoording daarover niet opgelost. Echter, een uitbreiding van RVE's waarin ook deze onderdelen worden meegenomen behoort tot de mogelijkheden;

<sup>54</sup> De rechtspositie van medisch specialisten in loondienst is wezenlijk anders dan die van medisch specialisten met een toelatingsovereenkomst. De bepalingen m.b.t. kwaliteit van zorg daarentegen lijken inhoudelijk sterk op elkaar.

<sup>55</sup> RVZ (maart 2010). Het briefadvies - De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: Den Haag. pp.15.

<sup>56</sup> Maarse, H., Lodewick, L. (2010). Hospital governance in the Netherlands. Universiteit Maastricht. forthcoming.

<sup>57</sup> RVZ (maart 2010). Het briefadvies - De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: Den Haag.

<sup>58</sup> RVZ (maart 2009). Governance en kwaliteit van zorg. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: Den Haag. pp. 46-47.

- Aanpassing van de toelatingsovereenkomst: voorbeelden zijn verplichte deelname aan visitatie en eventuele interne audits; verplichte verstrekking van inzicht/afschrift van de visitatierapporten aan de RvB; verplichte deelname aan landelijke registraties, verplichte rapportage over naleving van richtlijnen, waaronder veiligheidsvoorschriften;
- Dienstverband om een hiërarchische relatie tussen RvB en medisch specialisten te creëren.

In geval van slecht functioneren is er veelal geen sprake van een opgebouwd dossier. De RVZ pleit in dit kader voor een landelijk uniforme, verplichte vijfjaarlijkse beoordeling, resulterend in een besluit over verlenging van de arbeid- of toelatingsovereenkomst.<sup>59</sup>

Daarnaast dient het belang van diplomatie en steun te worden benadrukt. De RvB moet niet als top van een hiërarchische organisatie worden gezien. Zonder welwillendheid en vertrouwen van de medische staf is de positie van de RvB namelijk onhoudbaar. De RvB overlegt daarom regelmatig met het Bestuur Medische Staf. Dit bestuur vertegenwoordigt de medische staf van een ziekenhuis (Vereniging van Medisch Specialisten) met betrekking tot strategische vraagstukken. Het Bestuur Medische Staf is een belangrijke speler voor de RvB, omdat strategische beslissingen onmogelijk zijn wanneer diens steun ontbreekt.<sup>60</sup>

#### 1.4.2 Functioneren van de Raad van Toezicht

In de praktijk functioneren veel Raden van Toezicht onvoldoende. Er is weliswaar sprake van een professionaliseringsslag, maar een fundamenteel probleem is de vraag aan wie de RvT verantwoordelijkheid moet afleggen.<sup>61</sup> In de Zorgbrede Governance code is vastgelegd dat de RvT verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zijn eigen functioneren. De RvT evalueert zijn functioneren ten minste jaarlijks buiten de aanwezigheid van de RvB en informeert de RvB over de uitkomsten hiervan.<sup>62</sup>

In deze context is de relatie tussen RvT en de RvB relevant.<sup>63</sup> Deze relatie is momenteel aan verandering onderhevig. De gezondheidszorg is verwickeld in een ingrijpend veranderingsproces, zodat het ingewikkelder is geworden om een zorgorganisatie te besturen. In deze context zal de RvT een goed beeld willen hebben van het beleid en de uitvoering ervan door de RvB, zonder de verantwoordelijkheid van de RvB over te willen nemen.<sup>64</sup> Daarmee is de RvT sterk afhankelijk van de informatie vanuit de RvB. Deze informatie is niet altijd volledig. In sommige situaties ontvangt de RvT andere signalen vanuit de ziekenhuisorganisatie, maar dan betreft het vaak al een crisissituatie. Juist in een crisissituatie blijkt de positie van de RvT zwak. Wanneer bijvoorbeeld iemand van de

<sup>59</sup> RVZ (maart 2010). Het briefadvies - De relatie medisch specialist en ziekenhuis in het licht van de kwaliteit van zorg. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: Den Haag.

<sup>60</sup> Maarse, H., Lodewick, L. (2010). Hospital governance in the Netherlands. Universiteit Maastricht. forthcoming.

<sup>61</sup> RVZ (maart 2009). Governance en kwaliteit van zorg. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg: Den Haag.

<sup>62</sup> Brancheorganisaties Zorg (januari 2010). Zorgbrede governance code 2010. pp.22-27.

<sup>63</sup> Ministerie van VWS (9 juli 2009). Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning. Kenmerk: MC-U-2941595.

<sup>64</sup> Dillmann, R. (2009). Toezicht speerpunt van beleid. ZM Magazine, 11, (november 2009).



medische staf eist dat een lid van de RvB opstapt, kan een RvT weinig doen om dit tegen te houden, ook al is de RvT van mening dat de RvB goed functioneert.<sup>65</sup>

Het is niet gebruikelijk dat leden van de RvT buiten de RvB om zelf op zoek gaan naar aanvullende informatie over het functioneren van de organisatie. In de praktijk komt het dan ook vaak voor dat leden van de RvT slecht geïnformeerd zijn over wat er allemaal gebeurt binnen het ziekenhuis. Dit hangt samen met de grote afstand van de RvT tot de dagelijkse praktijk. Jaarlijks komen ze gemiddeld zes keer samen. Dit verklaart wellicht ook waarom de RvT zich concentreert op financiële kwesties, terwijl ('softe') onderwerpen zoals kwaliteitsvraagstukken minder aandacht krijgen. Een andere mogelijkheid is gelegen in het feit dat objectieve en kwantificeerbare informatie hieromtrent niet of onvoldoende beschikbaar is.<sup>66</sup>

---

<sup>65</sup> Maarse, H., Lodewick, L. (2010). Hospital governance in the Netherlands. Universiteit Maastricht. forthcoming.

<sup>66</sup> Maarse, H., Lodewick, L. (2010). Hospital governance in the Netherlands. Universiteit Maastricht. forthcoming.



## 2 Governance in ziekenhuizen in België (Vlaanderen)

### 2.1 Inleiding

#### 2.1.1 De ziekenhuissector

In België wordt de zorgverlening via het Bismarck-model georganiseerd. De zorg wordt hoofdzakelijk gefinancierd via loongerelateerde premies. Werknemers- en werkgeversorganisaties spelen daarmee een belangrijke rol in de organisatie van het zorgstelsel.

België kent een sterk gecentraliseerd systeem in de gezondheidszorg, waarbij de belangrijkste regelgeving (met betrekking tot medische prestaties, financiën en organisatie) op federaal niveau beslist wordt.<sup>67</sup> Er is nog geen vrije marktwerking en er vinden geen complexe onderhandelingen plaats tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars zoals in Nederland.<sup>68</sup> Net als in Nederland zijn de meeste ziekenhuisartsen werkzaam als zelfstandigen. Zij dragen een bepaald percentage van hun honorarium af voor het gebruik van ziekenhuisfaciliteiten. Middels een federaal tarievenstelsel ontvangen zij een vergoeding voor hun diensten. In België heeft de patiënt vrije artskeuze.

België kent verschillende soorten ziekenhuizen (zie tabel 2.1). Wat het juridische statuut van de ziekenhuizen betreft, kenmerkt België zich door het grote aandeel private non-profit ziekenhuizen (Verenigingen zonder winstoogmerk, VZW's) en de afwezigheid van een private for-profit sector.

---

<sup>67</sup> België kenmerkt zich door een 'gemeenschapsstructuur'. In aanvulling op federaal beleid, geldt in sommige gevallen dat de gemeenschap verantwoordelijk is voor gezondheidszorgbeleid. Indien dat in de onderhavige rapportage het geval is, richten wij ons specifiek op Vlaanderen.

<sup>68</sup> Telefonisch interview met Dr. Kristof Eeckloo, 30 maart 2010, wetenschappelijke medewerker, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven.

Tabel 2.1 Aantallen ziekenhuisinstellingen in 2008

	Algemene ziekenhuizen	Private non-profit ziekenhuizen	Openbare algemene ziekenhuizen
België	141	95	46
Vlaanderen	74	55	19
Wallonië	47	28	19
Brussel	20	12	8

Bron: De Belgische Senaat, schriftelijke vraag nr.4-120, 11 januari 2008. Gedownload 2010:  
<http://www.senate.be/www/?Mlval=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=4&NR=120&LANG=nl>

## 2.2 De omgeving van de ziekenhuissector

### 2.2.1 Organisatie van de zorg

Het zorgstelsel is in België sinds jaar en dag een politieke aangelegenheid. Daar heeft de 'markt' weinig mee te maken en het ziet er niet naar uit dat daar snel verandering in komt. Alle Belgen zijn verplicht verzekerd bij een ziekenfonds, meestal *mutualiteit* genoemd.

Het RIZIV organiseert, beheert en controleert de verplichte ziektekostenverzekering (voor werknemers) in België. Het RIZIV is onder andere verantwoordelijk voor de organisatie en het beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging en stelt de regels op voor de terugbetaling van geneeskundige prestaties en geneesmiddelen en bepaalt de tarieven ervan.<sup>69</sup> Daarnaast informeert het RIZIV zorgverleners over de regels van de verplichte ziektekostenverzekering en controleert zowel de mutualiteiten als de zorgverleners.<sup>70</sup>

De mutualiteiten vormen de uitbetalinginstanties aan individuele patiënten. Overigens profileren zij zich steeds meer als instantie voor patiënten, waarbij zij hulp aanbieden aan individuele patiënten om hun medische facturen te checken/screenen op correctheid (of er niet teveel aangerekend wordt).<sup>71</sup> De laatste jaren is dan ook meer sprake van onderlinge concurrentie tussen mutualiteiten. Dit hangt samen met de zogenaamde werkingskosten. Dat zijn de kosten die ze maken om het fonds te runnen, zoals huisvesting en personeel. Hoe meer leden, hoe meer een mutualiteit aan werkingskosten bij de overheid in rekening kan brengen. Overschotten worden vaak doorgeboekt naar de bevriende vakbond of partij. Vandaar dat onder de politieke partijen het animo niet groot is om eens flink de bezem te halen door dit systeem.

De Belg is helemaal vrij in zijn keuze van huisarts, specialist of ziekenhuis. De mutualiteit betaalt wat de klant kiest. Wel bestaat er in België remgeld, dat is een eigen

<sup>69</sup> Van den Oever R, De vergoeding van de arts in België, De nomenclatuur: van prestatievergoeding naar budgetfinanciering?, LCM Brussel.

<sup>70</sup> Riziv, het riziv, wat, waarom, voor wie?

<sup>71</sup> Telefonisch interview met Dr. Kristof Eeckloo, 30 maart 2010, wetenschappelijke medewerker, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven.

bijdrage bij een bezoek aan de huisarts, op medicijnen of bij ziekenhuisopname. Tegen deze eigen bijdrage is vervolgens een aparte verzekering mogelijk. Zeker de hospitalisatieverzekering is populair, omdat het remgeld bij langdurige opname flink in de papieren kan lopen.

### 2.2.2 Zorgbeleid op federaal en gemeenschapsniveau

België kent door zijn ‘gemeenschapsstructuur’ een aparte situatie met betrekking tot het opstellen van gezondheidszorgbeleid. De Bijzondere Wet van 1980 regelt de bevoegdheidsverdeling tussen de federale overheid en de gemeenschappen. In essentie komt deze wet er op neer dat de Belgische federale overheid de volledige bevoegdheid heeft (via *de organieke wetgeving*) over de gezondheidszorgsector in België en de financiering hiervan. De gemeenschappen passen de vastgestelde federale normen toe en zijn verantwoordelijk voor de controle hierop.<sup>72</sup>

#### *Zorgbeleid op federaal niveau*

Het Belgische ziekenhuislandschap kenmerkt zich tot de jaren negentig van de vorige eeuw door versnippering en kleinschaligheid. Er is sprake van overaanbod aan ziekenhuisbedden. De federale overheid heeft hiertoe een aantal maatregelen genomen. Zo werden verschillende initiatieven genomen om de samenwerking tussen ziekenhuizen te bevorderen. Vooral het fuseren van algemene ziekenhuizen werd van overheidswege gestimuleerd.

#### *Fusiegolf*

De laatste 10 tot 15 jaar kenmerkt zich door een reductie van het aantal ziekenhuizen in België. Ziekenhuisfusies, en de schaalvergroting die daarmee gepaard gaat, hadden in eerste instantie tot doel dicht bij elkaar gelegen instellingen met een overlappend zorgaanbod te integreren tot één entiteit om kwaliteitsverhoging in de besluitvorming te realiseren, en om de doelmatigheid te verhogen door de versnippering van de ziekenhuiszorg in te dijken.

Deze operatie werd in grote mate mede gestuurd door de Vlaamse overheid en het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden.<sup>73</sup> Het begeleiden van deze fusiebeweging wordt beschouwd als één van de grote verdiensten van de Vlaamse overheid, aangezien het aantal ziekenhuizen in Vlaanderen te hoog lag. Hierdoor was de gemiddelde schaalgrootte te klein om diverse medische ontwikkelingen te kunnen opvolgen. Volgens verschillende experts uit de gezondheidszorg in Vlaanderen kan het aantal ziekenhuizen nog verder afnemen. Over het exacte eindcijfer is geen algemene consensus, maar vast staat wel dat binnen een aantal jaren het Vlaamse fusieverhaal afgelopen zal zijn.<sup>74</sup>

<sup>72</sup> Telefonisch interview met Dr. Kristof Eeckloo, 30 maart 2010, wetenschappelijke medewerker, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>73</sup> VIPA is een agentschap van de Vlaamse overheid dat financiële steun biedt aan welzijns- en gezondheidsvoorzieningen die infrastructuurwerken willen uitvoeren.

<sup>74</sup> Van den Holen P, Deraedt L, Prof. Dr. De Maeseneer J, Prof Dr. Gemmer P, (augustus 2008). Toekomstig ziekenhuislandschap Vlaanderen. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: Leuven.

In vergelijking met Nederland heeft België ondanks het fusiebeleid nog steeds meer ziekenhuizen per inwoner. Uit een studie blijkt dat in Nederland gemiddeld bijna 133 duizend inwoners zijn aangewezen op één ziekenhuis, terwijl dat in België iets meer dan 51 duizend inwoners is.<sup>75</sup>

Naast dit fusieverhaal kunnen nog andere belangrijke veranderingen in het ziekenhuislandschap worden vastgesteld. Zonder hierbij in detail te treden, verwijzen we naar de heroriëntering van een retrospectief naar een prospectief financieringssysteem, de introductie van budgetfinanciering, evenals de toenemende concurrentie en de grotere mondigheid van patiënten. Deze laatste twee evoluties worden weliswaar niet van overheidswege aangestuurd, maar deze hebben desalniettemin een belangrijke impact op de wijze waarop ziekenhuizen zich dienen te organiseren.

Tegenover deze dynamiek kan echter worden vastgesteld dat de organisatie van de gezondheidszorg (op micro- en macroniveau) gedurende tientallen jaren weinig of niet veranderde. Op microniveau bleven de ziekenhuizen bijvoorbeeld functioneel gestructureerd. Op sectorniveau functioneerden ziekenhuizen gedurende een lange tijd autonoom, waarbij elk ziekenhuis het volledige spectrum aan zorgverlening trachtte te realiseren. Verder bestond er weinig aandacht voor het proces dat de patiënt doorliep voor en na de acute fase van opname in het ziekenhuis. De integratie op basis van de patiëntenbehoeften stopte als het ware aan de muren van het ziekenhuis. Het ziekenhuismanagement beseftte in toenemende mate dat de huidige wijze van organisatie steeds minder geschikt is om tegemoet te komen aan de veranderende eisen van de omgeving. Sinds enige jaren is sprake van een toenemende interesse in de mogelijkheden van samenwerking tussen zorginstellingen. In België tracht de federale overheid de samenwerking te stimuleren via zorgprogramma's.<sup>76</sup>

#### *Zorgprogramma's en colleges van geneesheren*

De federale overheid heeft een systeem opgezet om te rapporteren over de kwaliteit van zorg middels zogenaamde zorgprogramma's. Zogenaamde colleges opereren op federaal niveau en zijn ingedeeld naar medisch specialisme, waarbij zij rechtstreeks verbonden zijn aan het opzetten van zogenaamde zorgprogramma's. Deze zorgprogramma's zijn voornamelijk zorginhoudelijk. Kwaliteit en multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende zorgverleners staan daarbij centraal.

Ondanks dat dit in theorie een goed systeem lijkt om de kwaliteit van zorg te toetsen, wordt het nog maar nauwelijks gebruikt. Er Slechts een beperkt aantal colleges is opgezet en in de meeste gevallen zijn nog geen kwaliteitsindicatoren vastgelegd.<sup>77</sup>

Een illustratief voorbeeld van een dergelijk college is het College voor Oncologie, dat een centrale rol heeft gespeeld in de ontwikkeling van oncologische zorgprogramma's door het opstellen van oncologische richtlijnen, audits en competentiecriteria voor medisch

<sup>75</sup> Dr. Van Kemenade YW, Drs. Bisschop F, Planning en bouw in België en Duitsland, achtergrondstudie, Raad voor de Volksgezondheid en zorg. Gedownload 2010: <http://www.rvz.net/data/download/PUBL96-02.doc>.

<sup>76</sup> Van den Holen P, Deraedt L, Prof. Dr. De Maeseneer J, Prof Dr. Gemmer P, (augustus 2008). Toekomstig ziekenhuislandschap Vlaanderen. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: Leuven.

<sup>77</sup> Telefonisch interview met Dr. Kristof Eeckloo, 30 maart 2010, wetenschappelijke medewerker, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven.

specialisten als voorwaarde om deel uit te kunnen maken van het zorgprogramma Oncologie.<sup>78</sup>

### *Lokale kwaliteitsgroepen*

Een Lokale Kwaliteitsgroep (LOK) is een lokale of lokaal-regionale monodisciplinaire groep van 8 tot 25 artsen die voor accreditatie in aanmerking komen. Zij zoeken in hun groep naar consensus over een door de groep gekozen onderwerp betreffende medische strategieën en voorschrijfprofielen.<sup>79</sup> LOK's zijn bedoeld als instrument ter verbetering van de kwaliteit van zorg en maken deel uit van het nationale systeem voor accreditering en continue training in de gezondheidszorg.<sup>80</sup>

Jaarlijks dienen LOK's een activiteitenrapport naar een zogenaamd regionaal leescomité te sturen. In principe telt elke provincie één leescomité per medisch specialisme. De basisopdracht van een leescomité bestaat uit het opstellen van een provinciaal of regionaal syntheseverslag op basis van de jaarverslagen van de LOK's.<sup>81</sup>

De verantwoordelijkheid voor het installeren van een regionaal netwerk van leescomités ligt bij de paritaire comités die voor elk medisch specialisme worden ingesteld door het RIZIV. Hun hoofdopdracht bestaat uit de coördinatie van de continue opleiding. Dit gebeurt onder supervisie van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie.<sup>82</sup> Dit is een intern orgaan van het RIZIV bestaande uit experts van ziekenfondsen, wetenschappelijke organisaties, universiteiten, beroepsorganisaties en de overheid die de algemene lijnen voor *peer review* ontwikkelen ten behoeve van de LOK's.

### *Zorgbeleid op gemeenschapsniveau (Vlaanderen): visitaties en accreditatie*

Volgens de ziekenhuiswet (zie voor verdere toelichting paragraaf 2.3) moeten ziekenhuizen jaarlijks aan de Vlaamse Minister van Volksgezondheid rapporteren over onder andere de financiële situatie, organisatie, uitgevoerde activiteiten en klinische uitkomsten van het ziekenhuis.

### *Visitaties*

De zelfrapportage wordt om de vijf jaar in de praktijk getoetst via een visitatie van het Vlaamse Directoraat-Generaal Gezondheidsvoorzieningen. Deze visitaties worden uitgevoerd door een multidisciplinair team (met onder andere artsen en verpleegkundigen) die een aantal duidelijk omschreven domeinen doorlichten: kwaliteit van zorg, hygiëne en veiligheid, management en organisatie en financiën.

De visitatie vervangt de vroegere inspecties en erkenningsbezoeken om zo van strikte inspectie naar een meer accrediterende rol te gaan (via *peer review*). De Vlaamse

<sup>78</sup> Prof Dr Lamote, 2007, zorgprogramma's oncologie, doktersgild van Helmont. Gedownload 2010: [www.doktersgildvanhelmont.be](http://www.doktersgildvanhelmont.be).

<sup>79</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>80</sup> Van Driel M, 2007, The implementation of evidence in clinical care. Exploring the gap between knowledge and practice. Universiteit Gent.

<sup>81</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>82</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.

overheid wil op deze wijze een dialoog en samenwerkingsrelatie met de ziekenhuizen opbouwen. Door het blootleggen van sterke en zwakke punten van een ziekenhuis beoogt de Vlaamse overheid de kwaliteit van de ziekenhuiszorg te verbeteren.<sup>83</sup>

#### *Accreditatie en benchmarking van kwaliteit*

Er zijn ziekenhuizen in Vlaanderen die kritisch staan ten opzichte van de visitaties van de Vlaamse overheid. Deze ziekenhuizen vinden de procedure louter administratief en te bureaucratisch. De professionaliteit van de visitaties wordt daarbij soms in twijfel getrokken en is niet te vergelijken met bijvoorbeeld het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Daarom hebben enkele vooruitstrevende Vlaamse ziekenhuizen ervoor gekozen om een accreditatie traject bij het NIAZ of de Joint Commission (V.S.) te doorlopen. Deze accreditatie trajecten bieden erkenning, PR, en gaan dieper met betrekking tot het blootleggen van sterktes, zwaktes, en verbeterpunten. Er gaan voorzichtig stemmen op om deze trajecten deels te laten vergoeden door de Vlaamse overheid en ziekenhuizen deels kwijtschelding te geven van bovenstaande visitatieprocedure. Dit plan moet goedgekeurd worden door de Belgische federale overheid die hier de bevoegdheid toe heeft.<sup>84</sup>

## 2.3 Formele governance

### 2.3.1 Belangrijkste wetgeving

De governance-configuratie van Belgische ziekenhuizen wordt bepaald door een complex geheel van zowel ziekenhuisspecifieke als niet-ziekenhuisspecifieke rechtsregels.

Naast programmering en erkenningstandaarden legt de Belgische overheid aan de ziekenhuizen regels op betreffende het bestuur. Deze liggen vast in drie verschillende wetten:

- de ziekenhuiswet;
- de verenigingen zonder winstoogmerk en de stichtingen wet (V&S-wet)<sup>85</sup>;
- de openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn wet (OCMW-wet).

Alle ziekenhuizen vallen onder de ziekenhuiswet, die een summiere basisstructuur vaststelt. Vervolgens ligt het aan de rechtsvorm van een specifiek ziekenhuis of het onder de V&S-wet of onder de OCMW-wet valt. Beide wetten stellen verdere eisen voor wat betreft de governancestructuur.<sup>86</sup>

De meeste **private** non-profit ziekenhuizen in Vlaanderen zijn een vereniging zonder winstoogmerk (VZW). Voor deze ziekenhuizen bevat naast de ziekenhuiswet ook de

<sup>83</sup> AZ Sint-Lucas, FOCUS, Inspectie nieuwe stijl geen lachertje. Gedownload 2010: [http://www.azstlucas.be/focus/focus\\_22\\_03.asp](http://www.azstlucas.be/focus/focus_22_03.asp).

<sup>84</sup> Telefonisch interview met Dr. Kristof Eeckloo, 30 maart 2010, wetenschappelijke medewerker, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>85</sup> Van 27 juni 1921 betreffende verenigingen zonder winstoogmerk, internationale verenigingen zonder winstoogmerk en Stichtingen.

<sup>86</sup> Van Herck G, van Hulle C, Eeckloo K, Vleugels A, governance bij Belgische ziekenhuizen: een a(a)rtsmoeijik probleem!, Business in –zicht; Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in the Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.

V&S Wet belangrijke bepalingen op het gebied van de bestuursorganen. Andere private - commerciële - vennootschapsvormen zoals een naamloze vennootschap of een besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid worden niet uitgesloten door de ziekenhuiswet, maar komen in Vlaanderen op dit moment niet voor. Dit hangt samen met het feit dat een ziekenhuis met een dergelijke status niet in aanmerking komt voor kapitaallastenvergoeding.

Een OCMW is een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn dat één of meerdere openbare diensten levert op lokaal niveau. Deze diensten verschillen per gemeente en kunnen verschillende vormen aannemen, waaronder een ziekenhuis.<sup>87</sup> Voor de **publieke** ziekenhuizen die beheerd worden door een OCMW legt de OCMW-wetgeving een bestuursstructuur op. Daarnaast voorziet de wet in twee vormen van verzelfstandiging waarbij het ziekenhuis wordt ondergebracht in een afzonderlijke rechtspersoon:

- een “autonome verzorgingsinstelling” (AV);
- een vereniging van privaatrecht.<sup>88</sup>

De meeste ziekenhuizen in Vlaanderen vormen een VZW of OCMW. Slechts en beperkt aantal ziekenhuizen heeft een ander statuut.<sup>89</sup>

### 2.3.2 Interne bestuursrollen

Onderstaand organogram geeft een schematisch overzicht van de relevante actoren in een ziekenhuis volgens de drie verschillende wetten: de ziekenhuiswet, de V&S wet en de OCMW-wet. Hieronder worden de actoren in meer detail beschreven.

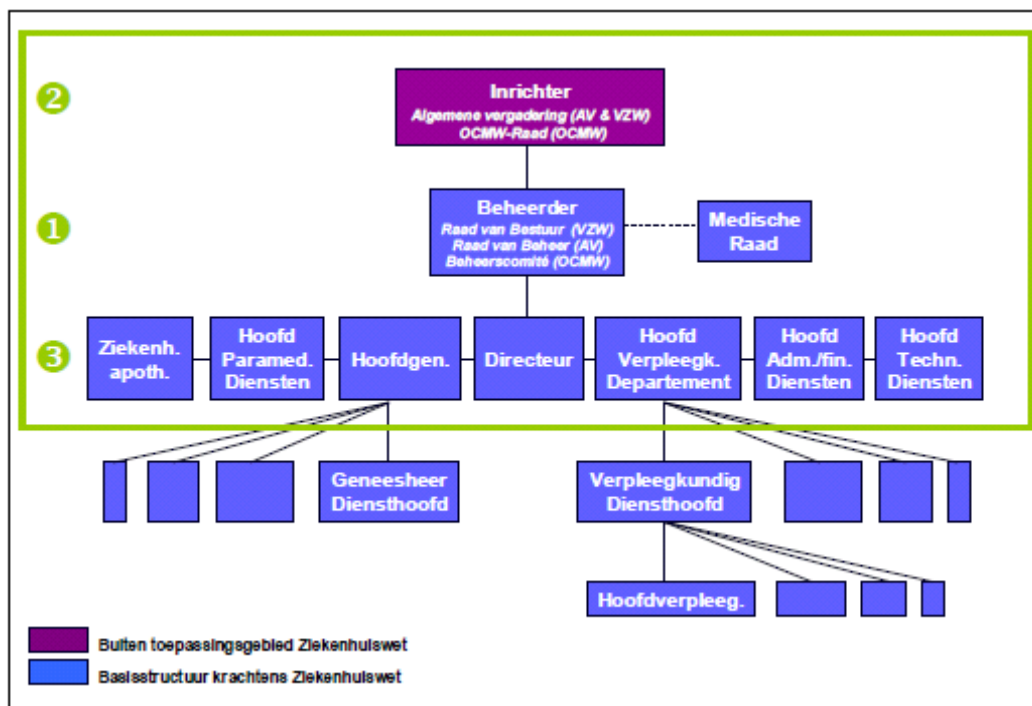
---

<sup>87</sup> Brussel hoofdstedelijk gewest, OCMW-info-pas, het OCMW, wat is dat nu eigenlijk? Gedownload 2010: [http://www.ocmw-info-cpas.be/index.php/fiche\\_FV\\_nl/le\\_cpas#m3](http://www.ocmw-info-cpas.be/index.php/fiche_FV_nl/le_cpas#m3).

<sup>88</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in the Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>89</sup> Het Universitaire Ziekenhuis Leuven valt onder de Katholieke Universiteit Leuven; het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en het Universitair Ziekenhuis Gent vormen een instelling zonder winstoogmerk met een *sui generis* statuut. Bron: Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief doctoraalthesis in the Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.

Figuur 2.1 Organogram ziekenhuizen



Bron: Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in the Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.

Ter verduidelijking, België kent geen opdeling in een raad van toezicht (RvT) en raad van bestuur (RvB) zoals in Nederland. In België is de directie of directeur vergelijkbaar met de Nederlandse RvB en de beheerder min of meer met de RvT. Dit kan tot verwarring leiden.<sup>90</sup>

### De beheerder

De *ziekenhuiswet* legt de algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de Organisatie en financiële situatie van het ziekenhuis bij de beheerder. Dit is geen individu maar het orgaan dat volgens het juridische statuut van het ziekenhuis belast is met het beheer van het ziekenhuis. De beheerder bepaalt het algemene beleid van het ziekenhuis en neemt beslissingen met inachtneming van de specifieke bepalingen en procedures betreffende het statuut van de ziekenhuisgeneesheer. De wet voorziet dat de beheerder een directeur belast met de dagelijkse leiding van het ziekenhuis.

Enkel het bestaan van het orgaan wordt verplicht gesteld. De samenstelling wordt volledig vrij gelaten, althans wat de ziekenhuiswet betreft. Dit orgaan komt echter tevens aan bod in de V&S-wet en de OCMW-wet, zij het onder verschillende benamingen:

- Ziekenhuis met VZW status: raad van bestuur;
- Ziekenhuis met niet-verzelfstandigd OCMW status: beheerscomité;
- Ziekenhuis met zelfstandigd OCMW status: raad van beheer.<sup>91</sup>

<sup>90</sup> Telefonisch interview met Dr. Kristof Eeckloo, 30 maart 2010, wetenschappelijke medewerker, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>91</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.



### *Raad van Bestuur in ziekenhuizen met VZW status*

Een ziekenhuis met VZW status moet als verplicht orgaan een raad van bestuur hebben volgens de V&S-wet. De raad van bestuur is het orgaan dat het ziekenhuis bestuurt en vertegenwoordigt, waardoor het volgens de ziekenhuiswet de plaats van beheerder inneemt (zie hierboven). De Raad van Bestuur dient uit minimaal drie personen (natuurlijke of rechtspersonen) te bestaan.

In de statuten van de VZW staan de wijze van benoeming, ambtsbeëindiging en afzetting van de bestuurder vermeld. De statuten dienen ook de omvang van de bevoegdheden van de bestuurders en de wijze waarop zij die uitoefenen (alleen, gezamenlijk of als college) te bepalen.

De raad van bestuur dient in principe bijeen te komen wanneer dit nodig is in het belang van het ziekenhuis. Elke bestuurder kan hiervoor het initiatief nemen, waarbij een beslissing enkel kan worden genomen met een meerderheid van de bestuurders.<sup>92</sup>

### *Beheerscomité en raad van beheer in OCMW-ziekenhuizen*

Bij een niet-verzelfstandigd OCMW-ziekenhuis voorziet de OCMW-wet in de opzet van een apart beheerscomité. Alle bevoegdheden die niet zijn voorbehouden aan de OCMW-raad liggen bij het beheerscomité.

In het comité zijn de directeur van het ziekenhuis, de hoofdgeneesheer, het hoofd van de verpleegkundige afdeling, en eventueel de verantwoordelijke voor de administratief-financiële diensten en technische diensten vertegenwoordigd. Daarnaast is er ook een afgevaardigde van de gemeente.

Bij een verzelfstandigd OCMW ziekenhuis (autonome verzorgingsinstelling) voorziet de OCMW-wet in een raad van beheer. De wijze van benoeming en afzetting van de leden en de bevoegdheden van deze raad dienen in de statuten van de vereniging te worden geregeld.

### *De directeur of directie*

De ziekenhuiswet bepaalt dat elk ziekenhuis onder de algemene leiding van een directeur/directie valt die uitsluitend verantwoordelijk is tegenover de beheerder. Alleen de beheerder kan de directeur benoemen en ontslaan.

Volgens de ziekenhuiswet hoeft er geen formele directie te worden opgericht. Wel stelt de wet dat de directeur “nauw samenwerkt” met de hoofdgeneesheer, het hoofd van de verpleegkundige afdeling, van de paramedische, administratief-financiële en technische diensten en met de ziekenhuisapotheker.<sup>93</sup>

<sup>92</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven, bijlage K.

<sup>93</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven, bijlage K.

### *Directeur of directie in ziekenhuizen met VZW status*

Onder de V&S-wet is oprichting van een dagelijks bestuur geen verplichting. De wet geeft de beheerder (raad van bestuur) van een ziekenhuis met een VZW status alleen de mogelijkheid om het dagelijks bestuur aan één of meerdere personen over te dragen.

### *Directeur in publieke ziekenhuizen*

Het beheerscomité van een niet-verzelfstandigd OCMW-ziekenhuis kan zolang de financiële positie van het ziekenhuis in evenwicht is een aantal bevoegdheden delegeren aan de directeur van het ziekenhuis. Deze overdracht kan echter altijd geheel of gedeeltelijk worden ingetrokken.

### *Statutair Bevoegd Orgaan*

**De algemene vergadering in ziekenhuizen met VZW status en verzelfstandigde publieke ziekenhuizen.** De algemene vergadering vormt een verplicht orgaan volgens de V&S-wet. Om rechtsgeldig te zijn moet een ziekenhuis met VZW status minimaal drie leden in de algemene vergadering tellen. Alle bevoegdheden die niet uitdrukkelijk aan de algemene vergadering zijn verleend, worden toegekend aan de raad van bestuur.<sup>94</sup> De algemene vergadering neemt besluiten over onder andere:

- Statutenwijziging;
- De benoeming en afzetting van bestuurders en commissarissen;
- De goedkeuring van de begroting.

Een verzelfstandigd openbaar ziekenhuis behoort volgens de OCMW-wet ook een Algemene Vergadering te hebben.

**OCMW-raad in niet-verzelfstandigde openbare ziekenhuizen.** Volgens de OCMW-wet dient iedere niet-zelfstandige OCMW-instelling een zogenaamde OCMW-raad te installeren. Deze raad telt tussen de 9 en 15 leden (afhankelijk van het aantal inwoners in de gemeente) die worden gekozen door de gemeenteraad. Om de zes jaar, wanneer er een nieuwe gemeenteraad wordt geïnstalleerd, vindt er een verkiezing van de raadsleden plaats. De kandidaten worden voorgedragen door één of meerdere gemeenteraadsleden. Ook gemeenteraadsleden (behalve burgemeester en schepenen) mogen deelnemen in de OCMW-raad (tot maximaal 1/3 van alle OCMW-raadsleden).

De OCMW-raad vergadert tenminste één keer per maand. Om de drie maanden dient overleg plaats te vinden tussen de OCMW-raad en de gemeenteraad. Deze twee delegaties vormen samen het overlegcomité.

De OCMW-raad dient een bureau op te zetten dat belast is met het dagelijks bestuur. In het geval van een ziekenhuis is dit het zogenaamde beheerscomité (zie hierboven). Dit is de enige soort dienst of inrichting waarvoor de OCMW-wet zelf in een afzonderlijk bestuur voorziet.<sup>95</sup>

<sup>94</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven, bijlage K.

<sup>95</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven, bijlage K.

De belangrijkste bevoegdheden van de OCMW-raad (en niet het beheerscomité) zijn:

- Het aanwijzen en ontslaan van de leden van het beheerscomité;
- Beslissingen tot toetreding of uittreding bij een vereniging;
- Beslissingen die het ziekenhuisaanbod op belangrijke punten wijzigen;
- Vaststelling van het meerjarenplan, van budgetten voor het volgend boekjaar en van de jaarrekening.

**Rol geneesheren en de Medische Raad.** Zoals hierboven beschreven schrijft de ziekenhuiswet voor dat elk ziekenhuis een driedelige structuur heeft voor het verlenen van zorg: een hoofdgeneesheer, de geneesheren-diensthouders en een medische staf die gevormd wordt door alle ziekenhuisgeneesheren.

De hoofdgeneesheer wordt benoemd door de beheerder van het ziekenhuis en is verantwoordelijk voor de algemene organisatie en coördinatie van de medische zorg. Het is zijn taak om de ziekenhuisgeneesheren te betrekken bij de geïntegreerde werking van het ziekenhuis en de kwalitatieve toetsing van de zorg. Daarnaast moet hij een rationele en adequate organisatie van zorg ondersteunen door een zo optimaal mogelijk gebruik van de beschikbare middelen.

Ook de geneesheren-diensthouders worden benoemd door de beheerder. De geneesheer-diensthouders zijn verantwoordelijk voor de organisatie en de coördinatie van de zorg op zijn afdeling. Regelmatig overlegt de hoofdgeneesheer met de diensthouders in het kader van zijn wettelijke opdracht (genoteerd in het Koninklijk Besluit).

Elk ziekenhuis dient daarnaast over een Medische Raad te beschikken. Dit is het orgaan waardoor de ziekenhuisgeneesheren betrokken worden bij de besluitvorming in het ziekenhuis. De leden worden gekozen door de ziekenhuisgeneesheren en komen minstens 10 maal per jaar samen.

De Medische Raad heeft als opdracht erover te waken dat de ziekenhuisgeneesheren hun medewerking verlenen aan maatregelen om:

- de kwaliteit van de zorg te bevorderen en permanent te evalueren;
- de samenwerking onder de ziekenhuisgeneesheren te bevorderen;
- de samenwerking met ander ziekenhuispersoneel te bevorderen;
- de samenwerking met huisartsen en verwijzende artsen te bevorderen;
- de geneeskundige activiteiten die een wetenschappelijk karakter vertonen te stimuleren.

Daarnaast geeft de Medische Raad advies aan de beheerder. In sommige gevallen is de beheerder verplicht advies te vragen aan de Medische Raad, in andere aangelegenheden is dit vrijwillig. Bovendien kan de Medische Raad ook op eigen initiatief advies verstrekken.

### 2.3.3 Gedragscode

Het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de Katholieke Universiteit Leuven heeft recentelijk het initiatief genomen om een governancecode voor

ziekenhuizen uit te werken.<sup>96</sup> De bedoeling was om tot een meer geïntegreerde organisatievorm te komen. De opgestelde gedragscode gaat uit van zelfregulering en doet onder meer concrete aanbevelingen voor optimalisatie van het bestuur van een ziekenhuis. Het beschreven model kan gebruikt worden voor structurele hervormingen of voor een interne evaluatie van de bestaande structuren.

De oorspronkelijke versie was gebaseerd op richtlijnen voor goed bestuur in het bedrijfsleven. Vanuit de ziekenhuissector heeft dit veel kritiek opgeleverd, waarna het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap in nauw overleg met koepelorganisaties, ziekenfondsen en de federale overheid een nieuwe versie heeft opgesteld. Deze nieuwe versie vindt momenteel steeds meer ingang in ziekenhuizen en wordt dikwijls als referentie gebruikt voor het bestuur.<sup>97</sup>

De code neemt de traditionele bestuursniveaus als uitgangssituatie: de raad van bestuur, de directie en de algemene vergadering.

De code beveelt aan om de algemene vergadering meer als orgaan te gebruiken om rechtstreeks contact te hebben met de diverse belangengroeperingen. Nu is de algemene vergadering doorgaans sterk overlappend met de raad van bestuur en is haar opdracht eerder formeel van aard. Genoemde voorbeelden van belangengroeperingen die zitting zouden kunnen nemen in de algemene vergadering zijn huisartsen(kringen), sociale verenigingen en patiëntenverenigingen. Alternatief is dat deze belangengroeperingen niet direct lid zijn van de algemene vergadering, maar dat het beleidsplan systematisch en volgens afgesproken regels wordt besproken met georganiseerde belangenorganisaties.<sup>98</sup>

Het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap reikt ook een profiel aan voor de samenstelling van de raad van bestuur. Het pleit onder andere voor meer deskundige bestuurders, met specifieke expertise op het vlak van financiën, management, medische en verpleegkundige zorg, personeelsbeleid en wetgeving, die zich kritisch kunnen opstellen ten opzichte van de werking van de raad. Dat is vrij nieuw in de sector.<sup>99</sup>

In de code gaat veel aandacht naar de positie van de artsen in het bestuur. Net als in Nederland werken artsen als zelfstandige ondernemers binnen het ziekenhuis. Daardoor is het niet evident om ze in het ziekenhuisbestuur op te nemen. Om ze toch bij het totale ziekenhuisbeleid te kunnen betrekken, pleit de code voor de oprichting van een nieuw orgaan onder de naam 'executieve'. De huidige directie wordt aangevuld met een vertegenwoordiging van artsen. Daarbij is belangrijk dat deelname aan het management

---

<sup>96</sup> Eeckloo K, van Herck G, van Hulle C, Vleugels A, Hospital governance. Principes van goed bestuur in ziekenhuizen.

<sup>97</sup> Telefonisch interview met Dr. Kristof Eeckloo, 30 maart 2010, wetenschappelijke medewerker, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>98</sup> Hospital governance, principes van goed bestuur in ziekenhuizen, 2006, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>99</sup> Katholieke Universiteit Leuven, Ziekenhuizen hebben code voor behoorlijk bestuur, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de K.U.Leuven stelt Hospital Governance-model voor. Gedownload 2010: [http://www.kuleuven.be/nieuws/berichten/2006/pb19\\_10\\_2006.html](http://www.kuleuven.be/nieuws/berichten/2006/pb19_10_2006.html).

geen doel op zich is. De artsen moeten wel degelijk bijdragen tot het beter realiseren van de ziekenhuisdoelstellingen en uiteindelijk dus tot een betere zorg.<sup>100</sup>

#### 2.3.4 Toezicht op ziekenhuizen

Toezicht op ziekenhuizen vindt plaats via een groot aantal controle-, advies- en overlegorganen. De meeste van deze organen bekleden een middenpositie tussen de overheid en de sector: enerzijds vallen de meeste instanties organisatorisch onder een ministerie, anderzijds hebben ze doorgaans vertegenwoordigers van representatieve organisaties onder hun leden. Deze laatste komen vaak van de “aanbod”-zijde. De “vraag”-zijde, zoals patiënten en patiëntenverenigingen, is veel minder vertegenwoordigd.<sup>101</sup>

Hieronder worden de belangrijkste toezichtsorganen in meer detail toegelicht.

##### *Orde van geneesheren*

De inschrijving bij de Orde van geneesheren is wettelijk verplicht voor alle artsen die de geneeskunde tijdelijk of definitief in België wensen uit te oefenen. De Orde van geneesheren bestaat uit volgende organen: 10 provinciale raden, een Franstalige en een Nederlandstalige Raad van beroep en de Nationale Raad. Via hun disciplinaire bevoegdheid controleert de orde de kwaliteit van diensten van individuele geneesheren.<sup>102</sup>

##### *Ombudsman en de federale commissie rechten van de patiënt*

Sinds 2002 dient elk ziekenhuis over een ombudspersoon te beschikken die een onafhankelijke functie bekleedt binnen het ziekenhuis.<sup>103</sup> De ombudspersoon dient jaarlijks een verslag op te stellen met een overzicht van het aantal klachten, de oorzaak, het resultaat van bemiddeling en aanbevelingen. Dit jaarverslag is toegankelijk voor de beheerder, de hoofdgeneesheer, de directie, de medische raad en de Federale Commissie “Rechten van de patiënt”. Ook de bevoegde geneesheer-inspecteur moet inzage kunnen krijgen in het jaarverslag.

De federale commissie rechten van de patiënt valt onder het Belgische Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. Het heeft naast een adviserende rol ook de opdracht om de toepassing van de patiëntenrechten wet en de werking van de ombudsmannen te evalueren en klachten omtrent de werking van een ombudsfunctie te behandelen.<sup>104</sup>

---

<sup>100</sup> Katholieke Universiteit Leuven, Ziekenhuizen hebben code voor behoorlijk bestuur, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de K.U.Leuven stelt Hospital Governance-model voor. Gedownload 2010: [http://www.kuleuven.be/nieuws/berichten/2006/pb19\\_10\\_2006.html](http://www.kuleuven.be/nieuws/berichten/2006/pb19_10_2006.html).

<sup>101</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>102</sup> Telefonisch interview met Dr. Kristof Eeckloo, 30 maart 2010, wetenschappelijke medewerker, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven.; Orde van geneesheren, gedownload 2010: <http://www.ordomedic.be/nl/orde/disciplinaire-bevoegdheid/>.

<sup>103</sup> De ombudsfunctie is onderdeel van de patiëntenrechtwet van 2002, waarin het recht op klachtenbemiddeling is vastgelegd.

<sup>104</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven, bijlage K.

## 2.4 ‘Informele’ governance

### 2.4.1 Sterke politieke en religieuze afvaardiging in het bestuur

Zowel binnen het beheerdersorgaan, binnen de directie als binnen de algemene vergadering spelen politieke en religieuze afvaardiging een zeer belangrijke rol. In Belgische ziekenhuizen is het uitermate van belang dat de directeur de juiste “politieke kleur” heeft, in lijn met de lokale politieke ontwikkelingen.<sup>105</sup>

In het beheerdersorgaan (vergelijkbaar met de Nederlandse RvT) zetelen vaak lokale politici, religieuze afgevaardigden en geneesheren. Dit laatste is opmerkelijk, omdat dit betekent dat ze toezicht op zichzelf houden. Over het algemeen bestaat de opvatting dat het Belgische beheerdersorgaan hierdoor weinig professioneel en onafhankelijk te werk gaat.<sup>106</sup> Dit is precies een van de redenen voor het opstellen van de eerder beschreven governancecode.<sup>107</sup> Deskundigen voor het beheerdersorgaan blijken echter moeilijk te vinden omdat de reputatie en het honorarium erg laag is.<sup>108</sup>

Binnen het Statutair Bevoegd Orgaan (algemene vergadering) zetelen in publieke ziekenhuizen heel wat politieke afgevaardigden. Vaak zijn dit oud-politici.<sup>109</sup> Binnen ziekenhuizen met een VZW-status spelen juist religieuze afgevaardigden - van de parochie - een belangrijke rol.<sup>110</sup>

Uit een enquête met betrekking tot governance in Vlaamse en bi-communautaire ziekenhuizen blijkt dat de meest voorkomende bestuursproblemen de volgende zijn:

- Te sterke bemoeienis van de overheid;
- Gebrek aan deskundigheid bij de Raad van Bestuur; en
- Het zelfstandigenstatuut van de artsen (zie hieronder).

### 2.4.2 Informele omgangsvormen

Heel globaal gezegd variëren omgangsvormen binnen de Vlaamse raad van besturen (beheerder) per type ziekenhuis. In publieke ziekenhuizen die onder beheer van één of meerdere OCMW's vallen is de bestuursvorm dikwijls bureaucratisch en formeel, waarbij er minder aandacht is voor strategieontwikkeling en meer voor wettelijke en formele regels betreffende de rol van de beheerder.

<sup>105</sup> Interview met Willy Heuschen, 31 maart 2010, directeur van het Sankt Nikolaus-ziekenhuis te Eupen (VZW) en tevens voorzitter van de European Hospital and Healthcare Federation (HOPE).

<sup>106</sup> Interview met Willy Heuschen, 31 maart 2010, directeur van het Sankt Nikolaus-ziekenhuis te Eupen (VZW) en tevens voorzitter van de European Hospital and Healthcare Federation (HOPE).

<sup>107</sup> Katholieke Universiteit Leuven, Ziekenhuizen hebben code voor behoorlijk bestuur, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de K.U.Leuven stelt Hospital Governance-model voor. Gedownload 2010: [http://www.kuleuven.be/nieuws/berichten/2006/pb19\\_10\\_2006.html](http://www.kuleuven.be/nieuws/berichten/2006/pb19_10_2006.html).

<sup>108</sup> Interview met Willy Heuschen, 31 maart 2010, directeur van het Sankt Nikolaus-ziekenhuis te Eupen (VZW) en tevens voorzitter van de European Hospital and Healthcare Federation (HOPE).

<sup>109</sup> Interview met Willy Heuschen, 31 maart 2010, directeur van het Sankt Nikolaus-ziekenhuis te Eupen (VZW) en tevens voorzitter van de European Hospital and Healthcare Federation (HOPE).

<sup>110</sup> Van Herck G, van Hulle C, Eeckloo K, Vleugels A, governance bij Belgische ziekenhuizen: een a(a)rtsmoeijik probleem!, Business in -zicht.

In VZW-ziekenhuizen is de raad van bestuur over het algemeen meer gericht op strategieontwikkeling en worden er ook vaker – gestimuleerd door de directie – leden met een bepaald profiel aangetrokken (uit de industrie of met een bepaalde competentie) om de raad professioneler te laten opereren. Dit hangt samen met de fusiegolf in de jaren negentig van de vorige eeuw, waarbij verschillende VZW-ziekenhuizen tot grote conglomeraten zijn omgevormd.

Directieleden in publieke ziekenhuizen (OCMW's) hebben vaak lagere verwachtingen van een raad van bestuur en zien deze meer als een wettelijk verplicht orgaan terwijl directieleden in VZW-ziekenhuizen de raad van bestuur vaker zien als een competente partij om te betrekken bij strategische ontwikkeling.<sup>111</sup>

### 2.4.3 Relatie tussen management en artsen

Medische specialisten nemen een sterke en onafhankelijke positie in binnen Belgische/Vlaamse ziekenhuizen. Dit wordt veroorzaakt door de duale financieringsstructuur waarbij een deel van de financiële middelen van de ziekenhuizen uit een federaal budget komt dat de overheid toekent en een deel uit de honoraria van zelfstandige artsen.

Net als in de andere onderzochte landen zorgt deze sterke onafhankelijke positie van medische specialisten ervoor dat zij maar moeilijk aan te sturen zijn. Zo heeft het ziekenhuisbestuur geen middelen om medisch personeel te ontslaan. De opzegtermijn is veelal minstens drie jaar.<sup>112</sup> Bovendien is het lastig om het medisch personeel optimaal te laten participeren in strategisch beleid van het ziekenhuis. De eerder beschreven governancecode pleit daarom voor het betrekken van artsen bij het integrale ziekenhuisbeleid. De bevoegdheden van artsen binnen de huidige Medische Raad zijn daarvoor te beperkt.

Uit de eerder genoemde enquête komt ook naar voren dat bij de Medische Raad ontevredenheid bestaat over:

- Gebrekkige inspraak van artsen;
- Beperkte communicatie en transparantie;
- Bureaucratische structuur; en
- Onvoldoende professionalisme in het management.<sup>113</sup>

Uit dezelfde enquête blijkt echter ook dat bij een ruime meerderheid van de ondervraagde ziekenhuizen (87%) geen sprake is van een conflictmodel maar van een samenwerkingsmodel. Er wordt daadwerkelijk geïnvesteerd in overleg. Dat wil echter niet zeggen dat de directie en Medische Raad niet verschillen in opvattingen. Terwijl de directie in de enquête van mening is dat zij de artsen zoveel mogelijk bij het beleid

<sup>111</sup> Telefonisch interview met Dr. Kristof Eeckloo, 30 maart 2010, wetenschappelijke medewerker, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>112</sup> Interview met Willy Heuschen, 31 maart 2010, directeur van het Sankt Nikolaus-ziekenhuis te Eupen (VZW) en tevens voorzitter van de European Hospital and Healthcare Federation (HOPE).

<sup>113</sup> Van Herck G, van Hulle C, Eeckloo K, Vleugels A, governance bij Belgische ziekenhuizen: een a(a)rtsmoeijik probleem!, Business in –zicht.

betrekken en goed informeren is de mening van de voorzitter van de Medische Raad hierover een stuk minder positief.<sup>114</sup>

De medische specialisten in de Vlaamse ziekenhuizen zien de raad van bestuur (de beheerder) over het algemeen als het belangrijkste beslissingsorgaan als het gaat om fundamentele en financiële beslissingen. Dit komt mede door de wettelijke regeling die de Medische Raad rechtstreeks in overleg plaats met de raad van bestuur (de beheerder).<sup>115</sup> In geval van meer operationele beslissingen gaan ze meer in gesprek met de directie.

---

<sup>114</sup> Van Herck G, van Hulle C, Eeckloo K, Vleugels A, governance bij Belgische ziekenhuizen: een a(a)rtsmoeijik probleem!, Business in –zicht.

<sup>115</sup> Telefonisch interview met Dr. Kristof Eeckloo, 30 maart 2010, wetenschappelijke medewerker, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven.



## 3 Governance in ziekenhuizen in Duitsland

### 3.1 Inleiding

#### 3.1.1 De ziekenhuissector

Net als Nederland kenmerkt het Duitse zorgstelsel zich door een Bismarckmodel. In het Bismarckmodel wordt de zorgverlening hoofdzakelijk gefinancierd via loongerelateerde premies. Werknemers- en werkgeversorganisaties spelen daarmee een belangrijke rol in de organisatie van het stelsel. In Duitsland zijn de meeste artsen, minstens deeltijds, gesalarieerde werknemers. Daarnaast is er een uitsplitsing tussen federale en regionale of lokale regelgeving waaraan organisaties moeten voldoen. Zo is kwaliteitsmanagement bijvoorbeeld geregeld op federaal niveau.

De algemene ziekenhuissector in Duitsland kent een onderscheid tussen publieke, freigemeinnützige en private ziekenhuizen. Van de Duitse ziekenhuizen valt 32% onder de publieke sector, 37% is freigemeinnützig. Duitsland kent verder een groot aantal for-profit ziekenhuizen (31% van totaal).<sup>116</sup> Sinds 1982 mogen de Duitse ziekenhuizen winst maken.<sup>117</sup> De for-profit-ziekenhuizen vormen veelal onderdeel van een beursgenoteerde ziekenhuisketen. De for-profit sector wordt kritisch in de gaten gehouden als het gaat om goed bestuur in relatie tot de kwaliteit van de zorgverlening.

De mix die we in *Duitsland* zien tussen private not-for-profit ziekenhuizen en ziekenhuizen met een winstoogmerk kan interessante inzichten op het terrein van governance bieden voor de Nederlandse ziekenhuissector. Voor de ziekenhuizen met een winstoogmerk geldt dat heldere afspraken worden gemaakt en financiële en medische prestaties duidelijk in kaart worden gebracht. Daarnaast worden investeringen gekoppeld aan een duidelijke terugverdienperiode.<sup>118</sup> Bovendien worden de for-profit ziekenhuizen kritisch in de gaten gehouden als het gaat om goed bestuur in relatie tot de kwaliteit van de zorgverlening.

---

<sup>116</sup> Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DKG) (29 januari 2010). Krankenhausstatistik. Zie [http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/77/aid/4222/title/Eckdaten\\_Krankenhausstatistik\\_2007\\_2008](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/77/aid/4222/title/Eckdaten_Krankenhausstatistik_2007_2008).

<sup>117</sup> [http://www.rvz.net/cgi-bin/adv.pl?type=nieuws&nieuw\\_srcID=75&adv\\_rellD=64](http://www.rvz.net/cgi-bin/adv.pl?type=nieuws&nieuw_srcID=75&adv_rellD=64).

<sup>118</sup> Hakbijl. A., Janssen, R., Loogman, R. (10 maart 2008). Leerzame Duitse lessen privatisering in de zorg. Financieel Dagblad, 10 maart 2008. zie [http://actueel.nl.pwc.com/site/publieke\\_sector/gezondheidszorg/351/leerzame\\_duitse\\_lessen\\_privatisering\\_in\\_zorg.html?internalreferrer=listenhttps://intranet.ecorys.com/login.asp?section=2&destination=Default%2Easp](http://actueel.nl.pwc.com/site/publieke_sector/gezondheidszorg/351/leerzame_duitse_lessen_privatisering_in_zorg.html?internalreferrer=listenhttps://intranet.ecorys.com/login.asp?section=2&destination=Default%2Easp).

### 3.1.2 Ziekenhuizen en governance

#### *Governance: is er sprake van onbedoelde neveneffecten?*

Duitsland kent een duidelijk onderscheid tussen de ambulante<sup>119</sup> en ziekenhuissector. Veel medisch specialisten hebben naast een eigen praktijk in de ambulante sector ook een dienstverband in het ziekenhuis. Veel patiënten worden vanuit de ambulante sector doorverwezen naar het ziekenhuis op het moment dat zij in de ambulante zorg niet verder geholpen kunnen worden. De ambulante en ziekenhuissector zijn zeer verschillend georganiseerd. Ondanks het belang van de private ziekenhuizen, valt nog steeds bijna 2/3 van de ziekenhuizen onder publieke verantwoordelijkheid. De ambulante sector daarentegen wordt geheel gedomineerd door vrijgevestigde artsen. Veel van de behandelingen kunnen zowel in de ambulante sector als in het ziekenhuis geboden worden. Dit resulteert in tegengestelde belangen<sup>120</sup> en overdiagnostiek. De overheid probeert het ziekenhuis de eerstelijnszorg op zich te laten nemen, maar deze ontwikkeling verloopt moeizaam.

De laatste jaren bericht de media in Duitsland dat vrijgevestigde artsen honoraria ('Fängprämien') ontvangen voor het doorverwijzen van patiënten naar ziekenhuizen waarmee zij afspraken hebben gemaakt. Dit druist in tegen het recht van patiënten op vrije artskeuze, waaronder ook de keuze voor het ziekenhuis valt. Bovendien moeten wettelijk gezien medische criteria de uitgangssituatie vormen. Wanneer artsen betaald worden voor doorverwijzen naar een specifiek ziekenhuis, spelen financiële middelen een rol. Dit is volgens het Ministerie verboden.<sup>121</sup>

Bovenstaande praktijk hangt samen met het feit dat ziekenhuizen zich proberen te 'vermarkten'. Onder de noemer 'Zuweisermarketing' bieden professionele marketingbureaus congressen aan met tips voor ziekenhuizen hoe zij patiëntenstromen kunnen reguleren via verwijzers.<sup>122</sup> Ziekenhuizen moeten zich hierbij met name richten op vrijgevestigde huisartsen en medisch specialisten in de regio. Naast de medische afwegingen spelen communicatiemiddelen een steeds grotere rol. Overigens blijven dergelijke marketingcongressen binnen de grenzen van wat wettelijk is toegestaan.<sup>123</sup>

## 3.2 De omgeving van de ziekenhuissector

In dit hoofdstuk wordt de omgeving van de ziekenhuissector in Duitsland besproken. Daarbij is financiering van de zorg de laatste jaren ingrijpend veranderd.

---

<sup>119</sup> **Ambulante zorg** is zorg die niet in een instelling (ziekenhuis, verpleeghuis, etc.) verleend wordt. Ambulante zorg wordt ook wel **extramurale zorg** genoemd.

<sup>120</sup> Telefonisch interview met Dr. Klinke. Artec - Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen, 14 april 2010.

<sup>121</sup> Woratschka, R. Skandal um Extra-Honorare – NRW droht Krankenhäusern. Tagesspiegel 10 December 2009.

<sup>122</sup> Interview met bestuurder van het Herz- und Gefäßszentrum Bad Bevensen – 12 maart 2010.

<sup>123</sup> Zeno Executive Conferences. 'Zuweisermarketing. Patientenströme erfolgreich lenken - Zuweiser binden, bevor es andere tun'. [http://www.zeno24.de/e3/e6/e1623/index\\_ger.html](http://www.zeno24.de/e3/e6/e1623/index_ger.html).

### 3.2.1 Concurrentie op kosten en kwaliteit

Tot voor kort was concurrentie tussen ziekenhuizen in Duitsland *niet* het resultaat van expliciet overheidsbeleid. Met enkele recente wettelijke hervormingen probeert de federale overheid de ruimte voor concurrentie tussen ziekenhuizen te vergroten. Een belangrijk kenmerk van het Duitse gezondheidszorgsysteem is de rol die wordt toebedeeld aan onafhankelijke koepelorganisaties van artsen en verzekeraars. Het hoogste beslissingsorgaan hierbij is de Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).<sup>124</sup>

#### *Concurrentie tussen zorgverzekeraars*

Duitsland kent een onderscheid tussen de ziekenfondsen (Krankenkassen) en de particuliere verzekeringen. Mensen met een totaal jaarlijks bruto-inkomen van 48.600 Euro of meer kunnen tussen de twee opties kiezen. Een groot aantal mensen verkiest verzekerd te blijven via het ziekenfonds. Als men eenmaal lid is van een ziekenfonds, kan men ervoor kiezen vrijwillig lid te blijven, ook als het bruto-inkomen boven het eerder genoemde bedrag uitkomt. Achter de ziekenfondsen ligt een netwerk van non-profit organisaties welke met de Duitse staat samenwerken en zo de Gesetzliche Krankenkassen (gezamenlijke ziektekostenverzekeraars) vormen.

Duitsland kent enkele recente wettelijke hervormingen. De belangrijkste die we hier noemen zijn:

- 2004: modernisering ziekenfonds (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung);
- 2007: versterken concurrentie ziekenfondsen (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung).

Deze hervormingen moeten leiden tot concurrentie tussen zorgverzekeraars onderling, tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit laatste kan gerealiseerd worden door selectieve contracten (Direktvertrag) *in aanvulling op* verplichte contracten (Kollektivvertrag) tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Door bevordering van *concurrentie tussen ziekenfondsen* wil de Duitse overheid de kosten beheersen. De hervormingen bieden geen ruimte voor prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen, omdat prijzen worden gereguleerd door de overheid. Bovendien hebben verzekeraars in Duitsland een contracteerplicht. Selectieve contracten met zorgaanbieders zijn alleen mogelijk op het terrein van geïntegreerde zorg (ketenzorg). Daarnaast kan ook de financiële prestatie van een verzekeraar concurrentie bevorderen. Afhankelijk van het functioneren van de ziekenfondsen kunnen cliënten een restitutie ontvangen of moeten zij een (begrensde) toeslag betalen. In geval van een toeslag kunnen ze binnen twee maanden een andere verzekeraar kiezen. De verwachting is dat concurrentie tussen ziekenfondsen van invloed is op kwaliteit en coördinatie van het zorgaanbod (geïntegreerde zorg).<sup>125 126</sup>

<sup>124</sup> Lugtenberg, M., Westert, G.P. (2007). Kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor de burger. Een internationale verkenning van initiatieven. Tilburg: Wetenschappelijk centrum voor transformatie in zorg en welzijn (TRANZO).

<sup>125</sup> Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B. & McKee, M. (2009). Investing in hospitals of the future. Berkshire: Open University Press. zie: <http://www.euro.who.int/Document/E92354.pdf>.

<sup>126</sup> Lisac, M., Reimers, L., Henke, K.D., and Schlette, S. (2007). Access, choice and guidance in German Health Care. An account of health policy reforms since 2004. (March 5, 2007). zie <http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/ResearchNetworks/EHPGAPRIAL2007/paper3%20Lisac.pdf>.

### Concurrentie tussen ziekenhuizen

Ondanks het ontbreken van concreet overheidsbeleid (tot voor kort) is er sprake van concurrentie tussen ziekenhuizen. Dit hangt samen met de privatisering van publieke ziekenhuizen. In Duitsland zijn de deelstaten (Länder) verantwoordelijk voor de planning en kapitaallasten. Sommige deelstaten zijn niet langer bereid of in staat tot compensatie van verliesgevende ziekenhuizen en kapitale investeringen, die veelal noodzakelijk zijn om doelmatiger te kunnen werken. Dit heeft ertoe geleid dat vanaf begin jaren negentig ruim 30% van de publieke ziekenhuizen is geprivatiseerd (vaak van Eigenbetrieb naar gGmbH).

Duitsland kent diverse ketens binnen de gezondheidszorg die publieke ziekenhuizen overnemen en tot een winstgevende organisatie weten te ontwikkelen: Sana, Fresenius, Helios, Asklepios en Rhön Klinikum.<sup>127</sup> Deze private ziekenhuizen (met winstoogmerk) moeten overigens passen binnen de ziekenhuisplannen van de verschillende deelstaten. Het zijn veelal publieke en private ziekenhuizen binnen een regio die vervolgens met elkaar concurreren.

Zoals hierboven reeds genoemd is prijsconcurrentie nog niet mogelijk in Duitsland en dus richten ziekenhuizen zich op volume door middel van het aantrekken van (nieuwe) patiënten. Aangezien het de ambulante artsen zijn die patiënten doorverwijzen, heeft een ziekenhuis belang bij goede contacten met ambulante artsen in de regio. Chef-artsen bezoeken daarom in de regel deze ambulante artsen om ze te informeren over hun afdeling en specialisatie (zie ook onder onbedoelde neveneffecten). Deze praktijken hoeven we in Nederland niet te verwachten omdat wij geen scheiding kennen tussen ambulante en ziekenhuiszorg.

Onderzoek heeft aangetoond dat de strategie van private ziekenhuisketens in Duitsland sterke externe effecten heeft. Omliggende publieke ziekenhuizen voelen de concurrentiedruk van de ziekenhuisketens die bij de bevolking bekend staan om hun goede kwaliteit, bejegening en korte wachttijden. Het gevolg is dat ook publieke ziekenhuizen in de omgeving van een privé ziekenhuisketen op de genoemde factoren beter scoren.<sup>128</sup>

Niet iedereen is het eens met privatisering. In de onderstaande tabel worden de belangrijkste argumenten voor en tegen privatisering van ziekenhuizen genoemd.

Tabel 3.1 Argumenten voor en tegen privatisering (gebaseerd op Augurzky et al, 2009)

tegenstanders privatisering	voorstanders privatisering
'alleen gericht op de meest lucratieve zorg	efficiëntere organisatie
lagere salariering / hogere werkdruk personeel	vergoeding personeel gekoppeld aan prestaties
lagere kwaliteit van zorg	snellere besluitvorming management (bedrijfseconomische optimalisatie)

<sup>127</sup> Bij Sana vormen particuliere zorgverzekeraars de aandeelhouders, Rhön Klinikum en Helios vormen beursgenoteerde bedrijven en Asklepios is privébezit (eigendom van Bernhard große Broermann).

<sup>128</sup> Klauber, J., Robra, B.P., Schellschmidt, H. (2006). Krankenhaus-Report. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch.

Onderzoek dat beschikbaar is naar de effecten van privatisering van ziekenhuizen laat zien dat private ziekenhuizen zich niet alleen richten op lucratieve zorg. Bovendien is de betaling van personeel niet lager gebleken dan in publieke ziekenhuizen en zou de werkdruk niet hoger zijn.<sup>129</sup>

De kwaliteit van zorg in private ziekenhuizen staat op een gelijk niveau in vergelijking met publieke ziekenhuizen en in sommige gevallen hoger. Op basis van kwaliteitsindicatoren (zie Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung, BQS) wordt een ondergrens gedefinieerd die behaald moet worden. Wanneer een ziekenhuis deze ondergrens haalt, valt het binnen de categorie kwalitatief onopvallend en is er dus niets aan de hand. Indien een ziekenhuis slechter presteert, zijn er 2 categorieën: kwalitatief onopvallend maar met verplichte controle na een jaar of kwalitatief opvallend vallen. In de laatste categorie scoren private en freigemeinnützige ziekenhuizen gelijk (0,44%). In de tweede categorie, dus met controle, is dat respectievelijk 9,4% en 11,6%.<sup>130</sup>

### *Diagnosekostengroepen*

Duitsland kent een systeem van prestatiebekostiging zonder prijsconcurrentie. In 2004 is het bekostigingssysteem van diagnosegerelateerde groepen (DRG's) ingevoerd. In 2009 is dit *volledig* geïmplementeerd. De doelstelling van DRGs zijn het vergroten van efficiëntie, kwaliteit en transparantie.<sup>131</sup> Er zijn geen vrij te onderhandelen DRGs zoals het vrij te onderhandelen 'B-segment' van diagnose behandelcombinaties (DBC's) in Nederland.

Concurrentie tussen ziekenhuizen vindt plaats op basis van volumeafspraken. Verzekeraars maken afspraken met ziekenhuizen over te leveren zorg. Dit gebeurt op basis van aantal casemix (CM) punten, waarbij elk punt de relatieve kosten voor zorgverlening aan een cliënt voorstelt en een gefixeerd bedrag waard is. De puntenwaardering geschiedt op federaal niveau, de vaststelling van de geldwaarde op deelstaatsniveau. Als het ziekenhuis meer behandelingen uitvoert dan is afgesproken, wordt slechts 35% van deze additionele behandelingen vergoed.<sup>132</sup> Uit data blijkt dat er sprake is van een iets grotere arbeidsproductiviteit in private ziekenhuizen:

- 25,9 case-mix punten per fte in private ziekenhuizen;
- 24,1 case-mix punten per fte in publieke ziekenhuizen.

Wel wordt aangegeven dat deze hogere productiviteit van werknemers in private ziekenhuizen niet leidt tot een hogere arbeidsdruk, omdat het arbeidsproces efficiënter is ingericht.<sup>133</sup>

<sup>129</sup> Augurzky, B., Beivers, A., Neubauer, G., Schwierz, C. (2009). Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Rheinisch-Westfälisch Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) Essen & Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) München: 2009.

<sup>130</sup> Augurzky, B., Beivers, A., Neubauer, G., Schwierz, C. (2009). Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Rheinisch-Westfälisch Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) Essen & Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) München: 2009. p20-21.

<sup>131</sup> Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B. & McKee, M. (2009). Investing in hospitals of the future. Berkshire: Open University Press. zie: <http://www.euro.who.int/Document/E92354.pdf>.

<sup>132</sup> Gebaseerd op een interview met bestuurder van het Herz- und Gefäßszentrum Bad Bevensen – 12 maart 2010.

<sup>133</sup> Augurzky, B., Beivers, A., Neubauer, G., & Schwierz, C. (2009). Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) Essen und Institut für Gesundheitsökonomik (IfG) München.

### 3.2.2 Publieke verantwoording en kwaliteitswaarborging

Kwaliteit van de gezondheidszorg is een onderwerp dat in Duitsland veel aandacht krijgt. Verschillende organisaties houden zich bezig met de kwaliteit van de zorg en maken gebruik van indicatoren om de kwaliteit van de zorg vast te leggen. Bekende organisaties op dit gebied zijn de Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), de Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), de Bertelsmann Stiftung en het Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

De Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) is een door de overheid ingestelde onafhankelijke organisatie die zich op nationaal niveau bezighoudt met het meten en verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg met behulp van prestatie-indicatoren. Sinds 2001 is de organisatie verantwoordelijk voor klinische prestatiemetingen in het Duitse gezondheidszorgsysteem. Hiervoor verzamelt BQS aan de hand van prestatie-indicatoren gegevens bij ziekenhuizen, welke verplicht zijn om hieraan mee te werken. Indien ziekenhuizen de gegevens niet (op tijd) aanleveren krijgen zij een boete. De resultaten worden door BQS in de vorm van kwaliteitsrapporten met concrete aanbevelingen aan de ziekenhuizenteruggekoppeld. Ziekenhuizen kunnen hiermee hun eigen prestaties vergelijken met andere zorginstellingen in Duitsland. Waar de BQS op nationaal niveau verantwoordelijk is voor kwaliteitsmeting, worden de taken op regionaal niveau uitgevoerd door de Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (LQS). Dit zijn per deelstaat opgesplitste onderdelen van BQS.

Hoewel keuzevrijheid in de zorg in Duitsland een belangrijk gegeven is, staat keuze-informatie voor burgers ook in Duitsland nog in de kinderschoenen. Gegevens over prestaties van zorgaanbieders zijn nog maar mondjesmaat beschikbaar en zijn primair bedoeld om zorgverleners inzicht te verschaffen in de prestaties van hun ziekenhuizen. Bovendien zijn de gegevens niet herleidbaar naar individuele ziekenhuizen en daarmee kunnen ze niet als keuze-informatie voor burgers fungeren.<sup>134</sup>

Om keuze-informatie te vergroten, heeft de Bertelsmann Stiftung samen met patiëntenorganisaties het project ‘de Weisse Liste’ opgezet. Via de website [weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de) biedt de stichting informatie over de kwaliteit van de geboden zorg. Op dit moment biedt de website inzicht in prestaties van ziekenhuizen.<sup>135</sup>

Daarnaast kiezen sommige ziekenhuizen (ketens) er voor om hun prestaties zelf voor de consument inzichtelijk te maken (zie bijvoorbeeld het interne kwaliteitsmanagementsysteem van Helios Klinieken, 3.4).

---

<sup>134</sup> Lugtenberg, M., Westert, G.P. (2007). Kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor de burger. Een internationale verkenning van initiatieven. Tilburg: Wetenschappelijk centrum voor transformatie in zorg en welzijn (TRANZO).

<sup>135</sup> Zie <http://www.weisse-liste.de/ueber-die-weisse-liste.26.html>.

### 3.3 Formele governance

Hieronder zullen wij ingaan op de diverse rechtsvormen die Duitse ziekenhuizen kenmerken. Er is geen sprake van een governance code opgesteld vanuit de ziekenhuisbranche. Wel heeft de overheid een algemene corporate governance code opgesteld, die door verschillende grote private ziekenhuisorganisaties is onderschreven.

#### 3.3.1 Wetgeving

##### *Rechtsvormen in de Duitse ziekenhuissector*

De Duitse ziekenhuissector kent diverse rechtsvormen voor ziekenhuizen. De belangrijkste zijn:

- Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) (≈BV);
- Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung GmbH (gGMBH);
- Eigenbetrieb;
- Aktiengesellschaft (AG) (≈NV).

De rechtsvorm bepaalt de mate van aansprakelijkheid, managementbevoegdheden (taken; vertegenwoordiging naar buiten), winst- en verliesdeling, financieringsmogelijkheden en wettelijke voorschriften met betrekking tot omvang, inhoud, toetsing en openbaarheid van jaarrekeningen.<sup>136</sup>

Een gGmbH is een GmbH met een bijzonder belastingregime. Een gGmbH wordt geheel of gedeeltelijk vrijgesteld van bepaalde belastingen. De winst van een gGmbH moet het algemeen belang dienen en kan niet uitgekeerd worden aan aandeelhouders. Dit betekent dat winst in de praktijk veelal geherinvesteerd wordt.

Een gGmbH is geen op zichzelf staande vennootschapsvorm en valt juridisch gezien onder dezelfde regels als een GmbH.<sup>137</sup> Het omvormen van een gGmbH naar een GmbH is minder aantrekkelijk vanwege de terugwerkende kracht van een ander belastingregime over een periode van 10 jaar. Hiermee wil men voorkomen dat bezit dat is opgebouwd in een fiscaal gunstig klimaat zomaar weglekt naar de private sector.<sup>138 139</sup>

Uit een enquête uit 2001 onder algemene ziekenhuizen blijkt dat meer dan een kwart van de ziekenhuizen een GmbH als rechtsvorm heeft. Daarnaast kende 18 procent van de ziekenhuizen de vorm van een gGmbH en 18% de vorm van een Eigenbetrieb.<sup>140</sup>

Overigens bestaat de laatste jaren een tendens waarbij ziekenhuizen die Eigenbetrieb als rechtsvorm hebben, omgevormd worden. Dit hangt samen met de eigendomsverhouding. In geval van een Eigenbetrieb is de verantwoordelijke instantie geheel financieel

<sup>136</sup> Klink, T.D. (2007). Entwicklung eines Governance Modells für Nonprofit- Krankenhäuser. Dissertation: Universität Giessen.

<sup>137</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/GGmbH>.

<sup>138</sup> Gebaseerd op een interview met bestuurder van het Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen – 12 maart 2010.

<sup>139</sup> Offermans, M. (Februari 2002). Krankenhaus Barometer – Herbstumfrage 2001. Deutsches Krankenhaus Institut e.V.: Düsseldorf.

<sup>140</sup> Offermans, M. (Februari 2002). Krankenhaus Barometer – Herbstumfrage 2001. Deutsches Krankenhaus Institut e.V.: Düsseldorf.



aansprakelijk.<sup>141</sup> In veel gevallen zijn gemeenten (Kreis) eigenaar van een dergelijk ziekenhuis. Deze ziekenhuizen vormen onderdeel van het gemeentelijk budget, wat als problematisch wordt ervaren. Door het om te zetten naar een GmbH of gGmbH wordt het ziekenhuis als het ware verzelfstandigd.

#### *Corporate governance code*

In 2002 heeft een Regeringscommissie aangewezen door het Ministerie van Justitie de Duitse corporate governance code aangenomen. De code heeft een wettelijke basis voor beursgenoteerde bedrijven, waaronder private ziekenhuisketens zoals Rhön Klinikum AG en Fresenius (Helios). Gegeven het ervaren belang van de code, wordt deze regelmatig geactualiseerd.<sup>142</sup>

De aanwezigheid van private ziekenhuizen in een publiek stelsel resulteert in toenemende concurrentie tussen publieke en private ziekenhuizen. De corporate governance code vindt daarmee ook (in beperkte mate weliswaar) zijn intrede in de publieke sector en beperkt zich dus niet tot de private tak. De code gaat in op diverse belangrijke aandachtspunten van corporate governance, die zeker ook de non-for-profit sector raakt,<sup>143</sup> namelijk:

- onvoldoende focus op belangen aandeelhouders;
- two-tier systeem met RvB en RvT;
- transparantie van corporate governance;
- gebrek onafhankelijkheid van RvT.

De corporate governance code heeft betrekking op de governance actoren zoals die voor een Aktiengesellschaft (AG) (≈NV) gelden. Van belang daarbij is dat er sprake is van een scheiding tussen de RvB en de RvT (vergelijkbaar met de Nederlandse situatie). Hierbij moet een kanttekening geplaatst worden bij het feit dat juist deze rechtsvorm in de ziekenhuissector betrekkelijk weinig voorkomt. Echter, de code wordt aanbevolen aan alle andere (niet-beursgenoteerde) bedrijven en reikt daarmee verder dan alleen AG's.<sup>144</sup>

### 3.3.2 Eisen voor goed bestuur van ziekenhuizen

Door de vele verschillende eigenaren en rechtsvormen met betrekking tot ziekenhuizen in Duitsland, kenmerkt het systeem zich door een heterogeniteit aan bestuursstructuren.<sup>145</sup>

In figuur 3.1 wordt een aantal bestuurs- en het toezichtsorganen van een ziekenhuis benoemd, die onafhankelijk van de rechtsvorm in de wet zijn vastgelegd. Dit betekent overigens niet dat al deze organen verplicht zijn voor ziekenhuizen, dat hangt namelijk samen met de rechtsvorm.

<sup>141</sup> Klink, T.D. (2007). Entwicklung eines Governance Modells für Nonprofit- Krankenhäuser. Dissertation: Universität Giessen.

<sup>142</sup> <http://www.corporate-governance-code.de/>.

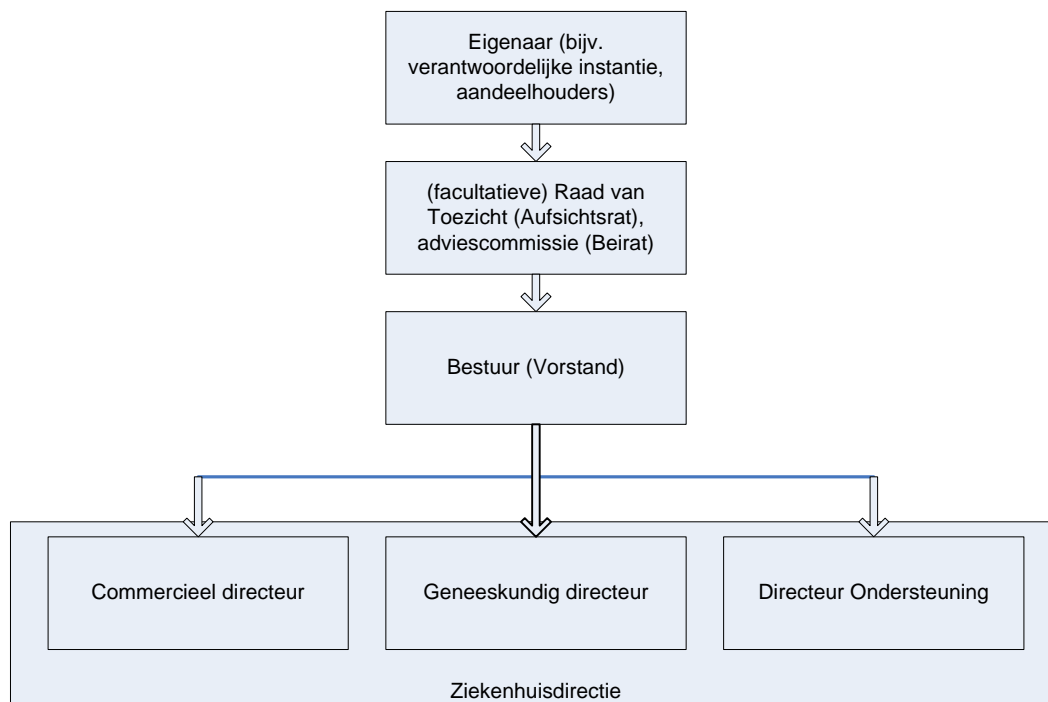
<sup>143</sup> Jahn, I., Krekeler, S. Kreuser, S. (2008). Die Corporate Governance Diskussion und ihre Konsequenzen für Krankenhäuser (I). Grundlagen zur Corporate Governance in Krankenhäusern. Das Krankenhaus (5), pp. 486-489.

<sup>144</sup> Jahn, I., Krekeler, S. Kreuser, S. (2008). Die Corporate Governance Diskussion und ihre Konsequenzen für Krankenhäuser (I). Grundlagen zur Corporate Governance in Krankenhäusern. Das Krankenhaus (5), pp. 486-489.

<sup>145</sup> Jahn, I., Krekeler, S. Kreuser, S. (2008). Die Corporate Governance Diskussion und ihre Konsequenzen für Krankenhäuser (I). Grundlagen zur Corporate Governance in Krankenhäusern. Das Krankenhaus (5), pp. 486-489.



Figuur 3.1 Governance actoren (gebaseerd op Klink (2007) en Janh, Krekeler en Kreuser (2008))



#### *Bestuur (Vorstand) en directie*

Het bestuur bestaat veelal uit 1 persoon. Vaak wordt de bestuurder bijgestaan door een directie:

- Directeur ondersteunende diensten/verzorging (Pflegedirector);
- Commercieel directeur;
- Geneeskundig directeur (vertegenwoordiger van de medische staf).

In sommige deelstaten is deze samenstelling van bestuur en directie verplicht, om ervoor te zorgen dat alle werkvelden binnen het ziekenhuis vertegenwoordigd zijn.<sup>146</sup>

Deel van de bevoegdheden van de directie zijn vastgelegd in de wetgeving en hangen samen met de rechtsvorm van het ziekenhuis. De directie kent een toenemende handelingsvrijheid van Eigenbetreib naar GmbH/gmbH naar AG. In geval van GmbH/gmbH is de RvT niet verplicht.

#### *Raad van Toezicht*

Afhankelijk van de eigendomsverhoudingen zijn de belanghebbende partijen vertegenwoordigd in de RvT (er zijn verschillende benamingen voor de RvT, waaronder Aufsichtsrat; Verwaltungsrat; Beirat; Kuratorium)<sup>147</sup>. Bij een gemeentelijk ziekenhuis (omgevormd tot gGMBH) is meestal sprake van een afspiegeling van politieke verhoudingen in de stad of Kreis.<sup>148</sup>

<sup>146</sup> Gebaseerd op een interview met bestuurder van het Herz- und Gefässzentrum Bad Bevensen – 12 maart 2010.

<sup>147</sup> Jahn, I., Krekeler, S. Kreuser, S. (2008). Die Corporate Governance Diskussion und ihre Konsequenzen für Krankenhäuser (II). Klare Strukturen auf Träger- und Leitungsebene unterstützen die effiziente Krankenhausführung. Das Krankenhaus (6), pp. 596-600.

<sup>148</sup> Gebaseerd op een interview met bestuurder van het Herz- und Gefässzentrum Bad Bevensen – 12 maart 2010.

Bij private ziekenhuizen gelden de gebruikelijke regels, zoals hieronder beschreven.

In de governance code is bepaald dat de leden van de RvT gekozen worden door de aandeelhouders bij Algemene Vergadering. Wanneer er sprake is van meer dan 500 werknemers, wordt 1/3 van de leden van de RvT gekozen door medewerkers van de onderneming, in dit geval het betreffende ziekenhuis. Indien sprake is van meer dan 2.000 werknemers, wordt de helft van de leden van de RvT gekozen door medewerkers, waarbij de stem van de voorzitter van de RvT (die door aandeelhouders is benoemd) doorslaggevend is bij staking van stemmen.<sup>149</sup>

De RvT komt jaarlijks zo'n 3-4 keer samen. Het aantal leden is niet vastgelegd en kan dus variëren. Tot de bevoegdheden behoren:

- Benoemen van de directeur van het ziekenhuis (Vorstand);
- Schakel tussen en bemiddeling bij meningsverschillen eigenaar en directie;
- Garantie van continuïteit bij personele wisselingen binnen de directie van het ziekenhuis.

### 3.3.3 Toezicht op ziekenhuizen

#### *Gesundheitsamt*

Het Gesundheitsamt gaat over hygiëne en afvalbeleid in de ziekenhuisinstellingen. Indien niet aan de regels wordt voldaan, kan het Gesundheitsamt overgaan tot maatregelen, dat in de meest extreme situatie leidt tot sluiting.

#### *Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)*

De Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) kent een bijzondere plek in het Duitse zorgstelsel. De G-BA is organisatie die bestaat uit nationale vertegenwoordigers van zorgaanbieders en ziekenfondsen en is gebaseerd op zelfregulering. Het orgaan als zodanig is wettelijk verankerd. De vertegenwoordigers binnen de G-BA onderhandelen met elkaar over de diensten (zorg) die worden verleend en onder welke condities.

De G-BA is op nationaal niveau belast is met de kwaliteitsbewaking van de gezondheidszorg. De G-BA bepaalt de eisen waaraan ziekenhuizen minimaal moeten voldoen. Een subcomité voor klinische prestatiemeting adviseert de G-BA over alles wat te maken heeft met de verplichte prestatiemetingen in ziekenhuizen (zie hoofdstuk 2). BQS voert in opdracht van G-BA de kwaliteitsmetingen in ziekenhuizen uit. Ziekenhuizen die niet aan de eisen voldoen kunnen door de G-BA uitgesloten worden voor vergoeding door de zorgverzekeraar van de betreffende behandeling.<sup>150</sup>

#### *Bundeskartellamt (BKA)*

De Duitse mededingingsautoriteit (Bundeskartellamt) heeft tot nu toe meer dan 100 ziekenhuisfusies beoordeeld. Bij de afbakening van geografische markten analyseert het

<sup>149</sup> Government Commission German Governance Code. German Corporate Governance Code (as amended on June 18, 2009). Zie: <http://www.corporate-governance-code.de/eng/kodex/index.html>.

<sup>150</sup> Lugtenberg, M., Westert, G.P. (2007). Kwaliteit van de gezondheidszorg en keuze-informatie voor de burger. Een internationale verkenning van initiatieven. Tilburg: Wetenschappelijk centrum voor transformatie in zorg en welzijn (TRANZO).

BKA in detail de patiëntenstromen. Daarbij worden de verzorgingsgebieden van ziekenhuizen en het reisgedrag van patiënten in kaart gebracht. Hoewel de nationale mededingingswetten van Duitsland en Nederland zijn gebaseerd op dezelfde Europese wet- en regelgeving, de toepassing ervan bij het toetsen van ziekenhuisfusies aanzienlijk verschilt. De Duitse mededingingsautoriteit (Bundeskartellamt) wil vooral voorkomen dat een voorgenomen ziekenhuisfusie onterecht wordt goedgekeurd, terwijl in Nederland de NMa vooral wil voorkomen dat een voorgenomen ziekenhuisfusie onterecht wordt verboden.<sup>151</sup>

## 3.4 ‘Informele’ governance

### 3.4.1 Relatie tussen de Raad van Bestuur en de medische staf

#### *Winstuitkering en prestatiecontracten*

In een gesprek met de CFO Rhön Klinikum is toegelicht hoe de medisch specialisten binnen Rhön betaald worden. Zij ontvangen een salaris, wat volgens Rhön gemiddeld iets lager is dan in de publieke ziekenhuizen. Rhön biedt in aanvulling op het salaris een winstuitkering voor *alle* personeelsleden, zowel medisch als niet-medisch (staf) personeel, waardoor het uiteindelijke salaris bij goed presteren hoger uitvalt dan in een publiek ziekenhuis.<sup>152</sup> Ook Helios Klinieken kent een dergelijke toeslag, die afdelingsgewijs vastgesteld door een benchmark te doen met dezelfde afdeling in andere ziekenhuizen van de keten. De toeslagen zijn afhankelijk van het totale bedrijfsresultaat en van het resultaat van de afdeling.<sup>153</sup>

In aanvulling op het salaris en de winstuitkering bieden sommige Duitse klinieketens chef-artsen de mogelijkheid van een financiële bonus. Hoewel voor de salarisbepaling de CAO-regels<sup>154</sup> gehanteerd worden, wordt de situatie verder afgestemd op individuele ziekenhuizen. De hoogte van deze beloning verschilt per chef-arts, afhankelijk van de specialisatie en de strategische keuzen van een ziekenhuis. Daardoor ontstaan contracten op maat (prestatiecontracten).<sup>155</sup>

Net als in de andere onderzochte landen hebben de medisch specialisten in Duitsland een sterke positie binnen de ziekenhuizen. Duitsland kent daarbij een duidelijke hiërarchie tussen artsen onderling, waarbij de chef-artsen de leiding voeren over een afdeling. Deze chef-artsen bepalen veelal hun eigen planning, zonder rekening te houden met beleid van ziekenhuizen. In een interview met de CFO van Rhön leidt dit tot onbenutte capaciteit van operatiekamers en dure apparatuur.

<sup>151</sup> Varkevisser, M. (2009). Patient Choice, Competition and Antitrust Enforcement in Dutch Hospital Markets. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

<sup>152</sup> Gegevens gebaseerd op een telefonisch interview met de financiële directeur (CFO) van Rhön Klinikum – juli 2009 in het kader van een internationale vergelijking met betrekking tot concurrentie op kosten en kwaliteit tussen ziekenhuizen.

<sup>153</sup> De Nederlandse Zorgautoriteit (november 2009). Consultatiedocument Marktimperfecties in de medisch-specialistische zorg. De positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen. NZa: Utrecht.

<sup>154</sup> Medisch specialisten ontvangen een vast salaris. Dit is in een CAO vastgesteld en tussen de ziekenhuisketen en de branchevertegenwoordiging van het medisch personeel afgesproken. De CAO kan per ziekenhuis binnen de keten verschillen, afhankelijk van de omstandigheden waarin zich het ziekenhuis bevindt. De CAO's zijn echter voor 90% voor alle instellingen hetzelfde.

<sup>155</sup> De Nederlandse Zorgautoriteit (november 2009). Consultatiedocument Marktimperfecties in de medisch-specialistische zorg. De positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen. NZa: Utrecht.

Het management van Rhön past de planning zodanig aan dat de aanwezige capaciteit optimaal wordt benut. In antwoord op de vraag waarom chef-artsen zich zouden conformeren aan de planning van het management, stelt Rhön dat prestatiecontracten met chef-artsen belangrijks zijn. De prestatie-afspraken zijn gekoppeld aan strategisch beleid van het management en daarmee worden chef-artsen veel meer betrokken bij dit beleid. Bovendien investeert Rhön in nieuwe technologieën (in tegenstelling tot veel publieke ziekenhuizen), wat als extra prikkel wordt beschouwd voor medisch specialisten.<sup>156</sup>

Ook in het gesprek met de bestuurder van het Herz- und Gefässzentrum Bad Bevensen werd duidelijk aangegeven dat de relatie van bestuur met chef-artsen heeft erg belangrijk is. Op de vraag hoe je een professionele organisatie – typerend voor de ziekenhuissector – aanstuurt geeft de geïnterviewde aan dat consensusvorming met chef-artsen noodzakelijk is. Net als in Nederland geven medisch specialisten in Duitsland niet zomaar inzicht in hun reilen en zeilen. Er is sprake van een vergelijkbare beroepsethos. Daarom is het voor een bestuurder van groot belang om een aantal vertrouwenspersonen binnen de organisatie te hebben. Alleen zo kan een bestuurder informatie uit de organisatie winnen. Er is geen formele structuur hiervoor, maar de relatie met chef-artsen vormt een belangrijke factor. Overigens is het niet zo dat alle private ziekenhuizen prestatiecontracten afsluiten met hun chef-artsen. De eerder genoemde betrokkenheid bij beleid en strategische keuzen is net zo belangrijk. Daarnaast kunnen ook persoonlijke doelstellingen geformuleerd worden. De bestuurder van het Herz- und Gefässzentrum Bad Bevensen geeft aan dat maandelijks functioneringsgesprekken met chef-artsen bijdragen aan het creëren van draagvlak en vertrouwen onder medische staf.<sup>157</sup>

Een andere manier voor bestuurders om inzicht te verkrijgen in het functioneren van medisch specialisten is middels een intern kwaliteitsmanagementsysteem. Helios Klinieken heeft een dergelijk systeem ingevoerd, dat zowel afdelingen als de bestuurders informatie biedt om de kwaliteit van zorg te borgen. Doel is om de uitkomsten van de meest voorkomende behandelingen te meten. Helios klinieken publiceert deze data ook, wat ertoe leidt dat ziekenhuizen die tot deze keten behoren, proberen hun resultaten continue te verbeteren.<sup>158</sup> Het gaat daarbij voornamelijk om behandelingen en aandoeningen die voor patiënten goed te begrijpen zijn. De resultaten van de metingen

---

<sup>156</sup> Gegevens gebaseerd op een telefonisch interview met de financiële directeur (CFO) van Rhön Klinikum – juli 2009 in het kader van een internationale vergelijking met betrekking tot concurrentie op kosten en kwaliteit tussen ziekenhuizen.

<sup>157</sup> Gebaseerd op een interview met bestuurder van het Herz- und Gefässzentrum Bad Bevensen – 12 maart 2010.

<sup>158</sup> Intern gebruikt het kwaliteitsmanagementsysteem ongeveer 900 kerncijfers; daarmee worden regelmatig de prestaties gemeten. De kengetallen zijn geanonimiseerd en afkomstig van data die worden gebruikt bij de afrekening met de verzekeraar. Van de 900 kerncijfers maken de ziekenhuizen binnen de keten 30 cijfers openbaar.

zijn voor het management in real time op te roepen en zij krijgen maandelijks berichten over de kwaliteit.<sup>159</sup>

---

<sup>159</sup> De Nederlandse Zorgautoriteit (november 2009). Consultatiedocument Marktperfectionies in de medisch-specialistische zorg. De positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen. NZa: Utrecht.



## 4 Governance in ziekenhuizen in Engeland

### 4.1 Inleiding

De National Health Service (NHS) werd in 1948 in het Verenigd Koninkrijk (VK) ingevoerd en is gebaseerd op het Beveridge-model. Hierbij is de organisatie van het zorgstelsel in handen van de overheid en wordt de zorg grotendeels via belastinggeld gefinancierd.<sup>160</sup> Sinds eind jaren negentig is geprobeerd om de NHS te decentraliseren. De NHS is daardoor per regio (Engeland, Wales, Schotland en Noord-Ierland) verschillend georganiseerd. In dit rapport richten wij ons daar waar mogelijk specifiek op de situatie in Engeland.

#### 4.1.1 NHS Trusts en privé ziekenhuizen

De NHS is de grootste aanbieder van ziekenhuiszorg in het VK. Er is een private sector die grotendeels gefinancierd wordt door verzekeringen. Deze sector wordt gedomineerd door grote for-profit ziekenhuisketens, die zich voornamelijk richten op niet-urgente ingrepen (electieve chirurgie). In 2004 waren er 249 private ziekenhuizen. Daarnaast wordt een deel van de sector ingevuld door autonome private patiënteneenheden die gevestigd zijn binnen NHS ziekenhuizen (79 in 2004).<sup>161</sup> In 2007 waren er 234.800 ziekenhuisbedden in het VK, waarvan 4,7% in de private sector. De verwachting is dat dit tot 2012 gelijk zal blijven.<sup>162</sup>

Ziekenhuisartsen zijn in loondienst van het staatsziekenhuis. Tot 2003 kregen ziekenhuisartsen een basissalaris, aangevuld met prestatieloon. Het hebben van een eigen praktijk was mogelijk mits een gedeelte van de zorg aan de NHS werd uitbesteed. Sinds 2003 hebben de meeste artsen een nieuw contract dat hen verplicht om 40 uren per week voor de NHS te werken. Een vorm van prestatieloon is behouden. Artsen worden voor activiteiten in privéklinieken per prestatie vergoed. Dit gebeurt ofwel rechtstreeks door de patiënt, ofwel door de instellingen waar de diensten worden geleverd.<sup>163</sup>

---

<sup>160</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>161</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven; Private healthcare UK, Going private in the NHS. Gedownload 2010: <http://www.privatehealth.co.uk/private-hospitals/nhs/>.

<sup>162</sup> Agentschap NL, Ministerie van Economische Zaken, Verenigd Koninkrijk: medische sector. Gedownload 2010: <http://www.evd.nl/zoeken/showbouwsteen.asp?bstnum=6656&location=>.

<sup>163</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.

NHS ziekenhuizen en andere zorgaanbieders werden tot de jaren negentig beheerd door zorgautoriteiten (*health authorities*) die onder directe supervisie stonden van de centrale overheid. Als gevolg hiervan hadden de NHS ziekenhuizen maar weinig zeggenschap. In 1989 kwam hier door de Thatcher-hervormingen verandering in. Er werd een zogenaamde *purchaser-provider split* doorgevoerd met het oog op de introductie van concurrentie tussen zorgverleners. Ziekenhuizen werden afsplitst van de zorgautoriteiten en ondergebracht in *trusts*. De NHS ziekenhuizen kregen hierdoor meer bevoegdheden en vrijheden om zelf besluiten te nemen.<sup>164</sup> De zorgautoriteiten werden inkopers van zorg. Daarnaast werden ook aan huisartspraktijken (later *primary care trusts - PCTs*) budgetten toegekend om in naam van hun patiënten zorg in te kopen van de ziekenhuistrusts.<sup>165</sup> In de jaren 90 van de vorige eeuw erodeerde deze vrijheid echter al snel en werd de overheidscontrole weer aangescherpt.

In Engeland wordt het gezondheidszorgbudget beheerd door het ministerie van gezondheid (*Department of Health*) en tien regionale *Strategic Health Authorities* (*SHAs*). *SHAs* zijn verantwoordelijk voor het toezicht op NHS Trusts en PCTs<sup>166</sup> (zie hoofdstuk 3). *SHAs* hebben de verantwoordelijkheid om in te grijpen als een lokale NHS Trust (dus niet Foundation Trust, die verantwoordelijkheid valt onder Monitor, zie hoofdstuk 3) zich niet aan de kwaliteitseisen houdt.<sup>167</sup>

#### 4.1.2 NHS Foundation Trusts

In 2001 werd het duidelijk dat de aangescherpte overheidscontrole niet werkte: er heerste het gevoel dat er geen ruimte was voor initiatief en het medisch personeel raakte gedemotiveerd.<sup>168</sup> Sinds 2004 kunnen in Engeland daarom de best presterende trusts de vorm van een *Foundation Trust* aannemen. Deze worden als onafhankelijke *public benefit corporations* opgezet. Deze vorm van organisatie heeft een wettelijke status met minder centrale en regionale overheidscontrole en meer mogelijkheden om geld te lenen van de private sector voor kapitaalinvesteringen.<sup>169</sup> In februari 2008 waren er 88 NHS Foundation Trusts operationeel in Engeland en dit aantal groeit gestaag.<sup>170</sup>

Foundation Trusts kunnen hun bestuursmodel aanpassen aan de lokale omstandigheden in tegenstelling tot NHS Trust ziekenhuizen. De bedoeling is er voor te zorgen dat het bestuur van het ziekenhuis daadwerkelijk de belangen behartigt van de 'lokale'

<sup>164</sup> Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.

<sup>165</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>166</sup> NHS, about the NHS, authorities and trusts. Gedownload 2010: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx>.

<sup>167</sup> Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.

<sup>168</sup> Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.

<sup>169</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven; Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.

<sup>170</sup> Ham C, Hunt P, 2008, Membership governance in NHS Foundation Trusts: a review for the Department of Health, University of Birmingham and Mutuo.



gebruikers en hiervoor verantwoording aflegt. De gedachte is dat hierdoor lokale behoeftes sneller en beter vervuld worden en kwaliteit van de zorg tot een hoger niveau wordt gebracht. Tegenstanders van dit model zijn bang dat lokale participatie de ziekenhuizen teveel zal blootstellen aan lokale belangengroeperingen die het gelijkheidsbeginsel in gevaar kunnen brengen.<sup>171</sup>

Een ziekenhuis kan zelf de status van een Foundation Trust aanvragen. Om in aanmerking te komen moet een ziekenhuis een drie sterren status (star rating) hebben gekregen van de toezichthouder (Care Quality Commission- CQC) op basis van de jaarcijfers (zie hieronder).

#### 4.1.3 Het begrip governance

Wanneer de term governance in het Engeland wordt gebruikt dan wordt er meestal verwezen naar de Cadbury rapportage (1992) over de financiële aspecten van corporate governance. Het rapport bestaat uit een groot aantal richtlijnen voor goed bestuur, waarbij de volgende definitie van governance wordt gehanteerd: *“The system by which companies are directed and controlled.”*<sup>172</sup>

Binnen de ziekenhuissector in Engeland worden verscheidende vormen van governance gebruikt waardoor er nogal eens verwarring ontstaat over wat nu precies bedoeld wordt met governance. Voorbeelden van governance in de ziekenhuissector zijn bijvoorbeeld: *corporate governance, clinical governance, financial governance, integrated governance, self governance, organisational governance, network governance, internal governance, en external governance*. Vanuit bestuursoptiek kan het bestuur van een ziekenhuis zich met al deze vormen van governance bezighouden, maar in de praktijk is dit niet realistisch.<sup>173</sup>

#### 4.1.4 Ziekenhuizen en governance – is er sprake van ongewenste neveneffecten?

##### *Toenemende regulering op de kwaliteit van zorg*

De kwaliteit van de Engelse ziekenhuissector (vooral in NHS ziekenhuizen) heeft momenteel grote publieke (media) en politieke aandacht na diverse schandalen waaronder het Mid Staffordshire NHS Foundation Trust ziekenhuis (2010, verwaarlozing van patiënten, hoger dan gemiddelde sterfte); Basildon en Thurrock University NHS Foundation Trust ziekenhuis (2009, slechte hygiëne en hoger dan gemiddelde sterfte), en het Alder Hey ziekenhuis (2005, orgaanschandaal bij kinderen).

De Engelse regering heeft hierop gereageerd door het falende reguleringssysteem te bestuderen in plaats van de aandacht te richten op interne problemen in de betreffende

<sup>171</sup> Gorsky M. (2006) . Hospital governance and community involvement in Britain: evidence from before the National Health Service, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

<sup>172</sup> Report of the committee on the financial aspects of corporate governance, 1992, The Committee on the Financial Aspects of Corporate Governance and Gee and Co. Ltd. Gedownload 2010: [http://www.ecgi.org/codes/code.php?code\\_id=132](http://www.ecgi.org/codes/code.php?code_id=132).

<sup>173</sup> Emslie S, Oliver C, Bruce J, 2006, Getting governance right at board level: the Policy governance ® \* approach to building better National Health Service boards. In *Clinician in Management* (2006) 14:69-77.

ziekenhuizen. Het vertrouwen in de medisch specialisten en ziekenhuizen is sterk verminderd. Meer aandacht is komen te liggen op stringenter monitoren van de patiëntveiligheid via het opstellen van meer codes, standaarden, monitoring en evaluatie en inspecties. Hierdoor heeft een verschuiving plaatsgevonden van zelfregulering naar het afleggen van verantwoording.

De toezichthouder (CQC) heeft als gevolg hiervan in de laatste 10 jaar een veel breder werkgebied (nu inclusief maatschappelijke dienstverlening), en meer regulerende macht gekregen om in te grijpen wanneer NHS en/of onafhankelijke zorginstellingen niet aan de minimale kwaliteitsstandaarden voldoen (zie verder hoofdstuk 3 formele governance).

### *Slecht bestuur*

De problemen die aan de slechte kwaliteit van de zorg (deels) ten grondslag liggen hebben vooral te maken met slecht intern bestuur. Uit onderzoek blijkt dat de schandalen allemaal te kampen hadden met een sterk naar binnen gericht bestuur met een insulaire (eilandjespolitiek) managementstijl. Het bestuur stond niet open voor kritiek, wilde geen slecht nieuws horen, en hield er een agressieve, bijna intimiderende managementstijl op na waardoor niemand ze op de hoogte durfde te stellen van problemen. Het bestuur was alleen bezig met het behalen van de financiële en operationele targets, ten koste van de kwaliteit van zorg en het opzetten van goede interne informatie en feedbacksystemen om dit te waarborgen.<sup>174</sup> In de politiek is er daarom nu veel kritiek op de toezichthouder; er wordt teveel nadruk gelegd op het halen van operationele targets in plaats van de patiënt centraal te stellen.<sup>175</sup>

### *Hoogte van salarissen van bestuur en medisch specialisten*

In het VK was er recentelijk ophef over de aanzienlijke salarisverhogingen van het bestuur van de slecht functionerende Mid Staffordshire NHS Trust (zie hierboven) omdat deze salarisverhogingen werden doorgevoerd op het moment dat het ziekenhuis zeer slechte kwaliteit leverde (slechte hygiëne, kwaliteit van zorg, etc.).<sup>176</sup>

Met betrekking tot medisch specialisten moeten NHS Trusts zich houden aan de nationale richtlijnen voor salariëring. NHS Foundation Trusts (zie paragraaf 1.2) hoeven zich niet aan deze richtlijnen te houden en mogen hun eigen strategie hiervoor uitstippelen. Omdat er een algemene ontevredenheid heerst over wat medisch specialisten betaald krijgen en omdat er druk bestaat om de kosten te beheersen, zouden NHS Foundation Trusts graag de salarissen van hun werknemers willen verlagen. In de realiteit volgen ze echter nog de nationale richtlijnen voor NHS Trusts omdat ze bang zijn voor grote vakbondacties en het vertrek van medisch personeel naar beter betalende instellingen.<sup>177</sup>

---

<sup>174</sup> Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.

<sup>175</sup> The Guardian, 29 November 2009, Eleven more NHS hospitals at centre of safety scandal. Gedownload 2010: <http://www.guardian.co.uk/society/2009/nov/29/nhs-hospitals-safety-report>.

<sup>176</sup> Telegraph, Failed hospital bosses given pay rises while crisis unfolded. Gedownload 2010: <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/7317568/Failed-hospital-bosses-given-pay-rises-while-crisis-unfolded.html>.

<sup>177</sup> Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.

## 4.2 De omgeving van de ziekenhuissector

### 4.2.1 NHS Grondwet

Sinds het eerste kabinet Blair in 1997 is er een sterk accent gekomen op de toegang van de gezondheidszorg op basis van gelijkheid voor allen.

In januari 2009 werd de eerste NHS grondwet (*NHS Constitution*) gepubliceerd naar aanleiding van het rapport “Zorg van uitstekende kwaliteit” van Lord Darzi, waarin een 10-jarenplan werd gepresenteerd om de kwaliteit en dienstverlening in de Engelse zorgsector te verbeteren.

Het is een algemeen document waarin de volgende aspecten staan beschreven:

- De algemene principes van de NHS zoals het zorgverlening op basis van behoefte (en niet op basis van het vermogen van de patiënt om te betalen); het bieden van excellente en professionele dienstverlening; rekening houden met de behoeftes en voorkeuren van de patiënt, familie en verzorgers; verantwoording afleggen aan de patiënt en de gemeenschap; efficiënt werken; en samenwerking met andere (zorg) instanties;
- De waarden van de NHS zoals respect en waardigheid; verplichting om kwalitatief goede zorg te verlenen; compassie; verbetering van leefomstandigheden; samenwerken met patiënten, en iedereen telt mee;
- De rechten en verantwoordelijkheden van NHS patiënten; en
- De rechten en verantwoordelijkheden van NHS werknemers.<sup>178</sup>

Vanaf januari 2010, na de succesvolle aanneming van de *Health Act* in het parlement, zijn alle NHS zorgaanbieders wettelijk verplicht om in hun beslissingen en acties rekening te houden met de grondwet.

Om de 10 jaar heeft de regering de wettelijke verplichting om de grondwet te herzien. Dit mag alleen als personeel, patiënten, en de algemene bevolking hierbij volledig betrokken worden.<sup>179</sup>

### 4.2.2 Goed bestuur richtlijnen

Er is een veelheid aan richtlijnen opgesteld door verschillende organisaties waaronder het Ministerie van Gezondheid, Monitor en de Appointment Commission (zie hoofdstuk 3 voor verdere toelichting) om besturen van NHS ziekenhuizen te ondersteunen bij het besturen van de instelling.<sup>180</sup> Hierdoor is het momenteel moeilijk voor ziekenhuisbesturen

<sup>178</sup> Department of Health, NHS Constitution. The NHS Constitution: securing the NHS today for generations to come. Gedownload 2010: [http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NHSConstitution/DH\\_093184](http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NHSConstitution/DH_093184).

<sup>179</sup> Department of Health, NHS Constitution. The NHS Constitution: securing the NHS today for generations to come. Gedownload 2010: [http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NHSConstitution/DH\\_093184](http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/NHSConstitution/DH_093184).

<sup>180</sup> Rudrum J, Understanding governance in the NHS, Acca in collaboration with the UK's Department of Health. [http://www.acaglobal.com/members/publications/accounting\\_business/archive/2008/march/3077388](http://www.acaglobal.com/members/publications/accounting_business/archive/2008/march/3077388).

om door de bomen het bos nog te zien. Er is dan ook dringend vraag uit het veld voor één richtlijndocument (zie hoofdstuk 4).<sup>181</sup>

#### 4.2.3 Meer aandacht voor doelmatigheid en kwaliteit van zorg

Net als in Nederland is ook in het VK de afgelopen decennia meer aandacht gekomen voor doelmatigheid en kwaliteit van zorg in ziekenhuizen. Naast het invoeren van prestatie-indicatoren (star rating – zie ook hoofdstuk 1) zijn er ook programma's om de kwaliteit van zorg te verbeteren ingevoerd.

In Engeland heeft het NHS Institute for Innovation and Improvement<sup>182</sup> recent verbeterprogramma's ontwikkeld om medewerkers te stimuleren en het eigen werk te herstructureren, zodat de werkomgeving efficiënter ingericht wordt en de zorg voor de patiënt verbetert. Eén van de verbeterprogramma's (*Productive Ward*) wordt in Nederland toegepast, en is bekend als het Productieve Verpleegteam. Deelnemende zorginstellingen hebben hiermee doorslaggevende successen geboekt. De effectiviteit en efficiency van verpleegafdelingen is verbeterd, waardoor er tot twee keer zoveel tijd is voor de patiënt.<sup>183</sup>

### 4.3 Formele governance

#### 4.3.1 Eisen aan goed bestuur

In deze paragraaf leggen we de organen uit die van belang zijn voor zowel NHS Trust ziekenhuizen als Foundation Trust ziekenhuizen.

##### *Dagelijks bestuur*

Voor het dagelijks bestuur (*Board of Directors*) van Trust ziekenhuizen en van Foundation Trust ziekenhuizen bestaan er verschillende regels.

Toen in 1990 de ziekenhuizen afgesplitst werden van zorgautoriteiten en in Trusts werden ondergebracht, werd er naar het model van de bedrijfswereeld binnen elke Trust een dagelijks bestuur aangesteld.<sup>184</sup> Het dagelijks bestuur is verantwoordelijk voor het beheer van het ziekenhuis, de strategie, naleving van wet- en regelgeving, en de prestaties en bestaat uit:

- Een voorzitter;
- Maximaal vijf niet-uitvoerende bestuurders (voor een periode van maximaal drie keer drie jaar); en

<sup>181</sup> Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.

<sup>182</sup> [http://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_value/productivity\\_series/the\\_productive\\_series.html](http://www.institute.nhs.uk/quality_and_value/productivity_series/the_productive_series.html).

<sup>183</sup> <http://zorginnovatieplatform.nl/kennis/98/Verpleegkundigen-zijn-mans-genoeg-om-zelf-te-verbeteren/>.

<sup>184</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.

- Maximaal vijf uitvoerende bestuurders waaronder de algemeen directeur en financieel directeur.<sup>185</sup>

Het verschil tussen uitvoerende bestuurders en niet-uitvoerende bestuurders zit in het feit dat uitvoerende bestuurders managementtaken uitvoeren en dus rechtstreeks betrokken zijn bij het dagelijks bestuur van het ziekenhuis. Niet-uitvoerende bestuurders hebben geen managementverantwoordelijkheid en nemen een meer onafhankelijke positie in. Zij zijn belangrijk om a) de prestaties van het bestuur en de managers in de gaten te houden; b) om het initiatief te nemen wanneer er belangengeschillen voorkomen; en c) om een bijdrage te leveren aan de strategie voor het ziekenhuis.<sup>186</sup>

De rollen van de bestuursleden staan beschreven in een document, waarin ook de regels voor het bestuur om samen te komen, agenda, stemmingsprocedure, etc. zijn beschreven.<sup>187</sup> De rol van de directeur (*Chief Executive*) is geformaliseerd via het memorandum “*Accountable Officer Memorandum for Trust Chief Executives*”.<sup>188</sup>

Het dagelijks bestuur hoort zich te houden aan de gedragscode voor NHS besturen - “*Code of Conduct, Code of Accountability in the NHS*”, dat is uitgegeven door het Ministerie van Gezondheid, NHS Appointment Commission (laatste versie is van 2004).<sup>189</sup>

In 2006 is er ook een handboek van het Ministerie van Gezondheid uitgekomen met richtlijnen voor geïntegreerd bestuur. Dit handboek is bestemd voor bestuursleden als ondersteuning en praktijkbegeleiding om er voor te zorgen dat alle systemen voor kwaliteitsborging, het meten van prestaties en het bestuur op elkaar zijn afgestemd en geïntegreerd zijn.<sup>190</sup>

Binnen Foundation Trusts moet het dagelijks bestuur minimaal bestaan uit een directeur, financieel directeur, en twee bestuursleden moeten een medisch specialist en verpleegkundige zijn. Het is ook verplicht dat er een meerderheid of evenveel niet-uitvoerende bestuurders (*non-executives* of *lay directors*) in de raad zitten. Verder is het dagelijks bestuur vrij om zelf te beslissen wie er nog meer in zit, hoe vaak ze vergaderen, etc.<sup>191</sup>

De gouverneursraad (*Board of Governors* – zie hieronder) kiest de voorzitter en de niet-uitvoerende bestuurders in het dagelijks bestuur. De directeur wordt gekozen door de niet-uitvoerende bestuurders met goedkeuring van de gouverneursraad, en de uitvoerende

<sup>185</sup> NHS Trust, 2006, Model standing orders, reservation and delegation of powers and standing financial instructions.

<sup>186</sup> Higgs D, 2002, Review of the role and effectiveness of non-executive directors, consultation paper.

<sup>187</sup> NHS Trust, 2006, Model standing orders, reservation and delegation of powers and standing financial instructions.

<sup>188</sup> NHS Trust, 2006, Model standing orders, reservation and delegation of powers and standing financial instructions.

<sup>189</sup> Department of Health, NHS Appointments Commission, 2004, Code of conduct, code of accountability in the NHS.

<sup>190</sup> Prof Deighan M, Dr Bullivant J, 2006, Integrated governance- a handbook for executives and non-executives in healthcare organisations, NHS Chief Executive.

<sup>191</sup> Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.

bestuurders worden aangesteld door de directeur en niet-uitvoerende bestuurders. De voorzitter van het dagelijks bestuur is ook de voorzitter van de gouverneursraad.<sup>192</sup>

### *Community of Members*

Elke Foundation Trust moet een *Community of Members* samenstellen, bestaande uit vertegenwoordigers (burgers) woonachtig in de omgeving van de Foundation Trust (de Foundation Trust bepaald dit gebied), patiënten en personeel. Deze regel geldt niet voor Trust ziekenhuizen.

De leden ontvangen regelmatig informatie over ‘hun’ trust en worden regelmatig gevraagd advies te geven over strategische toekomstplannen. Het belangrijkste voorrecht van de leden is echter dat ze stemgerechtigd zijn en zichzelf kandidaat kunnen stellen voor de gouverneursraad.<sup>193</sup>

### *Gouverneursraad*

In Foundation Trusts vertegenwoordigt de gouverneursraad de belangen van de *Community of Members* in het bestuur. De raadsleden worden daarom ook gekozen door de Community leden. Dit orgaan bestaat niet binnen Trust ziekenhuizen.

Een typisch Foundation Trust ziekenhuis heeft gemiddeld 33 gouverneurs (variërend van 18 tot 39 gouverneurs).

De gouverneursraad heeft drie verantwoordelijkheden: 1) adviesfunctie om er voor te zorgen dat de lokale behoeftes vervuld worden; 2) toezicht; en 3) strategiebepaling. Met betrekking tot de laatste twee verantwoordelijkheden bestaat er duidelijk overlap met de verantwoordelijkheid van de niet-uitvoerende bestuurders binnen het dagelijks bestuur van Foundation Trusts. Het wordt daarom in de richtlijnen voor Foundation Trusts aangeraden om deze taken goed af te stemmen om problemen hierover te voorkomen.<sup>194</sup>

De grootte en samenstelling van de gouverneursraad wordt door de *Community of Members* bepaald, maar er gelden wel enkele regels. In de raad moet een meerderheid van vertegenwoordigers van de lokale gemeenschap zetelen, minstens één vertegenwoordiger van de NHS PCTs, minstens één vertegenwoordiger van de lokale autoriteiten, minstens drie personeelsvertegenwoordigers en (indien van toepassing) minstens één vertegenwoordiger van de lokale universiteit.<sup>195</sup>

De leden worden aangesteld voor een periode van drie jaar, met een maximum van negen jaar.<sup>196</sup> Er is een verplichting dat de gouverneursraad drie keer per jaar samenkomt.<sup>197</sup>

---

<sup>192</sup> Ham C, Hunt P, 2008, Membership governance in NHS Foundation Trusts: a review for the department of health, University of Birmingham and Mutuo.

<sup>193</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>194</sup> Ham C, Hunt P, 2008, Membership governance in NHS Foundation Trusts: a review for the department of health, University of Birmingham and Mutuo.

<sup>195</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven; Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.

<sup>196</sup> Northumberland, Tyne and Wear NHS, NHS Trust, A guide to becoming an NHS Foundation Trust Governor.

### *LINKs*

Er is sinds 2000 een aantal initiatieven ontplooid om patiënten en consumenten meer te betrekken bij de kwaliteit van zorg. Nadat in 2003 patiënten en consumenten fora waren opgericht om de kwaliteit van de NHS dienstverlening te verbeteren, werd in 2008 besloten om deze te vervangen door lokale netwerken (*Local Involvement Networks – LINKs*).<sup>198</sup> LINKs hebben als doel burgers een sterkere stem te geven in de wijze waarop de lokale gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening geleverd worden.<sup>199</sup>

Lokale autoriteiten (lokale districten/gemeentes) hebben financiële middelen ontvangen om tussen 2008-2010 LINKs te ondersteunen. Hiervoor zijn verschillende adviezen en richtlijnen opgesteld.<sup>200</sup> Volgens de wet mogen LINKs ziekenhuizen in hun regio bezoeken om de dienstverlening te bekijken. Deze functie wordt ook enigszins door de *Community of Members* uitgevoerd voor Foundation Trust ziekenhuizen.

Om er voor te zorgen dat de ‘visitaties’ goed verlopen is er een “code of conduct” opgezet door het “NHS Centre for Involvement” (niet meer operationeel). Het Ministerie van Gezondheid adviseert de LINKs en de ziekenhuizen om deze gedragscode toe te passen.<sup>201</sup>

### *Adviescommissies*

Elk NHS ziekenhuis moet een audit commissie opzetten om het dagelijks bestuur van onafhankelijk advies te voorzien met betrekking tot financiën, naleving wetgeving, en richtlijnen van de NHS. Er wordt aangeraden om minimaal drie niet-uitvoerende bestuurders hiervoor aan te stellen, waarvan er een persoon uitgebreide en recente financiële kennis van zaken moet hebben.<sup>202</sup>

Eveneens moet ieder NHS ziekenhuis een *Remuneration Committee* opzetten met daarin minimaal drie niet-uitvoerende bestuurders die een onafhankelijke positie van het dagelijks bestuur innemen. Het doel van deze commissie is om het dagelijks bestuur te adviseren met betrekking tot salarissen, bonussen, andere vormen van vergoeding (pensioen, auto), en de regelingen betreffende het beëindigen van een arbeidscontract en andere contracten voor de algemeen directeur en andere uitvoerende bestuurders.<sup>203</sup>

## 4.3.2 Toezicht op ziekenhuizen

### *Care Quality Commission (CQC)*

De CQC is een belangrijke toezichthouder in de Engelse zorgsector. Vóór 2010 voerde de CQC aparte inspecties uit voor de NHS aanbieders en de onafhankelijke zorgaanbieders.

<sup>197</sup> Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.

<sup>198</sup> NHS Trust, 2006, Model standing orders, reservation and delegation of powers and standing financial instructions.

<sup>199</sup> NHS Trust, 2006, Model standing orders, reservation and delegation of powers and standing financial instructions.

<sup>200</sup> Department of Health, Public and patient experience and engagement, local involvement networks (LINKs). Retrieved 2010: [http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/PatientAndPublicinvolvement/DH\\_076366#\\_1](http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/PatientAndPublicinvolvement/DH_076366#_1).

<sup>201</sup> Department of Health, Public and patient experience and engagement, local involvement networks (LINKs). Retrieved 2010: [http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/PatientAndPublicinvolvement/DH\\_076366#\\_1](http://www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/PatientAndPublicinvolvement/DH_076366#_1).

<sup>202</sup> NHS Trust, 2006, Model standing orders, reservation and delegation of powers and standing financial instructions.

<sup>203</sup> NHS Trust, 2006, Model standing orders, reservation and delegation of powers and standing financial instructions.



Vanaf 2010 zullen de kwaliteitsstandaarden geïntegreerd worden voor beide zorgaanbieders.

De CQC controleert de prestaties van de geregistreerde zorginstellingen door relevante gegevens te verzamelen via informatie die de instellingen zelf aanleveren en via inspectie van geleverde diensten. Indien er niet aan de eisen voldaan wordt, kan het CQC verschillende handhavingmiddelen inzetten zoals het geven van boetes en waarschuwingen. Ook kan de CQC een bepaalde dienst sluiten of een dienst zelfs helemaal uit de registratie te halen.<sup>204</sup>

### *Monitor*

Toezicht van de NHS Foundation Trusts vindt plaats door een onafhankelijk orgaan, genaamd Monitor. Dit orgaan is verantwoordelijk voor toezicht op de financiële uitvoerbaarheid, de naleving van de statuten van Foundation Trusts, en het verlenen van de Foundation Trust status aan Trusts die dit aangevraagd hebben. Monitor kan bijvoorbeeld de voorzitter van het dagelijks bestuur ontslaan indien een specifieke NHS Foundation Trust zich niet aan de statuten van Foundation Trusts houdt.<sup>205</sup> Het orgaan is enigszins vergelijkbaar met een grootaandeelhouder van een bedrijf. Het is een onafhankelijke instantie van de regering en legt rechtstreeks verantwoording af aan het Parlement.<sup>206</sup>

Alle informatie die Monitor verzameld is vrij beschikbaar op de website van de organisatie.<sup>207</sup>

Monitor heeft een ‘*code of governance*’ opgezet specifiek voor NHS Foundation Trusts. Het doel van deze code is om bestuurders te ondersteunen om het beleid te verbeteren door ‘*best practice*’ praktijken van openbaar en particulier bestuur samen te brengen en beschikbaar te maken. Het is niet verplicht voor zorginstellingen om de code na te leven.<sup>208</sup>

Monitor berekent jaarlijks voor elke NHS Foundation Trust een risicoclassificatie die een inschatting geeft van de kansen dat de Foundation Trust zich niet aan de statuten zal houden. Deze beoordeling is gebaseerd op een jaarplan en financiële projecties. Deze classificatie bepaalt de mate waarin Monitor de prestaties van de Foundation Trust in de gaten zal houden en de mogelijkheden om bijvoorbeeld geld te lenen. Monitor houdt zich echter niet bezig met het bepalen van het operationele beleid en strategie van de Foundation Trust.<sup>209</sup>

---

<sup>204</sup> Care Quality Commission, about CQC. Retrieved 2010:

<http://www.cqc.org.uk/aboutcqc/whatwedo/registrationandenforcement.cfm>.

<sup>205</sup> Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.

<sup>206</sup> Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.

<sup>207</sup> Eeckloo K, 2008, Hospital Governance in Vlaanderen, exploratieve studie in internationaal perspectief, doctoraalthesis in de Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven.

<sup>208</sup> Healthcare Governance Review, Monitor updates Code of Governance for NHS foundation trusts, retrieved 2010: <http://healthcaregovernancereview.wordpress.com/2010/03/11/monitor-updates-code-of-governance-for-nhs-foundation-trusts/>.

<sup>209</sup> Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.



### *Ingrijpen door externe toezichthouders*

Regionale zorgautoriteiten (*Strategic Health Authorities*) (voor NHS Trusts) en Monitor (voor NHS Foundation Trusts) blijken wel degelijk in te grijpen wanneer een organisatie slechte prestaties levert. Dit neemt voornamelijk de vorm aan van het ontslaan van de voorzitter van het dagelijks bestuur, meerdere leden of zelfs het hele dagelijks bestuur.<sup>210</sup> Zo heeft Monitor bijvoorbeeld in het tweede kwartaal van 2009 actie ondernomen bij twee NHS Foundation Trust ziekenhuizen<sup>211</sup>:

- Bij Basildon en Thurrock University NHS Foundation Trust ziekenhuis hebben ze een commissie opgezet om de patiëntenzorg en veiligheid te verbeteren; en
- Bij Colchester University NHS Foundation Trust ziekenhuis heeft Monitor de voorzitter ontslagen en een nieuwe tijdelijke voorzitter aangesteld.

De CQC is door veel critici beoordeeld als een “tandenloze waakhond” die geen sancties kan uitvoeren die leiden tot verandering. Recentelijk (2010) is daarom de rol van deze toezichthouder verder uitgebreid. De CQC krijgt de mogelijkheid om sancties uit te delen aan falende ziekenhuisbesturen in de vorm van waarschuwingen, vervolging, boetes tot 50.000 GBP, en zelfs het sluiten van een deel of het gehele ziekenhuis als ze niet aan de minimale standaardeisen van de CQC voldoen.<sup>212</sup> Het is nog te vroeg om te oordelen of deze sancties tot een hogere kwaliteit van zorg zullen leiden.

## 4.4 ‘Informele’ governance

### 4.4.1 Informele processen

#### *Invloed en functioneren van de gouverneursraad op de NHS Foundation Trust*

Uit diverse studies blijkt dat de gouverneursraad invloedrijk is, maar niet bekend staat als een machtig orgaan. Ze worden door hun wettelijke status serieus genomen, maar er zit een groot verschil tussen organisaties waarbij gouverneurs wel of niet hun statutaire rechten toepassen (het aanstellen van de voorzitter, niet-uitvoerende bestuurders, vaststellen van de hoogte van het salaris van de voorzitter, etc.). Het blijkt dat vooral de voorzitter en de algemeen directeur een zeer belangrijke rol spelen om er voor te zorgen dat gouverneurs voldoende betrokken worden.<sup>213</sup>

Uit een onderzoek onder gouverneurs blijkt dat meer dan 40% van de gouverneurs onzeker is over de vraag of ze een verschil hebben gemaakt in het management van de Foundation Trust. Bijna de helft geeft daarbij ook aan dat ze geen effectieve manier hebben gevonden om met de gemeenschapsleden te communiceren die hen verkozen

<sup>210</sup> Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.

<sup>211</sup> Monitor, NHS foundation trusts: review of six months to 30 September 2009.

<sup>212</sup> The Guardian, 16 maart 2010, Quarter of NHS trusts failing hygiene tests. Gedownload 2010: <http://www.guardian.co.uk/society/2010/mar/16/quarter-nhs-trusts-failing-hygiene-tests>; Care Quality Commission, February 2010, CQC responds to Mid Staffordshire Inquiry Report – regulator says it intends to register the trust, but with conditions. Gedownload: [http://www.cqc.org.uk/newsandevents/newsstories.cfm?widCall1=customWidgets.content\\_view\\_1&cit\\_id=35925](http://www.cqc.org.uk/newsandevents/newsstories.cfm?widCall1=customWidgets.content_view_1&cit_id=35925).

<sup>213</sup> Ham C, Hunt P, 2008, Membership governance in NHS Foundation Trusts: a review for the department of health, University of Birmingham and Mutuo.

hebben. Tegelijkertijd geeft 70% aan dat ze wel denken een verschil te kunnen maken in de toekomst.<sup>214</sup>

Een toenemend aantal gouverneurs lijkt actief te zijn en over het algemeen komen ze vaker samen dan de wettelijke verplichting van drie keer per jaar om zo een hechtere groep te creëren en op de hoogte te blijven van ontwikkelingen. Het gemiddelde ligt rond de vier tot vijf keer.<sup>215</sup>

Een onderzoek onder gouverneurs laat zien dat zij over het algemeen tevreden zijn met hun relatie met het dagelijks bestuur, hoewel er nog wel ruimte voor verbetering is, vooral qua contactfrequentie en betrokkenheid.<sup>216</sup>

In alle NHS Foundation Trusts zijn er regelingen opgezet voor de twee besturen (gouverneursraad en dagelijks bestuur) om regelmatig samen te komen. Zo zijn er formele bijeenkomsten opgezet om strategie en toekomst te bespreken, maar ook informele bijeenkomsten waarbij directeuren en gouverneurs elkaars vergaderingen bijwonen.<sup>217</sup>

#### *Het functioneren van de Community of Members in NHS Foundation Trusts*

Het aantal community leden ligt tussen de 1.000 en 16.000. Onderzoek wijst uit dat er verschillen bestaan in de mate waarin Foundation Trusts moeite doen om leden te werven. Er blijken maar weinig specifieke acties te worden ondernomen door de NHS Foundation Trusts om moeilijk bereikbare groepen te informeren en te betrekken in het lidmaatschap (bijvoorbeeld etnische minderheden).

Uit onderzoek blijkt dat één van de moeilijkste taken van een NHS Foundation Trust het creëren van een effectieve relatie tussen de gouverneurs en de leden is. Soms worden er vergaderingen gehouden met het doel om de leden en gouverneurs samen te brengen, maar meestal valt de opkomst van leden tegen. Over het algemeen hebben NHS Foundation Trusts nog geen duidelijkheid over wat nu precies de rol is van hun leden en hoe ze die het best kunnen inzetten.

Op dit moment bestaat er naast de Community of Members voor NHS Foundation Trusts ook andere regelingen die patiënten en consumenten betrekken bij het functioneren van de NHS. Onderzoek geeft aan dat dit verwarrend kan werken hoewel er ook stemmen opgaan dat dit juist tot een uitgebreid systeem van ‘betrokkenheid’ heeft geleid.<sup>218</sup>

---

<sup>214</sup> Ham C, Hunt P, 2008, Membership governance in NHS Foundation Trusts: a review for the department of health, University of Birmingham and Mutuo.

<sup>215</sup> Survey of Foundation Trust Governors, 2008, research study conducted for Monitor- Independent Regulator of NHS Foundation Trusts, Ipsos MORI.

<sup>216</sup> Survey of Foundation Trust Governors, 2008, research study conducted for Monitor- Independent Regulator of NHS Foundation Trusts, Ipsos MORI.

<sup>217</sup> Ham C, Hunt P, 2008, Membership governance in NHS Foundation Trusts: a review for the department of health, University of Birmingham and Mutuo.

<sup>218</sup> Ham C, Hunt P, 2008, Membership governance in NHS Foundation Trusts: a review for the department of health, University of Birmingham and Mutuo.

### *Het functioneren van het dagelijks bestuur in NHS (Foundation) Trusts*

Een onderzoek onder bestuursleden uit het dagelijks bestuur van ziekenhuizen geeft aan dat zij goed begrijpen wat er met “*corporate governance*” bedoeld wordt. Ze blijken echter vooral de nadruk te leggen op controle en minder op het daadwerkelijk besturen, waaronder het bepalen van de strategie en visie op de toekomst van een ziekenhuis.

De meerderheid van de ondervraagden geeft aan dat ze de huidige managementstructuur (invulling van het dagelijks bestuur) voldoende vinden om aan de belangrijkste standaarden te voldoen. Een derde geeft echter aan dat zij de managementstructuur onvoldoende vinden of het niet weten.

Uit het onderzoek komt tevens naar voren dat de rol van niet-uitvoerende bestuurders als belangrijk wordt ervaren. Het probleem is alleen dat zij vaak niet genoeg tijd krijgen om deze rol goed te vervullen en dat de benodigde financiële middelen of kennis van zaken niet altijd aanwezig zijn.<sup>219</sup>

In Foundation Trusts blijken vooral de voorzitter en de secretaris zeer belangrijke rollen te spelen in het dagelijks bestuur. De voorzitter vormt de spil in het management door zijn/haar aanwezigheid in zowel het dagelijks bestuur als de gouverneursraad en de secretaris wordt als belangrijkste contact gezien voor de gouverneurs en de leden.<sup>220</sup>

### *De rol van medisch specialisten*

Medisch specialisten hebben binnen de NHS veel vrijheid gehad in het uitvoeren van hun taken zonder bemoeienis van bestuurders of politici, ondanks het feit dat ze rechtstreeks in dienst van de NHS zijn. Een onderzoek naar NHS management in de jaren 80 van de vorige eeuw bracht echter verandering. In dit onderzoek werd meer algemeen management aanbevolen in plaats van consensus management. Als gevolg hiervan begonnen de NHS ziekenhuizen met het aanstellen van medisch specialisten als klinisch directeur, die managementtaken moeten combineren met klinische verantwoordelijkheden. Zij werken meestal samen met een verpleegkundig manager en een business manager in een zogenaamd ‘*triumvirate*’. Daarbij komen ze dikwijls samen met de medische directeur en de algemeen directeur om de algemene ontwikkelingen in het ziekenhuis te bespreken.

Deze verandering in management van ziekenhuizen leidt tot diverse effecten. In sommige organisaties blijkt het potentieel om medisch specialisten te betrekken bij verandermanagement verbeterd terwijl in andere organisaties het moeilijk blijft om gevestigde manieren te wijzigen. Een deel van de oorzaak ligt in het feit dat medisch specialisten die een management rol krijgen toebedeeld hier maar weinig waardering en beloning voor krijgen. Een andere reden is dat de invloed van informele leiders - die vaak niet bij het formeel bestuur betrokken zijn - en netwerken binnen subculturen groot blijft. Er bestaan nog steeds subculturen (medisch specialisten, verplegend personeel, managers) binnen de NHS ziekenhuizen die sterk geïsoleerd van elkaar werken.<sup>221</sup> Managers durven

<sup>219</sup> Rudrum J, Understanding governance in the NHS, Acca in collaboration with the UK's Department of Health. [http://www.accaglobal.com/members/publications/accounting\\_business/archive/2008/march/3077388](http://www.accaglobal.com/members/publications/accounting_business/archive/2008/march/3077388).

<sup>220</sup> Ham C, Hunt P, 2008, Membership governance in NHS Foundation Trusts: a review for the department of health, University of Birmingham and Mutuo.

<sup>221</sup> Sociale groepen die hecht zijn en subcultuur vormen, vooral wanneer ze bedreigd worden door externe veranderingen.

kwesties die hiermee samenhangen niet altijd aan te kaarten waardoor bijvoorbeeld de medisch specialisten nog veel vrij spel blijven houden.<sup>222</sup> Deze subculturen maken het voor de manager gecompliceerd en moeilijk om een systematische aanpak in te voeren om managementsystemen te verbeteren. De governance praktijk probeert hier wel aandacht aan te geven, maar de focus hierbij lijkt teveel te liggen op het topmanagement, terwijl het middelmanagement op dit vlak veel meer potentieel heeft om dit soort obstakels te doorbreken.<sup>223</sup>

---

<sup>222</sup> Ham C, Dickinson H, 2008, Engaging doctors in leadership: What we can learn from international experience and research evidence, NHS Institute for Innovation and Improvement.

<sup>223</sup> Telefonisch interview met Nigel Edwards, 26 maart 2010, beleidsdirecteur van de NHS Confederation en *Honorary Visiting Professor* van de London School of Hygiene and Tropical Medicine.