



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Governance en kwaliteit van zorg

Governance en kwaliteit van zorg



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische adviezen uit. Die schrijft hij vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling van de Raad

Voorzitter

Prof. drs. M.H. Meijerink

Leden

Mw. mr. A. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat, vice-voorzitter

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Governance en kwaliteit van zorg

Uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan
de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Den Haag, 2009

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 340 50 60
Fax 070 340 75 75
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag/vormgeving & dtp ministerie van VROM
Fotografie: Eveline Renaud
Druk: Koninklijke Broese & Peereboom
Uitgave: 2009
ISBN: 978-90-5732-205-1

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net)
of telefonisch via de RVZ (070 340 50 60) onder vermelding van
publicatienummer 09/04.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

De overheid moet wettelijke basisnormen voor kwaliteit vaststellen. Zorgaanbieders moeten hun interne governance nadrukkelijker dan nu het geval is verbinden met kwaliteit van zorg. Raden van Toezicht moeten professionaliseren. Er moet een ‘last resort’ voorziening komen, waar belanghebbenden terecht kunnen met een klacht over het functioneren van interne toezichthouders. Raden van Bestuur zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg die een instelling levert. Het interne governancesysteem kan niet goed functioneren zolang professionals geen verantwoording afleggen over hun handelen. Daarom moet er een publiekrechtelijke beroepsorganisatie van artsen komen, die richtlijnen dwingend kan opleggen.

Welk probleem lost dit advies op?

Onduidelijkheid over wat het publieke belang ‘kwaliteit van zorg’ precies is en hoe getoetst kan worden of zorginstellingen hieraan voldoen. Inadequaat intern toezicht zorginstellingen.

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

Basisnormen versterken de positie van de consument. Als een consument weet wat hij mag verwachten van een behandeling, kan hij een zorgverlener daarop aanspreken.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

Zorgverleners moeten de nodige inspanningen leveren om basisnormen vast te stellen. Daar staat tegenover dat het beleggen van de (publieke) taak om basisnormen op te stellen recht doet aan hun professionele verantwoordelijkheid. Basisnormen en openbaarmaking van scores motiveren zorgverleners om zo goed mogelijk te presteren.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverzekeraar?

De zorgverzekeraar krijgt meer gedegen informatie in handen om selectief zorg in te kunnen kopen. Hij kan daarmee zorgaanbieders stimuleren om tot de top te gaan behoren. Daarmee kan de zorgverzekeraar zijn verzekerden meer ‘value for money’ geven.

Wat kost het?

Dit advies kan kostenneutraal worden gerealiseerd.

Wat is nieuw?

- De opvatting dat de overheid verantwoordelijk is voor de totstandkoming van basisnormen voor kwaliteit

- Onderscheid van het brede begrip 'kwaliteit van zorg' in deelaspecten die tot het publieke domein behoren en deelaspecten die binnen het private domein vallen
- Een voorziening binnen het privaatrecht om het functioneren van een Raad van Toezicht aan de kaak te stellen
- De opvatting dat er geen taak ligt voor de overheid om het interne toezicht van zorginstellingen aan nadere regels te binden of aan publiekrechtelijk toezicht te onderwerpen
- Het voorstel om een publiekrechtelijke beroepsorganisatie met verordenende bevoegdheid in te stellen, die de kwaliteitsbevordering krachtig ter hand neemt en de (publieke) taak krijgt om basisnormen voor kwaliteit vast te stellen.

Inhoudsopgave

	Kernboodschap	3
	Samenvatting	7
1	Borging van kwaliteit onder marktcondities	11
1.1	Aanleiding en vraagstelling	11
1.2	Problemanalyse	12
1.3	Aanpak	14
1.4	Afbakening adviesdomein	15
2	Rolverdeling tussen overheid en zorgaanbieders	19
2.1	Inleiding: afbakening van het publieke en private domein	19
2.2	Het publieke domein	19
2.3	Het private domein	25
2.4	Verbinding tussen publiek en privaat domein	28
2.5	Toezicht en verantwoording in transitie(fase)	28
2.6	Conclusies	29
3	Positionering van het interne toezicht	33
3.1	Inleiding	33
3.2	Het besturingsmodel van zorginstellingen	33
3.3	De Raad van Toezicht	34
3.4	Conclusies	40
4	Relatie Raad van Bestuur en medisch specialist(en)	43
4.1	Inleiding: complexiteit besturing ziekenhuizen	43
4.2	Disbalans in de verhouding RvB en medisch specialist	43
4.3	Naar een evenwichtiger verhouding	46
4.4	Conclusies	50
5.	Publiek domein en professionele verantwoordelijkheid	53
5.1	Inleiding	53
5.2	Verbinding tussen basisnormen en professionele verantwoordelijkheid	53
5.3	Bestuurlijke vormgeving	55
5.4	Invoering, monitoring en verantwoording	56
5.5	Consequenties voor administratieve lastendruk	56
5.6	Conclusie	56

6	Advies en aanbevelingen	58
6.1	Advies	58
6.2	Aanbevelingen aan de bewindslieden van VWS	58
6.3	Aanbevelingen voor zorginstellingen	59
6.4	Slotparagraaf: handreiking aan veldpartijen	60
6.5	Implementatie en epiloog	62
	Bijlagen	63
1	Adviesvoorbereiding	65
2	Voorbeelden publiekrechtelijke beroepsorganisaties	69
3	Lijst van afkortingen	71
4	Literatuurlijst	73
	Overzicht publicaties RVZ	83

Governance en kwaliteit van zorg

Samenvatting

Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel per 1 januari 2006 is een veranderingsproces van aanbod- naar vraagsturing in de zorg op gang gekomen. Door risico's neer te leggen bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars en hen te laten concurreren, kan de overheid terugtreden en ontstaat ruimte voor de veldpartijen om beter en sneller in te spelen op de veranderende zorgvraag. De bedoeling is dat dit de kwaliteit van zorg ten goede komt.

Dat klinkt aannemelijk, maar is het ook de realiteit? De laatste tijd worden we overspoeld door berichten over incidenten in de zorg, waarbij de veiligheid van patiënten in gevaar is. Onderzoeken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en van de Onderzoeksraad voor veiligheid doen vermoeden dat het hier niet om ongelukkig toeval gaat, maar dat de borging van kwaliteit structureel tekortschiet. Dit doet bij burgers en het parlement de vraag rijzen of de overheid niet juist méér grip moet zien te houden op het bestuur en het interne toezicht van zorginstellingen.

De bezorgdheid over de kwaliteit van zorg is begrijpelijk en vraagt zeker om nader onderzoek, maar rechtvaardigt niet de conclusie dat de ingeslagen weg de verkeerde is. Integendeel. De oorzaak van het probleem ligt vooral in rolonduidelijkheid en -onvastheid van betrokkenen. Het nieuwe zorgstelsel brengt een herverdeling van verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden met zich mee, maar deze zijn nog onvoldoende uitgekristalliseerd en afgebakend. De oplossing ligt niet in méér overheidsregulering en -toezicht, maar in een scherpere toedeling van verantwoordelijkheden.

De verantwoordelijkheid van de overheid is de borging van de publieke belangen. Zij moet deze nader duiden en specificeren. Hierdoor wordt het publieke domein scherper afgegrensd van het private domein en kunnen de bijbehorende sturingsmechanismen - respectievelijk overheidsregulering en marktordening - consequenter worden ingezet.

Voor het publieke belang 'kwaliteit van zorg' betekent dit dat de overheid basisnormen moet vaststellen. Deze normen hebben betrekking op de eisen waaraan zorgdiensten ten minste moeten voldoen, te weten: patiëntveiligheid en handelen volgens de professionele standaard. Vanzelfsprekend is het aan zorgverleners en patiënten om deze normen de facto

op te stellen - zij zijn immers deskundigen bij uitstek op dit terrein -, maar de verantwoordelijkheid dat deze normen er komen en worden nageleefd rust ontegenzeggelijk op de overheid.

De basisnormen moeten wettelijk verankerd worden. Ze vormen daarmee de toetssteen voor het handelen van zorgaanbieders en verhogen de rechtszekerheid van patiënten en andere belanghebbenden. Het toezicht van overheidswege moet robuust en repressief zijn: niet voldoen aan de normen wordt bestraft. Het is voorts de taak van de overheid om de bevindingen van het toezicht openbaar te maken, op een zodanige manier dat voor belanghebbenden gemakkelijk te beoordelen is of c.q. in hoeverre zorgaanbieders aan de normen voldoen. Hiertoe dient de IGZ een model te ontwikkelen op basis waarvan zorgaanbieders - of delen daarvan (een afdeling of een vakgroep) - in een prestatieklasse worden ingedeeld.

Aldus verschuift de focus van beleid, wet- en regelgeving van aanbod en structuur naar prestatie en uitkomsten. Daarmee is datgene wat zorgaanbieders ten minste aan kwaliteit moeten leveren geborgd. De wijze waarop zij tot hun prestaties komen behoort - binnen de grenzen van het algemene recht - tot het private domein. Daar ontstaat ruimte voor ondernemerschap en initiatief; daar moet de markt zijn werk kunnen doen.

Zorginstellingen moeten governance nadrukkelijker dan nu het geval is met kwaliteit verbinden. Daar is reden te meer voor, naarmate zij meer op afstand van de overheid komen te staan.

Het bestuur van een zorginstelling is (eind)verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. De Raad van Toezicht ziet toe op de volle breedte van het bestuurlijk handelen en dus ook op de kwaliteit. Raden van Toezicht moeten zich verder professionaliseren, zodat zij proactief, systematisch en integraal toezicht kunnen houden. Alleen zo vormen zij een evenwichtige countervailing power ten opzichte van het bestuur.

Het onafhankelijk van welk deelbelang dan ook uitoefenen van intern toezicht is een belangrijk uitgangspunt dat blijvende bescherming verdient. Naarmate zorginstellingen meer financieel risico lopen, zullen externe kapitaalverschaffers meer invloed willen hebben op het reilen en zeilen van zorginstellingen. De wettelijke eis dat er naast het bestuur een onafhankelijk toezichthoudend orgaan is (two tier systeem), dient dan ook gehandhaafd te blijven.

De Raad ziet voor het overige geen rol voor de overheid ten aanzien van het functioneren van Raden van Toezicht. Wel vindt de Raad dat er een (privaatrechtelijke) voorziening moet komen, waarbij belanghebbenden terecht kunnen met een klacht over het functioneren van Raden van Toezicht. De Raad stelt voor hiertoe een 'Publieke Kamer' in te stellen bij de Ondernemingskamer van het gerechtshof te Amsterdam, die de

bevoegdheid krijgt een bindende uitspraak te doen over het functioneren van interne toezichthouders van (private) instellingen die publieke diensten verlenen.

Om de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg te kunnen waarmaken, moeten Raden van Bestuur de processen en professionals in de organisatie centraal, vanuit de lijn, kunnen aansturen en moeten zij verantwoording afgelegd krijgen over het handelen in het primaire proces. Dit is in ziekenhuizen niet vanzelfsprekend. Door een disbalans in de verhouding tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten heeft het bestuur vaak onvoldoende mogelijkheden om dit (zo nodig) af te dwingen. Dit is een ernstig probleem, omdat daarmee het interne kwaliteitssysteem niet sluitend is en de interne governance niet goed kan functioneren.

Er zijn verschillende manieren om dit probleem aan te pakken. De Raad ziet het meest in het omvormen van de Orde van Medisch Specialisten tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie met verordenende bevoegdheid. Dit is een drastische maatregel, maar volgens de Raad wel de meest kansrijke. Er gaat een sterk disciplinerende werking van uit. Het draagt bovendien bij aan de implementatie van kwaliteitsbevorderende activiteiten die de Orde zelf al onderneemt, maar waarin zij soms wordt tegengehouden door leden van de eigen achterban.

1 Borging van kwaliteit onder marktcondities

1.1 Aanleiding en vraagstelling

Incidenten rond
kwaliteit van zorg

Steeds vaker worden we opgeschrikt door berichtgeving over incidenten in de zorg, waarbij de veiligheid van patiënten rechtstreeks in het geding is. Berichten over hoge mortaliteitscijfers als gevolg van samenwerkingsproblemen op de afdeling hartchirurgie van het Radboud ziekenhuis, over een brand op een operatiekamer van het Twenteborg ziekenhuis, waardoor een patiënte overlijdt, en over een verhoogd infectierisico in de IJsselmeerziekenhuizen, omdat de luchtbehandeling op de operatiekamers niet aan de minimumeisen voldoet. Stuk voor stuk alarmerende berichten.

en aanwijzingen
voor structurele
tekortkomingen

Nadere onderzoeken naar de oorzaken van deze incidenten door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Onderzoeksraad voor veiligheid (ORV), brengen aan het licht dat het bestuur en zowel het interne als het externe toezicht tekort zijn geschoten. De vraag die de gemeederen bezighoudt is deze. Gaat het hier inderdaad om incidenten of is dit slechts het topje van de ijsberg? Recente rapporten van de IGZ over gebrekkige communicatie en overdracht van patiënten in het preoperatieve proces en over onvoldoende naleving van infectiepreventierichtlijnen op OK-complexen doen het laatste vermoeden. En als er inderdaad sprake is van een structureel probleem, hoe is het tij dan te keren? Wat is ervoor nodig en wie zijn aan zet? Indringende vragen, die zonder meer urgent zijn.

versterken de vraag
naar ingrijpen door de
minister van VWS

Het ligt voor de hand deze vragen te richten aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De overheid heeft immers de grondwettelijke taak en verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat iedere Nederlandse ingezetene toegang heeft tot gezondheidszorg van goede kwaliteit, dat wil zeggen zorg die veilig, doelmatig en doeltreffend is en die bovendien is afgestemd op de vraag van de patiënt.

Maar: vraaggerichte
zorg vergt
ondernemersvrijheid van
zorgaanbieders .. en dus
juist 'minder overheid'

Een complicerende factor in dit verband is dat de overheid de zorg niet zelf kan leveren. Daarvoor is zij aangewezen op (veelal) privaatrechtelijke organisaties, die zorg verlenen en daarmee invulling geven aan de publieke doelstellingen. Het kabinet heeft er bovendien voor gekozen om verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden zoveel mogelijk bij de veldpartijen in de zorg neer te leggen en zelf meer op afstand te staan. Hierdoor ontstaat ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om beter en sneller in te spelen op de veranderende zorgvraag van patiënten.

Met de invoering van het nieuwe zorgstelsel - de Zorgverzekeringswet, de Wet Toelating Zorginstellingen en de Wet Marktordening Gezondheidszorg - per 1 januari 2006, zijn wezenlijke stappen in deze richting gezet

en is een veranderingsproces op gang gekomen om van aanbod- naar meer vraaggestuurde zorg te komen. De bezorgdheid over de kwaliteit van zorg bij burgers en het parlement voeden echter de twijfel over de ingeslagen weg en versterken de roep om meer regels, meer controle en dus ... meer overheid. Deze roep wordt bovendien verder versterkt door de wereldwijde kredietcrisis, die pijnlijk duidelijk heeft gemaakt waartoe volledig vrije marktwerking en falend toezicht kunnen leiden.

De minister staat voor een dilemma

De minister van VWS onderkent de ernst van het probleem en ziet zich geplaatst voor een dilemma. Enerzijds de indringende vraag naar meer overheidsingrijpen om de kwaliteit van zorg te borgen, anderzijds de behoefte aan meer ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om beter tegemoet te kunnen komen aan de vraag van patiënten. Hoe zijn deze ogenschijnlijk onverenigbare doelstellingen te realiseren?

Dit advies reikt oplossingen aan

In zijn advies beantwoordt de Raad de vraag hoe de kwaliteit van zorg (beter) te borgen is in een stelsel van gereguleerde marktwerking.

1.2 Probleemanalyse

Het dilemma speelt ook in andere sectoren

Het geschetste probleem is niet uniek voor de zorgsector. Ook andere sectoren waarin private organisaties (semi) publieke diensten verlenen, zoals wonen en onderwijs, worstelen met de vraag hoe de kwaliteit van de dienstverlening te garanderen is bij een verder terugtrekkende overheid.

Voorstellen voor een oplossing vertonen parallellen: grip van overheidswege op het bestuur en interne toezicht van organisaties die publieke diensten verlenen

Wat daarbij opvalt, is dat de oplossing vaak gezocht wordt in versterking van de (private) governance van de dienstverlenende instellingen door nadere wettelijke eisen aan de bestuursstructuur van die organisaties te stellen. Een voorbeeld daarvan is het wetsvoorstel Maatschappelijke Onderneming, waarin onder meer wordt voorgesteld een nieuw orgaan - een belanghebbendenraad - aan de bestuursstructuur van maatschappelijke ondernemingen toe te voegen. Een ander voorbeeld is het pleidooi van enkele Kamerleden (motie Van der Veen c.s.) om de (de)centrale overheid een benoemingsrecht te geven voor leden van het interne toezichthoudend orgaan van instellingen die maatschappelijke diensten verlenen.

Dit wordt ook voor de zorg voorgestaan

Deze oplossingsrichting - het aangrijpen van de bestuursstructuur om meer grip te krijgen op het reilen en zeilen van instellingen met een maatschappelijke taak - is breed verspreid in het denken. Ook in de zorgsector. Aanname daarbij is dat zorginstellingen met een sterk ontwikkeld intern governancestelsel vertrouwen verdienen. Daardoor zal het - zo wordt verondersteld - gemakkelijker zijn voor de overheid om 'los te laten' en krijgen zorgaanbieders de ruimte om te ondernemen. De patiënt/cliënt zou in dit interne governancestelsel een prominente positie moeten innemen. Op die manier zou tevens worden bereikt dat de zorginstelling een (hernieuwde) maatschappelijke verankering krijgt.

Volgens de Raad is dit niet de juiste weg:

- zorginstellingen zijn privaatrechtelijke organisaties en geen verlengstuk van de overheid

- de dieper liggende oorzaken worden niet aangepakt

- ook de overheid is onderdeel van het probleem

De Raad onderschrijft het belang van een goed ontwikkeld intern governancestelsel, maar hij betwijfelt of het aangrijpen van de bestuursstructuur van zorginstellingen de juiste oplossingsrichting is. Hij heeft hiervoor een aantal redenen.

In de eerste plaats wordt hiermee aan het interne governancestelsel van zorginstellingen een 'brugfunctie' tussen overheid en markt toegekend en dat is een fundamenteel onjuist uitgangspunt. Zorgaanbieders geven weliswaar uitvoering aan de publieke belangen waarvoor de overheid verantwoordelijkheid draagt, maar zij zijn geen 'uitvoeringsorganisaties' c.q. behoren niet tot het overheidsdomein. Naast gelijkgerichte zijn er ook tegengestelde belangen tussen overheid en zorgaanbieders. Het zijn privaatrechtelijke organisaties, die in toenemende mate ondernemersrisico's lopen. Het interne governancestelsel dient dan ook primair het belang van de zorgonderneming. Het interne toezichthoudend orgaan - de Raad van Toezicht (RvT) - is geen verlengde arm van de overheid.

Daarnaast gaat deze oplossingsrichting geheel voorbij aan de oorzaken van matig of zelfs slecht functionerende interne governance. Grip (van overheidswege) op het bestuur en het interne toezicht van zorgorganisaties - door meer mogelijkheden te creëren om het bestuur aan te spreken, verantwoordelijk te stellen en zo nodig te corrigeren, of het handelen van het bestuur aan striktere regels te binden - geeft als zodanig geen garantie dat het wel goed zit - of komt - met de kwaliteit van zorg. Zo is niet uitgesloten dat het bestuur onvoldoende bevoegdheden of mogelijkheden heeft om zijn verantwoordelijkheden waar te maken. Ook is denkbaar dat het interne toezichthoudende orgaan onvoldoende is toegerust om zijn taak te vervullen. De 'oplossing' kan wel eens een lege huls blijken te zijn, als niet vanuit het primaire proces wordt gekeken naar de dieper liggende oorzaken van het probleem.

Ten slotte getuigt deze oplossingsrichting van een (te) eenzijdige blik. De gesignaleerde problemen zijn vooral te herleiden tot rolonduidelijkheid en rolonvastheid van betrokkenen. Het stelsel van gereguleerde marktwerking brengt een herverdeling van verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden met zich mee, maar deze zijn nog onvoldoende uitgekristalliseerd en afgebakend. De realiteit van het nieuwe stelsel - de Zorgverzekeringswet, de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet toelating zorginstellingen - heeft zich nog niet genesteld in de politiek-bestuurlijke beleving van het sturingsmechanisme. Men heeft marktwerking nog geen plaats weten te geven in relatie tot de traditionele sturing door de overheid. Daarmee is ook de rol(opvatting) van de overheid onduidelijk en derhalve onderdeel van het probleem.

Essentie van het probleem is rolonduidelijkheid en rolonvastheid van betrokkenen in het nieuwe zorgstelsel

Doordat verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van overheid en veldpartijen onvoldoende scherp zijn afgebakend, lopen verschillende sturingsmechanismen - overheidsregulering en marktordening - door elkaar heen. Daardoor ontstaat in de sector het beeld van inconsistentie, van een overheid die op meerdere gedachten hinkt: enerzijds marktordening (versterken ondernemersrisico, vervallen omzetgaranties), anderzijds overheidsregulering die beduidend verder gaat dan het bewaken van de grenzen van het systeem. Dit scheidt rechtsonzekerheid ('regels kunnen zo veranderen') en werkt een afwachtende houding van zorgaanbieders in de hand.

Dit werkt wederzijds wantrouwen in de hand

Een ander gevolg van een diffuse verantwoordelijkheidsverdeling is dat er lacunes kunnen bestaan. Dat wil zeggen dat geen van de betrokkenen een bepaalde verantwoordelijkheid tot de zijne rekent. Dit effect kan zich zowel voordoen in de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en zorgaanbieders, als binnen zorgorganisaties; tussen bestuur, toezichthoudend orgaan (RvT) en de daar werkzame zorgverleners.

De sleutel ligt dus in een scherpere toedeling van verantwoordelijkheden

Wij zoeken de oplossing dan ook in een scherpere verantwoordelijkheidsverdeling op beide niveaus. In de verhouding tussen overheid en zorgaanbieders zoeken we naar een scherpere afbakening van het publieke en het private domein, opdat de verschillende sturingsmechanismen die daarbij horen consequenter kunnen ingezet en lacunair geregelde verantwoordelijkheden worden toebedeeld. Vervolgens richten we onze blik op de zorgorganisaties en de geledingen daarbinnen, die samen borg moeten staan voor de kwaliteit van zorg. Wat is in deze de positie de verantwoordelijkheid en de taak van de Raad van Toezicht en hoe verhouden deze zich tot die van het bestuur? Hoe zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden verdeeld tussen het bestuur en de professionals? Zijn deze sluitend en in balans?

1.3 Aanpak

De Raad heeft onderzoek gedaan en achtergrondstudies laten uitvoeren

De Raad heeft voor zijn onderzoek bestaande literatuur en onderzoeksrapporten bestudeerd en deskundigen geconsulteerd. Hij heeft twee externe achtergrondstudies laten verrichten: 'Toezicht in de zorgsector: een balancerend evenwicht' door mr. M. Hubner, USG Juristen (voorheen UJG, Utrechts Juristen Groep) en 'All for one, one for all. Over afstemming van prestatieindicatoren voor ziekenhuizen' door drs. H.G. van der Voort en drs. E. Kerpershoek, TU Delft. Daarnaast zijn twee interne achtergrondstudies uitgevoerd: een studie naar de positie van cliënten in de governance van zorginstellingen door dr. W. van der Kraan en een notitie over kwaliteitsnormen en begrippen door drs. H. Emanuel-Vink. De achtergrondstudies zijn via de website van de RVZ te downloaden.

en heeft deskundigen geraadpleegd

De Raad is in zijn adviesvoorbereiding bijgestaan door een klankbordgroep. In de eindfase van de voorbereiding is een commissie bereid gevonden het conceptadvies te toetsen. De samenstelling van de klankbordgroep, van de toetsingscommissie en de geconsulteerden tijdens het adviestraject kunt u vinden in bijlage 1.

1.4 Afbakening adviesdomein

Focus op kerntaak van zorginstellingen: kwaliteit van zorg

Het advies gaat over de borging van kwaliteit van zorg door corporate governance. De Raad ziet kwaliteit van zorg als de kerntaak van zorginstellingen, hun *raison d'être*. Publiek belang en instellingsbelang zijn hier complementair. Het advies richt zich in zijn analyse en aanbevelingen op degenen die primair verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg: de overheid, de zorgaanbieders en de daaraan verbonden zorgprofessionals. De rol en positie van andere betrokkenen, zoals zorgverzekeraars, cliënten, externe kapitaalverschaffers, externe toezichthouders, komen uitsluitend aan de orde voor zover zij van invloed (kunnen) zijn op de (borging van) kwaliteit van zorg.

en de rol van degenen die daarvoor primair verantwoordelijk zijn

In het advies wordt regelmatig de term 'governance' gebruikt. Daarvan zijn vele definities in omloop. In ruime zin heeft het begrip betrekking op alles wat invloed heeft op het sturen en borgen van transacties en processen in organisaties. Wij beperken ons in dit advies tot de bestuurlijke verhoudingen in zorginstellingen, voor zover die betrekking hebben op de kerntaak: de kwaliteit van de patiëntenzorg. Hierbij past de kanttekening dat kwaliteit in de ogen van de RVZ sterk samenhangt met doelmatigheid. Als de kwaliteit van zorg tekortschiet, heeft dit een negatief effect op de doelmatigheid (zie verder zijn advies Schaaf en Zorg, 2008).

Relatief veel aandacht gaat uit naar de medisch-specialistische zorg

Het advies heeft zowel betrekking op zorginstellingen in de curatieve als in de langdurige zorg. Met dien verstande dat relatief veel aandacht uitgaat naar de medisch-specialistische zorg. Dat heeft twee redenen: 1) incidenten rondom patiëntveiligheid doen zich vooral in deze deelsector voor; 2) de besturing van ziekenhuizen, inclusief het sturen op kwaliteit, is door de positie van medisch specialisten complex.

Over gepast financieel toezicht op zorginstellingen brengt de Raad een apart advies uit

Recentelijk is veel te doen over zorginstellingen die (mede) als gevolg van mismanagement in financiële problemen zijn geraakt. Dit roept vragen op over zowel het externe als het interne financiële toezicht op zorginstellingen. De Raad beantwoordt deze vragen niet in dit advies, maar in een advies over steunverlening, dat medio 2009 zal verschijnen. De vraag naar gepast financieel toezicht op zorginstellingen is complex en rechtvaardigt een eigenstandig advies. Het antwoord op deze vraag hangt namelijk sterk af van de prealabele vraag of c.q. onder welke omstandigheden de overheid gehouden is tot steunverlening aan zorginstellingen die (bijna) in staat van faillissement verkeren. Als steunverlening

aangewezen is, ligt het immers voor de hand dat zij (nadere) eisen of voorwaarden stelt/moet kunnen stellen aan het financiële beleid van en toezicht op zorginstellingen.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 is gewijd aan de verhouding tussen overheid en zorgaanbieders. In de hoofdstukken 3 en 4 gaan we in op de bestuurlijke verhoudingen binnen zorgorganisaties: de relatie Raad van Toezicht : Raad van Bestuur (hoofdstuk 3) en de relatie Raad van Bestuur : medisch specialist(en) (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 5 presenteert de Raad een voorstel, waarin de belangrijkste conclusies uit de voorgaande hoofdstukken met elkaar worden verbonden. Hoofdstuk 6, ten slotte, bevat het advies en de aanbevelingen.



2 Rolverdeling tussen overheid en zorgaanbieders

2.1 Inleiding: afbakening van het publieke en private domein

Verantwoordelijkheden moeten scherper worden afgebakend

Het stelsel van gereguleerde marktwerking schept nieuwe verhoudingen tussen overheid en zorgaanbieders. Maar deze hebben nog onvoldoende hun beslag gekregen. Duidelijk is wel dat in de verhouding een zekere spanning zit. Enerzijds moet de overheid meer afstand nemen om zorgaanbieders de ruimte te geven, zodat zij beter kunnen inspelen op de veranderende zorgvraag van de patiënt/cliënt. Anderzijds moet zij het handelen van zorgaanbieders kunnen (bij)sturen om haar verantwoordelijkheid voor de publieke belangen waar te kunnen maken. Waar de grens tussen beide ligt, is echter niet duidelijk. Dit leidt tot rolonduidelijkheid en rolonvastheid.

door onderscheid te maken tussen het publieke en het private domein

Om meer duidelijkheid te scheppen, is een heldere markeringslijn nodig, die het publieke en het private domein scherper afbakt. Dat biedt houvast en maakt de spanning beter te hanteren.

2.2 Het publieke domein

Publieke belangen

De overheid is verantwoordelijk voor de publieke belangen: toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg

Aangrijpingspunt voor de afbakening van het publieke domein zijn de publieke belangen. Op grond van artikel 22 van de Grondwet rust op de overheid de verplichting ervoor te zorgen dat iedere Nederlandse ingezetene tegen een redelijke prijs toegang heeft tot kwalitatief goede gezondheidszorg. Met andere woorden: de overheid is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de gezondheidszorg. Dit zijn de publieke belangen in de zorg, zoveel is helder. Onduidelijk is echter wat deze publieke belangen precies inhouden en welke normen daarvoor (moeten) gelden.

Het is onduidelijk wat deze begrippen inhouden

De recente discussie over de bereikbaarheid van de zorg maakt dit duidelijk. Kamerleden maken zich zorgen over schaalvergroting in de zorg, omdat dit de toegankelijkheid van de zorg in gevaar zou brengen. Maar wanneer is dat het geval? Moet 'de zorg' in alle gevallen binnen een uur, een dag of een week bereikbaar zijn, of vormen de kosten die een patiënt moet maken om ter plaatse te komen de toetssteen? Dat is niet duidelijk en in de parlementaire discussie ook niet nader geëxpliciteerd.

Dit leidt tot verwarring en verwachtingen, die niet altijd worden waargemaakt

Soms worden ook belangen opgeworpen die stilzwijgend tot publiek belang lijken te worden verheven. Zo vonden enkele Kamerleden dat een halt moest kunnen worden toegeroepen aan voorgenomen fusies, omdat daardoor 'de menselijke maat' en 'de leefbaarheid' in het gedrang zouden

kunnen komen. Maar zijn dit überhaupt publieke belangen? En zo ja, zijn het dan eigenstandige publieke belangen of zijn het aspecten van het publieke belang kwaliteit? En welke eisen vloeien hieruit voort voor de (organisatie van de) zorg? Ook hier wreekt zich het ontbreken van een nadere duiding en normering van het (al dan niet) in het geding zijnde publieke belang.

De overheid moet de publieke belangen nader duiden

Specificeren, normeren en prioriteren van publieke belangen

De publieke belangen zijn dus onvoldoende gespecificeerd en genormeerd. Hier ligt een taak voor de overheid, die prioriteit verdient. Ze moet de publieke belangen operationaliseren, d.w.z. specificeren en normeren.

Dat is in het nieuwe stelsel een kerntaak

Hoe je het ook wendt of keert: voordat de overheid zorgaanbieders kan aanspreken op het in acht nemen van een bepaald publiek belang, zal ze toch eerst duidelijk moeten maken wat daarvoor als norm geldt. Anders valt niet te toetsen. Dan wordt de duiding van publieke belangen - inclusief de normstelling - overgelaten aan de toezichhouder of aan de rechter, terwijl dit een politiek besluit hoort te zijn.

Omdat de publieke belangen tegenstrijdig kunnen zijn, moet de overheid ook de rangorde aangeven

Bovendien dient ze de rangorde van de verschillende publieke belangen vast te stellen. De publieke belangen kunnen namelijk tegenstrijdige eisen stellen. Zo kan het omwille van de kwaliteit van zorg noodzakelijk zijn bepaalde zorgfuncties te concentreren - bijvoorbeeld omdat een minimumaantal verrichtingen van een bepaald type per jaar vereist is om de noodzakelijke vaardigheid te behouden. Dat kan ten koste gaan van de bereikbaarheid/toegankelijkheid. Welk belang gaat dan voor?

De Raad is van mening dat in dat geval kwaliteit van zorg vóór betaalbaarheid en toegankelijkheid gaat, mits de toegankelijkheid van de acute zorg gegarandeerd is. Zie zijn advies Schaal en Zorg, 2008.

In de volgende subparagraaf geeft de Raad handreikingen voor het operationaliseren van het publieke belang 'kwaliteit van zorg'.

De wettelijke omschrijving van kwaliteit biedt weinig houvast; hierdoor kan het zorgstelsel niet goed werken

Operationalisering van het publieke belang 'kwaliteit': basisnormen

Kwaliteit van zorg is een veelomvattend begrip. De wettelijke norm is 'verantwoorde zorg' d.w.z. 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 (art. 2 Kwaliteitswet zorginstellingen). Maar dit zegt nog niet veel. Het ontbreken van concrete, toetsbare normen voor kwaliteit vormt de achilleshiel van het nieuwe zorgstelsel. Zorgverzekeraars moeten met elkaar concurreren om de gunst van verzekeren. Dat doen zij (idealiter) door zorg in te kopen van goede kwaliteit tegen redelijke prijs. Zorgaanbieders concurreren vervolgens met elkaar om de gunst van de zorgverzekeraar en van de patiënt. Zolang onvoldoende duidelijk is aan welke eisen zorg(diensten) ten minste moeten

voldoen en niet getoetst kan worden of geleverde diensten daadwerkelijk aan deze basale eisen voldoen, kan dit systeem niet werken.

Basisnormen

Er moeten basisnormen voor kwaliteit komen, waaraan zorg ten minste moet voldoen

Het is dan ook noodzakelijk om normen voor kwaliteit vast te stellen. In de brede definitie omvat kwaliteit van zorg drie velden: de patiëntveiligheid (schade voorkomen), de klantgerichtheid (zorg sluit aan bij wens patiënt) en de doelmatigheid (zorg voldoet aan de standaard, is goed georganiseerd en kosteneffectief). Voor dynamiek in het zorgstelsel is het nodig de normering maar op een gedeelte van dit brede terrein van toepassing te verklaren. Dat is ook verantwoord. Alleen het deel van de kwaliteit dat onverbreekbaar met het publiek belang is verbonden, dat tot het publiek domein behoort, dient genormeerd te worden. Vandaar het predikaat 'basisnormen'. De aldus gedefinieerde kwaliteitsaspecten behoren zorgaanbieders zonder meer te realiseren. Op in gebreke blijven moeten sancties staan: Zorg die niet aan de norm voldoet, mag niet worden geleverd, verkocht, aangeboden en ingekocht.

Voor andere kwaliteitsaspecten geldt: verschil maken mag

Niet alle kwaliteit behoort dus tot het publiek domein. Hiermee is niet gezegd dat kwaliteitsaspecten die buiten het publieke domein vallen onbelangrijk zijn; wel dat op deze aspecten onderscheid mogelijk en zelfs wenselijk is. Hier mag - en moet - de markt zijn werk kunnen doen.

Basisnormen hebben betrekking op patiëntveiligheid

Eisen waaraan zorg(diensten) ten minste, dat wil zeggen vanuit het publieke belang geredeneerd, moeten voldoen zijn:

- a) Patiëntveiligheid. Deze eis houdt in het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade - lichamelijk en/of psychisch, ontstaan door tekortkomingen van het zorgsysteem. Uit onderzoek is gebleken dat jaarlijks 1735 patiënten sterven door onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen (bron: Nivel/Emgo). Verder ondervindt 2% van de patiënten tijdens een opname vermijdbare schade door tekortkomingen in de zorgverlening. Om de patiëntveiligheid te verbeteren zijn meerdere projecten en activiteiten gestart, waaronder het landelijke veiligheidsprogramma 'Voorkom schade, werk veilig'.
- b) De professionele standaard. Dit vereiste houdt in dat zorg, verleend door een individuele hulpverlener, moet voldoen aan de voor die hulpverlener geldende standaard.

en op de professionele standaard

Normen voor patiëntveiligheid hebben ten dele betrekking op het professionele handelen (en zijn in zoverre verdisconteerd in de professionele standaard), maar hebben daarnaast ook betrekking op de organisatie van zorg; denk bijvoorbeeld aan minimum aantal FTE intensivisten voor IC's, voorgeschreven luchtdruk (behandeling) op OK-complexen). Het gaat hierbij in feite om de voorwaarden om verantwoord(e) zorg te kunnen leveren. Bij normen voor behandeling volgens de professionele

standaard gaat het om de zorg(leverantie) zelf, dat wil zeggen onderzoek en behandeling van patiënten.

Normeren is: uitdrukken in meetbare prestaties

Beide aspecten van kwaliteit moeten worden genormeerd in termen van voor belanghebbenden meetbare prestaties. Hoewel het concept basisnormen zeker nadere uitwerking behoeft, is de Raad van mening dat voor de normering de volgende leidraad als uitgangspunt moet dienen.

Voor patiëntveiligheid kan worden aangesloten bij prestatie-indicatoren

Ad a)

Zowel in de curatieve als in de langdurige zorg wordt gewerkt met een set prestatie-indicatoren, die een indruk geven van de mate waarin patiënten/cliënten onnodige risico's lopen. De indicatoren bevatten meetbare aspecten en genereren (in veel, maar niet in alle gevallen) uitkomsten. Wat in de curatieve zorg echter ontbreekt, zijn normen, waaraan de uitkomsten getoetst kunnen worden. De langdurige zorg is in dit opzicht een stap verder gevorderd; daarvoor is door de veldpartijen onlangs een 'Normenkader verantwoorde zorg' opgesteld. Ook dit kader bevat echter (nog) geen absolute normen. Vooral nog worden relatieve normen gehanteerd, te weten: de gemiddelde score/uitkomst. Een relatieve norm geeft echter onvoldoende garanties voor de patiëntveiligheid. Stel dat het gemiddelde aantal valincidenten bij intramuraal verblijvende cliënten 50% is. Een instelling scoort dan 'goed' als hij onder dat gemiddelde blijft. Maar het is evident dat dit gemiddelde te hoog ligt. Er zou op zijn minst een streefnorm aan gekoppeld moeten worden en als het kan zelfs een absolute norm.

Voor de professionele standaard vormen richtlijnen het aanknopingspunt, maar die ontbreken vaak en worden onvoldoende toegepast

Ad b)

Op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is een hulpverlener gehouden zorg te verlenen conform de voor hem geldende professionele standaard. Dat is hier de norm, die in dit geval proces- of inputgericht is. Voor zover die standaarden door de desbetreffende beroepsgroepen of wetenschappelijke verenigingen zijn opgesteld, liggen deze vast in richtlijnen. Richtlijnen ontbreken echter nog te vaak en voor zover ze er wel zijn, worden ze onvoldoende nageleefd.

Daarom is hier een tussenstap nodig: een norm voor de naleving van richtlijnen

De richtlijnontwikkeling dient derhalve voortvarender dan nu het geval is te worden aangepakt. Waar mogelijk dienen aan de standaard ook normen gekoppeld te worden waaraan de uitkomst van de behandeling getoetst kan worden. Omdat het slagen van de behandeling niet alleen afhankelijk is van het handelen van de zorgverlener(s), maar ook van de patiënt, van diens constitutie en medewerking, is dit zeker niet eenvoudig. Wat in ieder geval wel kan - en moet - gebeuren, is een indicator ontwikkelen waarmee kan worden gemeten hoe vaak richtlijnen door hulpverleners worden gevolgd. Ook daaraan is vervolgens een norm te koppelen, bijv. 80% naleving van richtlijnen. Omdat afwijking van de richtlijn in individuele gevallen noodzakelijk kan zijn, dient het toezicht op naleving van deze norm te zijn gebaseerd op 'pas toe of leg uit'.

De verantwoordelijkheid voor het vaststellen van basisnormen ligt bij de overheid.

Maar de feitelijke ontwikkeling moet door zorgprofessionals gebeuren.

Overheidsverantwoordelijkheid

Al in de zgn. Leidschendam-conferenties (1989-2000) is afgesproken dat 'het veld' nadere invulling zou geven aan de open geformuleerde wettelijke norm 'verantwoorde zorg'. Het is er - zoals hierboven aangegeven - tot dusver onvoldoende van gekomen. De overheid onderkent dit probleem, maar haar beleid in deze is te vrijblijvend. Zij ziet de ontwikkeling van kwaliteitsnormen als een verantwoordelijkheid van de veldpartijen (zie bijvoorbeeld de brief van de minister en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 27 juni 2008 over bereikbaarheid en kwaliteit van zorg, waarin staat dat aan veldpartijen 'zal worden gevraagd' kwaliteitsnormen te ontwikkelen). Vanzelfsprekend moeten normen door inhoudelijke deskundigen worden opgesteld - zij kennen de materie als geen ander - maar de verantwoordelijkheid dat die normen er komen en de autorisatie ervan rust op de overheid. De overheid moet onverkort duidelijk maken dat als het veld in gebreke blijft, zij de normstelling zelf voortvarend ter hand neemt. Ze moet hierin regie nemen. De minister van VWS heeft onlangs aangekondigd dit ook te gaan doen (zie Vaststelling begroting ministerie van VWS voor het jaar 2009; kamerstuk 2008-2009, 31700 XVI), maar laat de verantwoordelijkheidskwestie in dit beleidsvoornemen in het midden.

De basisnormen moeten wettelijk verankerd worden.

Wettelijke verankering

De (basis-)kwaliteitsnormen moeten vervolgens wettelijk verankerd worden. Dat is nodig omdat ze het publieke domein en de ministeriële verantwoordelijkheid markeren. Ze vormen de legitimatie voor overheidsingrijpen. Ze vormen ook richtsnoer voor en toetssteen van het handelen van veldpartijen.

om het handelen van veldpartijen te 'sturen'

Transacties tussen veldpartijen, zoals beoogd in het nieuwe zorgstelsel, moeten gericht zijn op het realiseren van meer kwaliteit tegen lagere kosten. Dat veronderstelt risico bij de partijen, competitie, scherpe onderhandelingen en selectief gedrag. Wettelijke verankering is nodig om te voorkomen dat concurrentie uitsluitend op kosten plaatsvindt en kwaliteit 'sluitpost' wordt.

en om de positie van patiënten te versterken.

De wettelijke basis is verder nodig om de zorgaanspraak te concretiseren en zodoende de positie van de patiënt te versterken. Het expliciteren van de eisen waaraan zorg (ten minste) moet voldoen stelt patiënten in staat het handelen van de zorgverlener te toetsen, kritische vragen te stellen en de zorgverlener of -aanbieder aan te spreken wanneer de zorg - zonder valide argument - niet aan de wettelijk geborgde eisen voldoet.

De wijze waarop zorgaanspraken zijn vastgelegd varieert van exact tot globaal. Soms is in de wet exact en gedetailleerd opgenomen waaruit de aanspraak bestaat. Een voorbeeld daarvan is de aanspraak op hulpmiddelen. De hulpmiddelen staan in de wet genoemd, evenals de voorwaarden waaronder een verzekerde recht heeft op een bepaald hulpmiddel (de indicatie). Andere aanspraken zijn echter in zeer algemene bewoordingen omschreven. Dat geldt met name voor de aanspraak op geneeskundige zorg.

Deze aanspraak omvat 'de zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden'. Op grond van het Besluit zorgverzekering wordt de inhoud en omvang van de zorg mede bepaald door 'de stand van de wetenschap en praktijk' en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door 'hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten'.

Om te weten waaruit de aanspraak precies bestaat, moet men dus zien te achterhalen welke zorg (onderzoek en behandeling) bij een bepaalde diagnose gebruikelijk is binnen de desbetreffende beroepsgroep. Dat is geen gemakkelijke opgave: er is geen goed toegankelijke vindplaats voor deze informatie; men moet te rade gaan bij de desbetreffende beroepsgroep. Wezenlijker is het gegeven dat voor veel aandoeningen niet is vastgelegd welke behandeling 'gebruikelijk' is. Een patiënt weet dus niet waarop hij precies aanspraak heeft.

Hoe wettelijk verankeren?

De minister heeft de bevoegdheid om kwaliteitsnormen wettelijk te verankeren, maar heeft daarvan tot nog toe geen gebruik gemaakt. Op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen zijn zorgaanbieders verplicht verantwoorde zorg aan te bieden. Deze wet bepaalt voorts dat hiertoe bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) nadere regels kunnen worden gesteld. Omdat de zorg en de zorgverlening dynamisch zijn en snel veranderen, onder invloed van onder andere technologie, veranderen ook de normen snel. Dit vraagt om een flexibele wijze van wettelijke verankering. Dat kan door in een AMvB niet de normen zelf, maar de wijze waarop ze tot stand komen dan wel de instantie die ze vaststelt op te nemen. Bijvoorbeeld: 'Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg die voldoet aan de op wijze X of door Y vastgestelde normen'.

Omdat zorg(verlening) dynamisch is, moet de wijze van verankering flexibel zijn

Het toezicht van overheidswege op de naleving van de normen voor patiëntveiligheid moet rigide en repressief zijn: niet naleven van de norm levert een sanctie op. Wat betreft de professionele standaard, dient het overheidstoezicht zich te beperken tot het naleven van de (vast te stellen) norm voor de frequentie waarmee richtlijnen worden gevolgd.

Het toezicht op de basisnormen moet repressief zijn

Vanzelfsprekend moeten de normen ook openbaar worden gemaakt. Deze informatie dient gekoppeld te worden aan de prestatie-informatie. Daarmee kunnen belanghebbenden (patiënten, zorgverzekeraars) toetsen in hoeverre zorgaanbieders daadwerkelijk voldoen aan de normen.

De normen moeten openbaar worden gemaakt

Wat zorgaanbieders moeten presteren behoort tot het publieke domein

De basisnormen - zijnde de operationalisering van de publieke belangen waarvoor de overheid eindverantwoordelijkheid draagt - en het toezicht op de naleving ervan vormen het publieke domein. Leidend sturingsprincipe is hier - zoals hierboven uiteengezet - overheidsregulering en -toezicht.

2.3 Het private domein

Hoe zorgaanbieders tot hun prestaties komen behoort tot het private domein

Datgene wat zorgaanbieders ten minste moeten leveren behoort dus tot het publieke domein; de wijze waarop zij dat doen behoort - binnen de kaders van het algemene recht - tot het private domein. Het leidende sturingsprincipe is hier: marktwerking. De taak van de overheid is in beginsel beperkt tot het scheppen van de juiste randvoorwaarden (met name risico-overdracht) en het bewaken van het systeem (dat wil zeggen: eerlijke mededinging en evenwichtige verhoudingen tussen marktpartijen).

Hier mag de markt zijn werk doen

In de wijze waarop zorgaanbieders tot hun prestaties komen en de middelen die ze daarvoor aanwenden, zijn zij dus in beginsel vrij, met dien verstande dat zij wel te allen tijde moeten voldoen aan eisen die voortvloeien uit algemene wet- en regelgeving, zoals het arbeidsrecht, het mededingingsrecht etc. Hier ontstaat ruimte voor ondernemerschap. Die ruimte zit vooral in de bedrijfsvoering: inrichting van de organisatie, logistieke processen en service. Op deze aspecten kunnen zorgaanbieders zich onderscheiden en dat werkt innovatie in de hand. Hier moet de markt zijn werk doen.

Het interne governancestelsel

Good governance is geen doel, maar hulpmiddel

Wat is dan de plaats en functie van het interne governancestelsel? In deze visie is 'good governance' geen prestatie, maar een hulpmiddel. Een goed functionerend governancestelsel komt ongetwijfeld het presteren van een instelling ten goede en vertaalt zich vroeg of laat in betere kwaliteit van zorg, maar is geen doel op zichzelf. Naarmate zorgbestuurders meer risico's en meer marktprikkels ondervinden en de vraagzijde zich sterker ontwikkelt, zal de behoefte aan sterke interne countervailing power toenemen.

Hier ligt geen taak voor de overheid

In onze visie ligt hier geen taak voor de overheid. Zij moet dus geen nadere wettelijke eisen aan de interne governance van zorgaanbieders stellen. Dat kan zelfs contraproductief zijn: het leidt tot verdere institutionalisering, leidt de (bestuurders)aandacht af van de core business en vermindert de slagvaardigheid van de instelling.

En dus ook niet voor een wettelijk recht op goed bestuur

De Raad is dan ook geen voorstander van een wettelijk 'recht op goed bestuur', zoals verwoord in het programma 'zeven rechten voor de cliënt in de zorg. Investeren in de zorgrelatie' (Kamerstuk 2007-2008, 31476

nr.1). Het is de bedoeling dat deze wet, waarin afdwingbare rechten van patiënten zullen worden opgenomen, een publiekrechtelijk karakter krijgt. De implicatie daarvan is dat de publiekrechtelijke toezichthouder (IGZ) toeziet op de naleving ervan. Daarmee ontstaat publiekrechtelijk toezicht op het bestuur en op het interne toezichthoudende orgaan van zorginstellingen. Dat strookt niet met de plaats en positie van het interne governancestelsel van zorginstellingen, het private domein. Weliswaar heeft de IGZ tot taak toe te zien op de naleving van wet- en regelgeving en dus ook of aan de bestaande vereisten zoals vastgelegd in het Uitvoeringsbesluit WTZi is voldaan, maar dit toezicht is louter beperkt tot procedurele of vormvereisten en strekt zich niet uit tot het functioneren van het bestuur en/of het toezichthoudende orgaan. Mogelijkheden om het functioneren van deze organen aan de kaak te stellen zijn er binnen het privaatrecht (o.a. enquêterecht) en horen daar ook thuis. In paragraaf 3.3 komt de Raad hier uitvoeriger op terug.

Medezeggenschap van cliënten

Voor medezeggenschap van cliënten is het standpunt genuanceerder

Een genuanceerder standpunt is nodig waar het gaat om de medezeggenschap van cliënten. Op dit moment is de instelling van een cliëntenraad voor alle zorginstellingen verplicht op basis van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector (WMCZ). De vraag is echter of verplichte medezeggenschap van cliënten zich verdraagt met een stelsel van gereguleerde marktwerking. Het 'bindt' de cliënten in wezen aan de instelling; het duwt hen in de rol van gecommiteerd gesprekspartner, waardoor de rol van kritische toezichthouder vermindert. Daarnaast roept deze verplichte vorm van medezeggenschap vragen op over representativiteit, met name in de kortdurende zorg. Waarom zou de redenering dan niet kunnen zijn dat in een meer marktgerichte omgeving instellingen er alle belang bij hebben hun afnemers te betrekken bij strategievorming en beleid en dat er dus geen aanleiding is om hiervoor een wettelijke verplichting te treffen c.q. in stand te houden? Anderzijds: de marktwerking is nog in een beginstadium van ontwikkeling en een 'exit'optie (kiezen voor een andere zorgverlener) is niet altijd voorhanden of reëel.

Medezeggenschap in de vorm van een cliëntenraad (blijft) verplicht voor instellingen die 'verblijf' leveren

Het standpunt van de Raad in deze is als volgt: Vanwege de langdurige (of zelfs permanente) verbondenheid van cliënten met de instelling, en de daaruit volgende afhankelijkheid en verwevenheid met het dagelijkse leven van cliënten, blijft een voorgeschreven vorm van medezeggenschap verplicht voor instellingen die langdurig verblijf leveren. Als het scheiden van wonen en zorg realiteit wordt - iets waarvoor de Raad al jaren pleit - dient de (reeds) verplichte medezeggenschapsvorm verbonden te worden met het wonen. De cliënten- of liever bewonersraad dient vooral inspraak en medezeggenschap te hebben inzake aangelegenheden die de directe leefomgeving van de cliënt/bewoner betreffen. Voor het zorgdeel moet gelden dat medezeggenschap van cliënten wel verplicht is, maar dat de vorm wordt vrijgelaten.

Voor instellingen die kortdurende zorg leveren is medezeggenschap verplicht, maar moet de vorm worden vrijgelaten

Ook voor kortdurende zorg en verblijf acht de Raad het van belang om medezeggenschap van cliënten wel verplicht te stellen, maar de vorm vrij te laten. Daarmee is de ondergrens geborgd, maar kan meer recht worden gedaan aan de diversiteit in de praktijk. Daarin zien we het gebruik van andere instrumenten om de betrokkenheid en participatie van cliënten/patiënten toenemen. Voorbeelden daarvan zijn consumentenpanels en de coöperatieve vereniging als rechtsvorm voor de zorginstelling.

De Raad neemt op dit punt afstand van het wetsvoorstel Maatschappelijke Onderneming

De Raad deelt hiermee niet de lijn, die door het Ministerie van Justitie is uitgezet in het wetsvoorstel Maatschappelijke Onderneming (MO). In dit voorstel wordt, zoals gezegd, een belanghebbendenvertegenwoordiging geïntroduceerd, die medezeggenschap krijgt ten aanzien van het beleid van een zorginstelling. De concrete invulling van dit orgaan wordt vrijgelaten. Een smalle invulling (cliënten, werknemers) voegt niets toe aan de huidige positie van cliënten- en ondernemingsraden. Een brede invulling levert een bonte verzameling stakeholders op met intern tegenstelde belangen. Dit zet de bestuurlijke slagkracht van de organisatie onder druk en past niet in een stelsel van gereguleerde marktwerking, waarin zorginstellingen met elkaar moeten concurreren om de gunst van patiënten, zorgverzekeraars en andere stakeholders.

Checks and balances zorgen voor evenwichtige verhoudingen

Toezicht

In het private domein is het externe toezicht overwegend horizontaal van aard; het wordt gevormd door de checks and balances die voortvloeien uit marktwerking. Zorginkopers (zorgverzekeraars en patiënten) sturen met hun preferenties het handelen van zorgaanbieders.

De NZa bewaakt de ontwikkelingen en corrigeert zo nodig verstoringen

Ruimte voor zorgaanbieders om zich van anderen te onderscheiden bevindt zich vooral in dit domein. Wel is het zaak de marktontwikkelingen te volgen; zorgaanbieders met een dominante marktpositie kunnen die positie misbruiken of ongevoelig worden voor de druk van buiten. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft hierin een belangrijke taak. Zij volgt de marktontwikkelingen en het marktgedrag op de voet en heeft de bevoegdheid in te grijpen als deze dreigen te ontsporen.

De overheid staat in het private domein op afstand

Deze vorm van toezicht van overheidswege past in het stelsel van gereguleerde marktwerking. Zoals gezegd, behoort de wijze waarop zorgaanbieders tot hun prestaties komen tot de vrije ondernemersruimte. Deze vrijheid mag door de overheid alleen dan verder worden ingeperkt, wanneer er concrete aanwijzingen zijn dat (de) publieke belangen in gevaar komen én de sector bovendien niet in staat is dit gevaar zelf af te wenden. Als dit het geval is, dient de overheid zich primair te richten op verbetering van de werking van het systeem. Dat wil zeggen: versterken van de checks and balances in het systeem. Pas in laatste instantie is directief ingrijpen door middel van (publiekrechtelijke) geboden of verboden aan de orde. Met andere woorden: de overheid dient hier het 'subsidiariteitsbeginsel' in acht te nemen.

2.4 Verbinding tussen publiek en privaat domein

Basisnormen zijn een voorwaarde voor marktwerking

Het publieke en private domein zijn van elkaar te onderscheiden, maar bestaan niet los van elkaar. Ze beïnvloeden en versterken elkaar. Kwaliteit moet meer dan nu het geval is leidend worden in de onderhandelingen over zorg. Het moet zich ook kunnen vertalen in de prijs die ervoor betaald wordt. Maar in ieder geval in afzet. Zorginkopers (zorgverzekeraars, soms ook de patiënt) willen tegen redelijke prijs de best mogelijke zorg inkopen. Dat werkt alleen als zij weten waar die zorg te koop is. Kwaliteitsnormen en transparantie over gerealiseerde kwaliteit zijn daarvoor noodzakelijke voorwaarden. Als duidelijk is hoe zorginstellingen ten opzichte van elkaar en van de normen ‘scoren’, ontstaat een prikkel tot continue kwaliteitsverbetering. Slecht en middelmatig presterende aanbieders prijzen zich uit de markt.

Dat werkt ook andersom:

Kwaliteitsnormen en transparantie over gerealiseerde kwaliteit vormen dus een *conditio sine qua non* voor een goede werking van de markt. Andersom draagt de markt ook bij aan kwaliteitsverbetering in het publieke domein.

Marktwerking helpt om de basisnormen aan te scherpen

Een voorbeeld ter verduidelijking: Stel, het percentage postoperatieve wondinfecties in ziekenhuizen is gemiddeld 5%. Dat is dan de relatieve norm. Als geheel volgens de infectiepreventierichtlijnen wordt gewerkt zou dit percentage maximaal 1 mogen bedragen (absolute norm). Hoe bereik je die situatie? Denkbaar is een zekere marge toe te staan; bijv. tot 3% is nog juist binnen deze norm, daarboven heeft de aanbieder een serieus probleem; dan is sprake van onverantwoorde zorg. In beginsel geldt dan een verbod op het leveren van die zorg. Zelfs zonder zo'n verbod zal de zorgverzekeraar niet willen inkopen van zorgaanbieders die boven de 3% scoren. Zorgverzekeraars zullen vooral willen inkopen bij aanbieders met de laagste score. Zij kunnen zich namelijk steeds minder onderscheiden op premiehoogte en service en dus ‘resteert’ kwaliteit als middel om verzekerden aan te trekken. Aldus worden instellingen die nog juist binnen de norm presteren gestimuleerd de absolute norm te halen.

2.5 Toezicht en verantwoording in transitie(fase)

De overheid ziet toe op de naleving van de basisnormen voor kwaliteit. De verantwoordelijkheid van de publiekrechtelijke toezichthouder is voorts toe te zien op naleving van (overige) wet- en regelgeving door zorgaanbieders.

Er is nog een weg te gaan voordat toezicht op uitkomsten mogelijk is

De gewenste ‘eindsituatie’ is die waarin het overheidstoezicht zoveel mogelijk op gerealiseerde uitkomsten, ofwel prestaties, plaatsvindt. Dit zal overigens nimmer geheel te realiseren zijn, omdat voor de uitkomsten de inbreng van de patiënt een wezenlijke is; zorg is in toenemende mate een

coproductie tussen zorgverlener en patiënt. Zolang transparantie over de geleverde prestaties onvoldoende is, zal de publiekrechtelijke toezichhouder zich tevens moeten verlaten op proces- en structuurindicatoren om het functioneren en presteren van zorgaanbieders te kunnen beoordelen. Nadeel van dergelijke indicatoren is dat ze slechts indirecte aanwijzingen ('circumstantial evidence') voor de kwaliteit van zorg leveren en dus onvoldoende legitimerend zijn. Bovendien leiden ze tot onnodige administratieve lastendruk en bureaucratie.

De IGZ kan het proces versnellen

Hoe kan het externe toezicht bijdragen aan de gewenste eindsituatie? De IGZ legt openbaar verantwoording af over zijn bevindingen. Hij dient daartoe een model te hanteren waarop hij zorginstellingen 'scoort'. Elementen daarin zijn: voldoet de instelling aan de basisnormen, leeft ze overige wet- en regelgeving na, heeft ze een functionerend kwaliteitsstelsel, een veiligheidsmanagementsysteem, is ze gecertificeerd, heeft ze een functionerend systeem voor de behandeling van klachten etc. Daarmee wordt tevens gebruik gemaakt van (toezicht)arrangementen die de sector zelf ontwikkelt.

Door zorgaanbieders in prestatieclassen in te delen en toezicht daarop af te stemmen

Op basis van deze score deelt de IGZ zorgaanbieders in klasse A, B of C in: aanbieders in klasse A presteren goed tot zeer goed; in klasse B middelmatig en in klasse C onder de maat. Dit levert het beeld op van een kleine groep achterblijvers, een grote middenmoot en een kleine groep koplopers. De IGZ moet het toezicht daarop afstemmen: repressie bij de eerste groep, begeleiden en stimuleren van de middenmoot en belonen van de derde groep. Doordat het scoremodel overzichtelijk is, is vergelijking gemakkelijk te maken (in één oogopslag). Dat stimuleert sterk tot verbetering; iedereen wil bij de top behoren. Het stimuleert ook marktwerking; zorginkopers kunnen er hun voordeel mee doen.

Dit model kan verder verfijnd worden

Het indelen in prestatieclassen moet om die reden ook na de transitiefase gecontinueerd worden. De indeling kan dan gebaseerd worden op uitkomstmaten (basisnormen). Dat biedt tevens de mogelijkheid om in het model te differentiëren naar prestatieklasse per functioneel niveau (specialisme, zorgpad of zorgketen).

2.6 Conclusies

Welke rol heeft de overheid bij het borgen van de kwaliteit van zorg, in een systeem van gereguleerde marktwerking? Uitgangspunt voor de Raad is dat haar inmenging moet stroken met de beginselen van het systeem, en er niet tegenin werkt.

De verantwoordelijkheid van de overheid is gemarkeerd:

Dat betekent dat de overheid zich beperkt tot het stellen van normen voor zaken die tot het publieke belang behoren, de noodzakelijke randvoorwaarden schept voor checks and balances, en toeziet op de naleving van de gestelde normen. Hoe zorgaanbieders tot hun resultaten komen is aan hen. Daar zit ruimte voor ondernemerschap. Daar kunnen zij concurreren.

Vaststellen van basisnormen, toezicht op naleving en openbaar maken normen en prestaties

De overheid dient concrete, toetsbare normen vast te stellen voor patiëntveiligheid en voor het gebruik van de professionele standaard en deze wettelijk te verankeren. Het toezicht op de naleving van deze normen moet robuust zijn. Voldoen zorgaanbieders niet aan de basisnormen, dan moet de overheid repressief optreden. Openbaar maken van bevindingen, bijvoorbeeld door de Inspectie, is een belangrijk instrument. Dat kan helpen om de kwaliteit verder te verbeteren, en de werking van de markt te stimuleren. Om dit te bespoedigen dient de IGZ een model te ontwikkelen op basis waarvan zorgaanbieders in een prestatieklasse worden ingedeeld.

Hoe zorgaanbieders tot prestaties komen bepalen zij zelf

Overheidsinmenging in de interne aangelegenheden van zorgaanbieders moet beperkt blijven. Dat is alleen anders als publieke belangen in gevaar zijn én de sector dit gevaar niet zelf kan afwenden. De overheid moet ook afzien van publiekrechtelijk toezicht op het interne bestuur en toezicht.

Daar ontstaat ruimte voor ondernemerschap

De regeling van de medezeggenschap van patiënten/cliënten is aan herijking toe. De verplichting om medezeggenschap van patiënten/cliënten te regelen moet in stand blijven, maar de vorm moet worden vrijgegeven voor zorginstellingen die kortdurende zorg leveren. Vormvrijheid zou ook moeten gelden voor instellingen die langdurige zorg leveren, maar dan moeten wonen en zorg wel gescheiden worden. Zolang dit niet het geval is, moet de verplichting om een cliëntenraad in te stellen voor aanbieders van langdurige zorg in stand blijven.



3 Positionering van het interne toezicht

3.1 Inleiding

We nemen nu de zorgaanbieders onder de loep

In het vorige hoofdstuk werd onderzocht welke rol de overheid speelt bij het borgen van de kwaliteit van zorg, en wat daarbij tot haar verantwoordelijkheid behoort. Nu richten we de blik op de zorgaanbieders. In dit hoofdstuk wordt de rol van de Raad van Toezicht onder de loep genomen; in het volgende hoofdstuk gaat het om de Raad van Bestuur, en met name zijn verhouding tot de medisch specialisten.

Zij moeten meer verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit van zorg

Zorginstellingen moeten meer verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit van zorg (en dat ook laten zien). Zij moeten governance nadrukkelijker dan nu het geval is met kwaliteit verbinden. Daar is reden te meer voor, nu zorginstellingen steeds autonomer worden en een steeds zwaardere verantwoordelijkheid dragen voor het uitvoeren van publieke doelstellingen. Dat scheidt niet alleen hoge verwachtingen van het bestuur, maar ook van Raden van Toezicht. Een Raad van Toezicht is immers bij uitstek het bevoegde orgaan om te controleren of het bestuur zijn verantwoordelijkheid voor de (statutaire) doelstellingen waarmaakt en in te grijpen wanneer het bestuur dit nalaat.

3.2 Het besturingsmodel van zorginstellingen

Zorgaanbieders hebben behalve een bestuur een toezichthoudend orgaan

De meeste zorginstellingen hebben van oudsher (voortkomend uit particulier initiatief) de rechtsvorm stichting of vereniging. In de wettelijke regeling van deze rechtspersonen, het BW, is niet voorzien in een intern toezichthoudend orgaan. Omdat zorginstellingen steeds groter worden, uitvoering geven aan publieke doelstellingen en een groot maatschappelijk belang vertegenwoordigen, zijn zij in de laatste decennia van de vorige eeuw massaal overgestapt van het klassieke besturingsmodel (bestuur en uitvoerende directie) naar een Raad van Toezichtmodel, waarin naast het bestuur een onafhankelijk toezichthoudend orgaan deel uitmaakt van de rechtspersoon. Dit model is geïnspireerd op de structuur van de kapitaalvennootschappen, die we vooral in het bedrijfsleven aantreffen.

om te voorkomen dat alle macht geconcentreerd is in één orgaan

Essentie van dit model is een principiële en functionele scheiding van bestuur en toezicht. Dit is geënt op de leer der machtscheiding (trias politica), die ervan uitgaat dat voorkomen moet worden dat alle macht is verenigd in één en dezelfde persoon of orgaan.

de verantwoordelijkheden verschillen: het bestuur 'bestuurt', de Raad van Toezicht ziet

In dit model zijn RvB en RvT samen verantwoordelijk voor het reilen en zeilen van de instelling, maar hebben zij wezenlijk verschillende verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden. Het bestuur 'bestuurt' de zorginstelling; de RvT houdt toezicht op het beleid van het bestuur

toe op het bestuurlijk handelen

en op de ‘algemene gang van zaken’ in de instelling (integraal toezicht). Toezicht houden wil zeggen: informatie verzamelen, zich een oordeel vormen en zo nodig ingrijpen. De RvT heeft daartoe de nodige bestuurlijke bevoegdheden (o.a. goedkeuringsrecht t.a.v. belangrijke besluiten, bevoegdheid tot benoeming en ontslag van het bestuur). Het subject van toezicht is het bestuur.

Dit besturingsmodel is wettelijk vastgelegd

Dit besturingsmodel komt voort uit zelfregulering door de sector. Na de invoering van het nieuwe zorgstelsel is deze bestuursstructuur opgenomen in het Uitvoeringsbesluit WTZi en daarmee ook wettelijk voorgeschreven.

Artikel 6.1 Uitvoeringsbesluit WTZi:

1 Met betrekking tot de bestuursstructuur van instellingen gelden de volgende eisen:

- a. er is een orgaan dat toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en deze met raad ter zijde staat; geen persoon kan tegelijk deel uitmaken van het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding;
- b. het toezichthoudend orgaan is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de dagelijkse en algemene leiding van de instelling en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren;
- c. de instelling legt inzichtelijk de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding vast, alsmede de wijze waarop interne conflicten tussen beide organen worden geregeld.

2 Instellingen die rechtspersoon zijn, met uitzondering van kerkgenootschappen, leggen het in het eerste lid bepaalde vast in de statuten; de overige instellingen leggen dat anderszins schriftelijk vast.

en geldt ook als zorginstellingen voor een andere rechtsvorm kiezen

De laatste jaren is een ontwikkeling gaande, waarbij zorginstellingen in toenemende mate kiezen voor een andere rechtsvorm(en) dan de stichting, met name voor de BV en voor de coöperatie. Ook voor deze rechtsvormen geldt de eis dat er naast het bestuur een onafhankelijk toezichthoudend orgaan is.

3.3 De Raad van Toezicht

Er zijn obstakels voor goed intern toezicht

Zoals gezegd, rust op de Raad van Toezicht een zware verantwoordelijkheid. Dat stelt hoge eisen aan de leden van dit orgaan en het schept hoge verwachtingen. Hoewel de zorgsector sinds jaren een ontwikkeling doormaakt naar een meer professioneel intern toezicht (o.a. Zorgbrede Governancecode), is er toch een aantal obstakels, die in de weg staan aan een goed functionerend intern toezicht. Dat zijn de volgende:

Het is (nog) niet
vanzelfsprekend dat
Raden van Toezicht
toezien op de kwaliteit

Het object van het interne toezicht: waarop moet de RvT toezien?

Uit onderzoek naar het functioneren van raden van toezicht (Meurs/Schraven, 2005) komt naar voren dat de aandacht van raden van toezicht (nog) vooral gericht is op de financiële situatie en het strategische beleid van zorginstellingen, maar niet op de kwaliteit van de geleverde diensten. Zo komt men nog relatief vaak de opvatting tegen, zowel bij RvB als bij RvT, dat kwaliteit ‘een zaak is van de professionals’ en niet tot het domein van het bestuur, noch van de RvT behoort. Dit beeld is onlangs nog indringend bevestigd door de Onderzoeksraad voor veiligheid (ORV) in zijn rapport ‘Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St. Radboud’.

Dat hoort wel tot hun
verantwoordelijkheid

Het staat wat de Raad betreft evenwel buiten kijf dat een RvT ook - en zelfs vooral - toezicht moet houden op de kwaliteit van zorg. Het bestuur van een zorginstelling is (eind)verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. De RvT ziet toe op de volle breedte van het bestuurlijk handelen en dus ook op de kwaliteit. Het kan niet genoeg worden onderstreept. Anders gezegd: zorginstellingen hebben een statutair vastgelegde maatschappelijke doelstelling, die er uit bestaat dat zij kwalitatief goede gezondheidszorg leveren aan alle burgers (ongeacht leeftijd, inkomen, gezondheidstoestand) die op hun diensten aangewezen zijn. Het is de taak en verantwoordelijkheid van de RvT erop toe te zien dat de instelling deze statutaire doelstelling realiseert. Het interne toezicht moet dus ‘integraal’ zijn en alle aspecten omvatten, niet alleen de financiële situatie of het strategische beleid, maar vooral ook de kwaliteit van de geleverde zorg.

Kennis van de
(veranderingen in de)
zorg en van systematisch
toezicht houden

Geschiktheid voor veranderende taak?

Kennis van het zorgproces ontbreekt nog te vaak bij leden van de RvT. Zij zijn veelal toetreders tot een RvT in een tijd waarin het interne toezicht vooral gericht was op de financiële en strategische aangelegenheden en dus ook geselecteerd of voorgedragen op basis van die kennis en/of ervaring. Zorginhoudelijke kennis is echter onmisbaar om risico's voor de kwaliteit van zorg in te kunnen schatten en aldus proactief toezicht te kunnen houden.

vergen continue
aandacht

Voor alle leden van de RvT is van belang dat zij weten hoe systematisch en integraal toezicht te houden. Kennisontwikkeling moet een continue activiteit zijn van toezichthouders. De beroepsorganisatie NVTZ levert daarvoor belangrijke bouwstenen, in de vorm van cursussen, checklists, toolkits etc. Recentelijk komen ook andere instrumenten in zwang om de kennisontwikkeling te bevorderen, zoals visitatie.

RvT moeten zorgen voor een evenwichtige samenstelling o.b.v. profielschets en openbare werving

Voor een evenwichtige samenstelling van de RvT moeten zorginstellingen zich beraden op de vraag welke kennis/expertise noodzakelijk is en op basis daarvan profielschetsen opstellen die gebruikt worden voor werving en selectie van kandidaten. Bij voorkeur dient ten minste één lid van de RvT zorgprofessional te zijn (geweest). Werving geschiedt bij voorkeur via openbare advertenties. Daarmee kan ook een nieuwe generatie toezichthouders worden aangeboord.

Ook moeten ze verantwoording afleggen

Ten slotte dienen RvT actiever openbaar verantwoording af te leggen over hun handelen. Daarmee laten zij zien wat zij als RvT toevoegen aan het bestuur. Daarin is immers de maatschappelijke legitimatie van RvT gelegen.

Onafhankelijke positie leidt tot achterstand in informatievoorziening

Afhankelijkheid informatievoorziening

Uit het model van scheiding van bestuur en toezicht volgt dat een RvT 'op afstand' staat. Afstand van de organisatie en het bestuur is nodig om objectief toezicht te kunnen houden. Bovendien wordt daarmee voorkomen dat de toezichthouder op de stoel van de bestuurder gaat zitten. Een nadeel van die afstand is dat de RvT vaak (te) afhankelijk is van de informatievoorziening door de RvB. Om toezicht te kunnen houden op de kwaliteit van zorg moet de RvT geïnformeerd worden over het primaire proces en de risico's die de organisatie op dit vlak loopt. Nog te vaak komt voor dat relevante informatie achterwege blijft (overigens soms simpelweg omdat informatie niet beschikbaar is. Dit is een ander probleem, waarover meer in hoofdstuk 4).

Een 'one tier system' zou dat kunnen verhelpen maar ondermijnt de countervailing power t.o.v. het bestuur

Om dit probleem te ondervangen wordt in de literatuur een aantal verschillende suggesties gedaan. Zo wordt wel voorgesteld om, naar Angelsaksisch voorbeeld, een zogenaamd one tier model te introduceren. Dat wil zeggen: één bestuurlijk orgaan, dat bestaat uit executives (bestuurders) en non-executives (toezichthouders). Een belangrijk argument dat hiervoor pleit is dat toezichthoudende en uitvoerende bestuurders op deze manier gelijkmatig geïnformeerd worden. Wat er tegen pleit is dat het zal leiden tot een toename van de interne 'bestuurlijke drukte' en dus van de bestuurskosten. Belangrijker nog is het risico dat hierdoor het onderscheid tussen bestuur en toezicht vervaagt en de hoogste zeggenschap geconcentreerd is in één bestuurlijk orgaan. Dit ondermijnt de interne countervailing power ten opzichte van het bestuur. De Raad is dan ook geen voorstander van een one tier model.

Een informatieprotocol tussen RvB en RvT kan een hulpmiddel zijn

Een andere suggestie is om de RvB en RvT te verplichten een informatieprotocol op te stellen. Een aanzet daartoe wordt gegeven in het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg' van het ministerie van VWS. De taakverdeling en werkwijze van RvB en RvT zijn doorgaans (nader) geregeld in de statuten en aanverwante reglementen. De Zorgbrede Governancecode bepaalt 'slechts' dat de Raad van Bestuur de RvT tijdig alle informatie verschaft die nodig is voor een goede uitoefening van de

taak van de RvT. Daarmee is de beoordeling van wat relevant of nodig is voor een goede uitoefening van het interne toezicht eenzijdig gelegd bij de bestuurder. Met een verplichting om een informatieprotocol op te stellen worden instellingen gedwongen vast te leggen welke informatie in welke frequentie moet worden gerapporteerd aan de RvT. Dat is voor de financiën bijvoorbeeld wel geregeld, maar niet voor de kwaliteit/veiligheid. Achterliggende gedachte is dat als een RvB ook dit soort informatie periodiek moet aanreiken aan de RvT, er een heel intern systeem moet zijn om deze informatie te kunnen genereren. Dat geeft enige garantie dat de organisatie ook vanuit kwaliteit/veiligheidsoptiek goed wordt bestuurd. Een andere achterliggende gedachte is dat een RvT zich dan niet meer kan verschuilen achter de opmerking: 'daar wisten wij niets van' (vgl. RvT van de IJsselmeerziekenhuizen).

maar moet niet wettelijk worden voorgeschreven

De Raad ondersteunt het idee van een informatieprotocol, maar vindt een wettelijke regeling ongewenst. Het impliceert namelijk overheidsbemoeienis met de interne werkwijze van RvB en RvT. Dat staat haaks op de visie van de Raad dat het aan de zorginstellingen zelf is om die werkwijze te bepalen (het private domein). Een informatieprotocol kan daarbij een hulpmiddel zijn, maar ook niet meer dan dat. Het is een indirecte manier om vast te stellen of de instelling vanuit kwaliteitsoptiek goed bestuurd wordt. Een protocol over welke informatie periodiek wordt gerapporteerd zegt niets over de informatie zelf/de uitkomsten.

Verdere professionalisering helpt om proactief toezicht te houden

De sleutel ligt naar onze mening veeleer in verdere professionalisering van het interne toezicht. Een RvT die goed is toegerust op zijn taak, weet welke informatie hij nodig heeft om zijn taak goed te kunnen vervullen en zal daarom vragen. Dan is er ook niets dat hem daarin tegenhoudt.

Politieke wens om overheid een benoemingsrecht te geven

Onafhankelijkheid onder druk?

Onlangs is een (hernieuwd) pleidooi gehouden om de overheid een benoemingsrecht te geven voor leden van de RvT van zorginstellingen. Hiermee zou eenzelfde situatie ontstaan als welke thans geldt voor de universitaire medische centra en universiteiten. Op grond van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) benoemt en ontslaat de minister de leden van de RvT van deze instellingen.

strookt niet met het private karakter van zorgaanbieders

Universitaire medische centra en universiteiten zijn echter publiekrechtelijke instellingen; ze zijn 'van de overheid'. Hierin ligt een wezenlijk verschil met alle overige zorginstellingen, die privaatrechtelijk van aard zijn. Hier ligt de zeggenschap - en het ondernemersrisico - bij de zorgonderneming zelf. Dit privaatrechtelijke karakter wordt - juist door overheidsbeleid - steeds meer benadrukt (denk met name aan de beleidsvoornemens om de kapitaallasten te integreren in de tarieven en daarmee te onderwerpen aan prestatiebekostiging).

en geeft geen garantie voor 'beter' toezicht

Naast dit principiële punt is er nog een bezwaar. Welke garantie is er dat dit voorstel de kwaliteit van de zorg ten goede komt? Zijn toezichhouders benoemd door de minister beter dan toezichhouders benoemd door de zittende RvT? Dienen zij het publieke belang beter? Dit valt niet goed in te zien. Of is het idee achter dit voorstel dat de zorg(instelling) 'van iedereen' is en dat 'we' er zo - via de overheid - iets over te zeggen hebben? Als dat het geval is, dan is naar ons idee een meer directe invloed van belanghebbenden mogelijk en gewenst en die is er, namelijk: de markt.

Voordrachtsrechten zijn niet gewenst RvT moeten 'zonder last of ruggespraak' hun werk kunnen doen

Minder vergaand dan een benoemingsrecht, maar evenmin goed te verdedigen, zijn voordrachtsrechten. Op grond van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) heeft de cliëntenraad de bevoegdheid een bindende voordracht te doen voor ten minste één lid van de RvT. Een voordrachtsrecht wordt in de literatuur vrijwel unaniem afgewezen. Algemeen is de opvatting dat leden van de RvT zonder last of ruggespraak moeten kunnen functioneren ('geen belangenvertegenwoordiging in de RvT'). Ook de Zorgbrede Governancecode ontraadt een voordrachtsrecht. In deze code wordt zelfs aangeraden om na te gaan of het desbetreffende orgaan bereid is afstand te doen van het voordrachtsrecht. In plaats daarvan zou de Cliëntenraad of -vertegenwoordiging betrokken moeten worden bij het opstellen van het gewenste profiel en/of bij de werving- en selectieprocedure. Dat gebeurt ook steeds meer in de praktijk. Formeel gesproken is dit in strijd met de WMCZ, maar het voornemen van de minister van VWS is om deze wet te laten vervallen (en medezeggenschapsbepalingen onder te brengen in de wet Cliëntenrechten Zorg). Het verdient aanbeveling om de wet in overeenstemming te brengen met de bestaande praktijk. Daarmee wordt meer recht gedaan aan het uitgangspunt dat het interne toezicht onafhankelijk is van welk deelbelang dan ook (zie ook artikel 6.1 lid 1 onder b, Uitvoeringsbesluit WTZi).

Dat is ook van belang met het oog op de toekomst

Het vasthouden aan het uitgangspunt van onafhankelijkheid is ook met het oog op de toekomst belangrijk. Naarmate zorginstellingen meer financieel risico gaan lopen, lopen externe kapitaalverschaffers dat ook. Zij zullen in toenemende mate invloed willen uitoefenen op het functioneren van het bestuur en het interne toezicht. Vgl. de reddingsactie door de overheid van één van de Nederlandse banken. Op voordracht van de overheid zijn twee commissarissen toegevoegd aan de RvC. De overheid kon die eis stellen, omdat ze (tijdelijk) een aanzienlijke hoeveelheid risicodragend kapitaal verschafte aan de bank, die daarmee 'gered' was. Hoewel deze actie in dit geval zeker te billijken is, houdt dit ook een risico in, vooral wanneer de kapitaalverschaffer een andere is dan de overheid. Namelijk dat de toezichhouder die aldus benoemd is, vooral vanuit het deelbelang van de kapitaalverschaffer toezicht uitoefent. Eenzelfde risico doet zich voor wanneer zorginstellingen de stichtingsvorm verlaten en kiezen voor een rechtsvorm met aandeelhouders, zoals een BV. Aandeelhouders zijn doorgaans vooral geïnteresseerd in 'return on

investment'. Dat kan het risico met zich meebrengen dat het belang van kwaliteit naar de achtergrond wordt verdrongen. Intern toezicht behoort integraal te zijn en onafhankelijk van welk deelbelang dan ook te worden uitgeoefend.

Toezicht op toezicht?

RvT zijn onaantastbaar

De RvT benoemt en ontslaat zelf leden. Hij kan maatregelen treffen tegen (individuele) leden die disfunctioneren. Maar wat als de RvT in zijn geheel disfunctioneert? Wie kan dan actie ondernemen?

Om dat te doorbreken is een last resort nodig

Zoals eerder uiteengezet zien wij geen rol voor de overheid ten aanzien van het interne toezicht van zorginstellingen. Dat is er immers primair voor de instelling. Echter, het is er ook voor de kwaliteit van de zorg, een publieke doelstelling die parallel loopt met de maatschappelijke doelstelling van de instelling. Is er dan niet iets te zeggen voor een voorziening, waar belanghebbenden terecht kunnen met een klacht over het functioneren van een RvT? Als de markt eenmaal werkt zoals beoogd niet; 'slechte' governance - die tot uiting komt in mindere kwaliteit - straft zichzelf af. De markt werkt echter nog onvoldoende en het is onzeker of het zover komt dat hij naar behoren werkt. Om die reden acht de Raad een 'last resort' aangewezen. Die moet wat hem betreft gevonden worden binnen het privaatrecht, opdat belanghebbenden zelf kunnen opkomen tegen disfunctionerende raden van toezicht. Daarmee wordt beter tegemoet gekomen aan de belangen van burgers, die het gevoel (kunnen) hebben dat met de verdergaande privatisering van zorginstellingen iets wordt afgenomen dat 'van hen' dan wel 'van iedereen' is.

Daarvoor zijn verschillende mogelijkheden
Persoonlijke aansprakelijkheid

Welke mogelijkheden zijn er binnen het privaatrecht? Gedacht kan worden aan de mogelijkheid van persoonlijke aansprakelijkheidsstelling van toezichthouders, op de voet van artikel 2:9 BW. In de Hestia-zaak heeft de rechter eerder geoordeeld dat dit artikel - dat de mogelijkheid biedt om bestuurders persoonlijk aansprakelijk te stellen voor door de onderneming geleden schade als gevolg van hun disfunctioneren - niet van toepassing is op toezichthouders. Om dit mogelijk te maken zou dus een nieuwe voorziening moeten worden getroffen. De Raad is hier geen voorstander van. De bestuurskosten van de instelling zullen hierdoor toenemen. Toezichthouders zullen een aansprakelijkheidsverzekering willen sluiten; de kosten daarvan zullen gedragen (moeten) worden door de instelling. Fundamentele is het bezwaar dat persoonlijke aansprakelijkheid niet in verhouding staat tot de verantwoordelijkheid die een toezichthouder draagt voor het functioneren van een zorginstelling.

Het enquêterecht

Het BW biedt reeds de mogelijkheid aan bepaalde categorieën belanghebbenden om een enquêteverzoek te richten aan de Ondernemingskamer van het Gerechtshof te Amsterdam. Een enquête is een onderzoek naar wanbeleid bij rechtspersonen. Het is echter een onevenredig zwaar

middel, dat ertoe kan leiden dat de bedrijfsvoering feitelijk tijdelijk stil ligt (gedurende het onderzoek naar vermeend wanbeleid). Als bovendien blijkt dat het verwijt ongegrond is, kunnen de kosten van de procedure voor rekening komen van de verzoeker. Het middel is dan ook minder geschikt om het disfunctioneren van (een lid van) de RvT aan de kaak te stellen.

Of een lichtere variant daarvan

Te denken valt wel aan een lichtere variant, waarbij belanghebbenden de mogelijkheid hebben een verzoek tot ontslag van één of meerdere toezichthouders in te dienen bij een nieuw te vormen Publieke Kamer bij de Ondernemingskamer van het Gerechtshof te Amsterdam. De Ondernemingskamer zou (een) toezichthouder(s) dan kunnen ontslaan wegens verwaarlozing van zijn taak of andere gewichtige redenen. Dit voorstel sluit aan bij het advies ‘Vertrouwen in Verantwoording’ van de Werkgroep Publieke Verantwoording, ressorterend onder het ministerie van BZK. Hiermee zou een sectoroverstijgende voorziening ontstaan die toegankelijk is voor alle belanghebbenden van private instellingen die publieke diensten leveren.

Ook het Scheidsgerecht gezondheidszorg kan benut worden

Het realiseren van deze variant vergt de nodige aanpassingen, zowel van regelgeving als van de organisatiestructuur van de Ondernemingskamer. In de tussentijd kan alvast gebruik gemaakt worden van een reeds beschikbare voorziening bij het Scheidsgerecht gezondheidszorg, dat over een governancekamer beschikt. Het Scheidsgerecht geeft geen rechterlijke, maar een arbitrale beslissing. Die is juridisch weliswaar niet bindend, maar toch moeilijk te negeren. Een voordeel is bovendien dat de voorziening laagdrempelig is. Wel dient de toegankelijkheid te worden verruimd, zodat niet alleen zorginstellingen zelf, maar alle belanghebbenden bij een zorginstelling, zich tot de governancekamer kunnen wenden.

3.4 Conclusies

Intern toezicht hoort integraal te zijn,

Voor zover daarover twijfel mocht bestaan: Intern toezicht hoort integraal toezicht te zijn en dus ook de kwaliteit van zorg te omvatten. Toezicht houden is evenwel iets anders dan besturen. Dit neemt niet weg dat intern toezicht een belangrijke functie vervult, zeker naarmate zorginstellingen meer op afstand van de overheid komen te staan. Verdere professionalisering van het interne toezicht is noodzakelijk.

onafhankelijk ...

Het is verder van groot belang om de onafhankelijkheid van het interne toezicht te waarborgen. De wettelijke eis in het Uitvoeringsbesluit WTZi dat er naast een bestuur een onafhankelijk toezichthoudend orgaan moet zijn, moet dan ook gehandhaafd blijven.

en toetsbaar

Voor het overige zien wij geen rol voor de overheid ten aanzien van het functioneren van Raden van Toezicht. Wij zien meer in een (privaatrechtelijke) voorziening, waar belanghebbenden terecht kunnen met een klacht over het functioneren van Raden van Toezicht. Daarin ligt ook een deel van het antwoord op de vraag naar de maatschappelijke legitimiteit. De Raad heeft een voorkeur voor een sectoroverstijgende voorziening bij een in te stellen Publieke Kamer bij de Ondernemingskamer. In de tijd die nodig is om deze voorziening te realiseren kan in de zorgsector alvast ervaring worden opgedaan met de reeds beschikbare mogelijkheid die het Scheidsgerecht gezondheidszorg biedt.



4 Relatie Raad van Bestuur en medisch specialist(en)

4.1 Inleiding: complexiteit besturing ziekenhuizen

De verhouding tussen ziekenhuis en medisch specialist is ingewikkeld

De RvB is op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (eind)-verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die het ziekenhuis levert. Gegeven deze verantwoordelijkheid moet het bestuur de mogelijkheid en bevoegdheid hebben ziekenhuismedewerkers aan te sturen. Ook de medisch specialisten. Dat maakt de besturing van ziekenhuizen complex. Alleszins aanleiding dus om dieper in te gaan op de relatie tussen de Raad van Bestuur en de medisch specialist(en).

4.2 Disbalans in de verhouding RvB en medisch specialist

Medisch specialisten zijn in dienstverband werkzaam of als vrij gevestigde

De formele/juridische relatie tussen RvB en medisch specialist is geregeld in een overeenkomst:

- Voor medisch specialisten in dienstverband in de arbeidsovereenkomst, naar een model dat tot stand is gekomen tussen de LAD en de NVZ: de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS). Bij publiekrechtelijke organisaties, zoals de academische ziekenhuizen, heeft deze relatie veelal de vorm van een ambtelijke aanstelling.
- Voor vrijgevestigde medisch specialisten in de toelatingsovereenkomst, naar een landelijk uniform model van NVZ en Orde: model toelatingsovereenkomst (MTO). In deze relatief losse contractuele relatie is er geen sprake van een arbeidsverhouding. In deze relatievorm heeft de medisch specialist de zelfstandigheid van de vrije beroepsbeoefenaar en daarmee de hoedanigheid van ondernemer. In deze relatie zijn de verplichtingen van het ziekenhuis vooral faciliterend van aard; die van de medicus zijn erop gericht om in de invulling te voorzien van een deel van het zorgassortiment dat het ziekenhuis ingevolge zijn opdracht het publiek aanbiedt.

Ongeveer 75% van de medisch specialisten is als vrij gevestigde verbonden aan een ziekenhuis; dit aantal blijft redelijk stabiel (van Lindert/ Nivel).

Geen integratie van medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie maar verdere verzelfstandiging

De Integratiewet (2000) had tot doel een sterkere vervaechting tot stand te brengen tussen de medisch specialisten en het ziekenhuis. Deze wet steunt op de uitgangspunten dat de inbreng van specialist en ziekenhuis niet zonder elkaar kunnen bestaan en dat ondergeschiktheid van de medisch specialisten aan het ziekenhuismanagement noodzakelijk is om de activiteiten van het ziekenhuis te kunnen coördineren. In de praktijk heeft de relatie tussen medisch specialist en ziekenhuisbestuur zich even-

wel anders ontwikkeld dan met de integratiewet was beoogd. In plaats van op te gaan in de ziekenhuisorganisatie hebben medisch specialisten hun positie in het ziekenhuis verzelfstandigd door zich te organiseren in de stafmaatschap en in de vereniging medische staf. In de relatie individuele medisch specialist en ziekenhuis is daarmee een derde laag geschoven, die van de collectiviteiten: de medische staf als geheel en daarnaast de belangengroepen van de verschillende geledingen (dienstverbanders, vrij gevestigden, arts-assistenten). De staf is op alle wezenlijke fronten van het ziekenhuisbeleid de onderhandelingspartner van het ziekenhuisbestuur geworden.

Daarom hebben
branche- en
beroepsorganisaties
collectieve regelingen
getroffen

Voor aansturing van de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie is van belang dat regelingen op collectief niveau kunnen worden getroffen, die betrekking hebben op de uitoefening van de functie en die doorwerken in de individuele (contractuele) relatie tussen het ziekenhuis en de in het ziekenhuis werkzame medisch specialisten. Daartoe dient het Document Medische Staf, dat bestaat uit een algemeen deel en een bijzonder deel. In het algemeen deel staan alleen de onderwerpen beschreven waarover en de wijze waarop regelingen moeten worden overeengekomen of vastgesteld. De regelingen zelf moeten in het bijzonder deel worden opgenomen. Het algemeen deel van het Document Medische Staf wordt vastgesteld voor onbepaalde tijd en kan slechts in het landelijk overleg tussen OMS, LAD en NVZ worden gewijzigd. Het bijzonder deel wordt per ziekenhuis in overleg tussen RvB en medische staf ingevuld (en is dus 'ziekenhuisspecifiek').

die het mogelijk maken
medisch specialisten aan
te spreken

In zowel het DMS, de AMS als de MTO, zijn bepalingen opgenomen op grond waarvan de RvB de (individuele) medisch specialist kan aanspreken op diens functioneren en daaraan ook consequenties kan verbinden (disciplinaire maatregelen, zoals schorsing/berisping, op non-actief stelling, maar ook beëindiging van de overeenkomst).

Op het eerste gezicht lijkt een RvB hiermee over voldoende instrumenten te beschikken om zijn verantwoordelijkheid voor de integrale kwaliteit van zorg waar te maken, maar niets is minder waar.

Maar dat werkt
onvoldoende

- De medisch specialist legt geen verantwoording af aan de RvB over de kwaliteit van geleverde zorg, althans dit is onvoldoende geregeld. Het DMS, de AMS en MTO bevatten nagenoeg geen bepalingen die voorzien in het afleggen van verantwoording door medisch specialisten. De enige uitzondering hierop vormt de bepaling die de medisch specialist verplicht om incidenten te melden aan de Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg (MIP) (en ernstige incidenten tevens aan het bestuur) en daarbij alle feitelijke informatie te verschaffen die in het belang van de patiënt en het ziekenhuis redelijkerwijs noodzakelijk geacht kan worden. Het algemeen deel van het DMS bepaalt wel dat nadere regelingen over o.a. het doelmatig, patiëntgericht en

kwalitatief verantwoord verlenen van de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis in overleg tussen RvB en medische staf overeengekomen (moeten) worden, maar of dit ook gebeurt en of daarin ook voorzien is in het afleggen van verantwoording, is onduidelijk, althans geheel overgelaten aan invulling op individueel ziekenhuisniveau.

- Borging van de professionele kwaliteit via het visitatiesysteem van de wetenschappelijke verenigingen vindt op vrijwillige basis plaats (met uitzondering van opleidingsvisitaties) en de uitkomsten zijn besloten.
- De medisch specialist is uitsluitend verantwoordelijk voor het eigen functioneren en draagt onvoldoende verantwoordelijkheid voor 'het geheel' (zorgketen).
- De RvB is in feite 'vleugellam' als gevolg van collectieve macht van de medische staf.

RvB kan zo zijn verantwoordelijkheid voor kwaliteit niet waarmaken

De kern van de problematiek is hierin gelegen: het interne kwaliteitssysteem is niet sluitend, want terugkoppeling en verantwoording zijn niet geborgd en intercollegiale toetsing is vrijblijvend en besloten. Hierdoor is de RvB niet verzekerd van inzicht in de geleverde kwaliteit en hij kan dit ook moeilijk afdwingen. Als de RvB dit inzicht niet heeft, heeft ook de RvT dit niet en is de interne governance ondeugdelijk.

terwijl centrale (bedrijfsmatige) sturing steeds belangrijker wordt

Het belang van centrale sturing neemt in ziekenhuizen toe. Ontwikkelingen in en rond ziekenhuizen dwingen raden van besturen de organisatie vanuit een centrale visie te ontwikkelen. Het gaat dan om het ziekenhuis-EPD, om investeringen in nieuwe medische technologie en om overige zorginnovatie, zoals ketenzorg. Het gaat om de noodzaak samen te werken met andere ziekenhuizen, bijvoorbeeld om te kunnen voldoen aan de eisen die de IGZ stelt aan het aantal verrichtingen per jaar. Het gaat om de introductie van de integrale prestatiebekostiging, waardoor intern vastgoedmanagement een vitaal belang voor de organisatie wordt. Het gaat om ontwikkelingen op het DBC-front. En, niet in de laatste plaats, gaat het om de snel groeiende noodzaak een centraal kwaliteits- en patiëntenbeleid te formuleren. Dat moet richting geven aan de onderhandelingen met de zorgverzekeraars (selectieve zorginkoop!) en die met andere externe stakeholders, zoals de banken. Dat beleid is ook een voorwaarde voor de transparantie over de prestaties die de omgeving van het ziekenhuis vraagt.

Er moet dus iets veranderen

Al met al een keiharde noodzaak om de processen en transacties in de ziekenhuisorganisatie centraal, vanuit de lijn, aan te sturen op basis van een goed uitgewerkt strategisch plan. De RvB zal dus over adequate middelen moeten beschikken om dit te kunnen realiseren. Zijn deze middelen niet

beschikbaar, dan komt de continuïteit van de organisatie in gevaar en kan de statutaire opdracht niet worden geborgd.

Aanpassing van het DMS biedt onvoldoende soelaas, omdat met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet de Integratiewet is vervallen. En daarmee ook de formele, wettelijke grondslag voor een dergelijke collectieve regeling.

4.3 Naar een evenwichtiger verhouding

Hoe is het probleem op te lossen?

De in de vorige paragraaf geschetste disbalans in de verhouding tussen RvB en medisch specialist(en) vormt een ernstig probleem, dat moet worden aangepakt. Wij zien daarvoor verschillende mogelijkheden

Medisch specialisten verantwoordelijk maken voor een functionele eenheid

Beleggen van verantwoordelijkheid voor een 'eenheid/geheel'

In verschillende ziekenhuizen wordt inmiddels gewerkt met Resultaat Verantwoordelijke Eenheden (RVE's). Essentie van dit model is dat een eenheid (vakgroep, afdeling, etc.) verantwoordelijk wordt gesteld voor het resultaat. Op dit moment zijn RVE's nog vooral toegespitst op het financiële resultaat. Daarmee wordt het probleem van verantwoordelijkheid voor gerealiseerde kwaliteit - en vooral de verantwoording daarover - nog niet opgelost, maar wellicht is een uitbreiding van dit model mogelijk. Meer in het algemeen is het beleggen van verantwoordelijkheden in de lijn relatief gemakkelijk te realiseren bij dienstverband (dan is immers sprake van 'functies' waaraan 'functie-eisen' verbonden kunnen worden). Ook bij vrije vestiging van medisch specialisten is dit mogelijk, maar dat vergt dan wel aanpassing van de (toelatings)overeenkomst.

Meer verplichtingen voor de medisch specialist opnemen in de arbeids- of toelatingsovereenkomst

Aanpassen/wijzigen arbeids-/toelatingsovereenkomst en/of DMS

Overwogen kan worden in de verschillende overeenkomsten een expliciete verplichting voor de medisch specialist op te nemen tot continue kwaliteitsverbetering en het afleggen van verantwoording aan de RvB. Meer concreet: verplichte deelname aan visitatie en eventuele interne audits; verplichte verstrekking van inzicht/afschrift van de visitatierapporten aan de RvB; maar bijvoorbeeld ook: verplichte deelname aan landelijke registraties, verplichte rapportage over naleving van richtlijnen, waaronder veiligheidsvoorschriften.

kan op verzet stuiten

Het verzet tegen een dergelijke maatregel vanuit de medisch specialisten kan fors zijn, vooral omdat de informatie die zij aldus verstrekken ook gebruikt kan worden voor de beoordeling van het individuele functioneren. Het heeft daarom de voorkeur om dit in de modelovereenkomsten/DMS te regelen. Zo voorkomt men dat het een 'strijd' wordt tussen een RvB en de medische staf van een individueel ziekenhuis. Om dit te realiseren, is overeenstemming nodig tussen OMS, LAD en NVZ. Daarbij kan zich een probleem voordoen. Als het bestuur van de OMS dit voorstel al zou

omarmen, dan is het zeer de vraag of het haar lukt de leden over de streep te trekken. De Orde is een vereniging, waarvan de algemene ledenvergadering over dit soort aangelegenheden bij meerderheid van stemmen besluit.

Dienstverband

Alle medisch specialisten in dienst nemen lost het probleem niet op

Om een ziekenhuis goed en slagvaardig te kunnen besturen is het noodzakelijk dat de RvB alle medewerkers, medisch specialisten inclusief, kan aansturen. Het ligt dan voor de hand voor te stellen alle medisch specialisten in dienst te nemen. Daarmee ontstaat immers een hiërarchische relatie tussen RvB en de medisch specialisten.

Afgezien van de vraag of deze optie een realistische is - vrijgevestigde medisch specialisten strijden al jaren om het behoud van hun status en positie en zijn fel gekant tegen dienstverband - betwijfelt de Raad echter ook of dit een oplossing biedt voor het gestelde probleem. Het laat de macht van de collectiviteit van medisch specialisten (vereniging medische staf) namelijk intact en juist die collectieve macht is debet aan de disbalans in de bestuurlijke verhouding tussen RvB en medisch specialisten.

OMS omvormen tot publiekrechtelijke beroepsorganisatie met verordenende bevoegdheid

Huidige beroepsorganisatie kan onvoldoende krachtadig optreden

Zoals geschetst, kleeft aan de huidige positie van de beroepsorganisatie van medisch specialisten, de OMS, het bezwaar dat het lidmaatschap vrij is. Leden kunnen zich verzetten tegen voorgenomen besluiten en deze bij meerderheid van stemmen afwijzen. Als een lid het niet eens is met een eenmaal genomen besluit kan hij bovendien voor het lidmaatschap bedanken. Een bezwaar dat daarmee samenhangt, is dat de Orde niet de bevoegdheid heeft om verordeningen of richtlijnen dwingend voor te schrijven.

Zo gaf de Orde in een reactie op het IGZ-rapport over de veiligheid op operatiekamers aan zelf al eerder geconstateerd te hebben dat veel richtlijnen niet worden nageleefd, maar met lege handen te staan.

Dat is op te lossen door aan de Orde een publiekrechtelijke status te geven

Aan beide bezwaren kan tegemoet gekomen worden door de OMS om te vormen tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie op grond van artikel 134 Grondwet. Andere beroepsorganisaties van professionals met een hoge mate van autonomie, zijn hierin voorgegaan. Zie bijlage 2. Zo was tot enkele jaren geleden 'de broederschap' van het notariaat een beroepsvereniging, vergelijkbaar met de OMS. Met de introductie van marktwerking in het notariaat (o.a. liberalisering tarieven) is de broederschap omgevormd tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie met verordenende bevoegdheid. Het voornaamste doel daarvan is het interne preventieve toezicht op de beroepsuitoefening te versterken door systematische kwaliteitsbewaking en -bevordering onder verantwoordelijkheid van de Koninklijke Notariële Beroepsorganisatie (KNB). Andere bekende

voorbeelden zijn de Nederlandse Orde van Advocaten (NOvA) en het Nederlands Instituut van Registeraccountants (Nivra).

Dit vermindert de spanning tussen RvB en medisch specialist
De Orde kan kwaliteitsbevordering afdwingen

Een belangrijk voordeel van deze constructie is dat hiermee ‘de angel’ uit de relatie bestuur-medische staf/medisch specialist wordt gehaald. Zoals hierboven geschetst is het onderhandelen tussen RvB en medische staf over meer verplichtingen voor medisch specialisten een spel met onzekere uitkomst. Zelfs het onderhandelen hierover op landelijk niveau tussen betrokken partijen is ongewis vanwege de afhankelijkheid van de OMS van haar achterban. Door de Orde om te vormen tot een publiekrechtelijke organisatie, kan de Orde richtlijnen dwingend voorschrijven, bijvoorbeeld inzake verplichte deelname aan visitaties en verantwoording aan RvB. Dan moet ook wel voorzien zijn in sanctie(s) bij niet-naleving. De Orde kan een zaak in ieder geval voorleggen aan de tuchtrechter, maar wellicht is het ook verstandig de Orde zelf handhavingbevoegdheid te geven; bijv. door de mogelijkheid te creëren niet-naleving te koppelen aan herregistratie.

Verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbevordering ligt bij professionals zelf

Bijkomende voordelen zijn dat het neerleggen van de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbevordering bij de beroepsgroep zelf geheel in lijn is met de medische professionaliteit (voorheen professionele autonomie); dat de minister zijn ministeriële verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg beter kan waarmaken (hij kan zich rechtstreeks met de beroepsgroep verstaan over te agenderen onderwerpen) en dat een verbinding wordt gelegd tussen de besluiten van de beroepsgroep en het overheidsbeleid. Een besluit van een publiekrechtelijke beroepsorganisatie heeft rechtskracht en kan slechts bij KB vernietigd worden wegens strijd met het recht of het algemeen belang.

De Raad prefereert deze optie

Voorkeur

De laatste mogelijkheid - het omvormen van de OMS tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie - heeft de voorkeur van de Raad omdat hij de kern van het probleem - de disbalans in de verhouding tussen RvB en medisch specialisten - aanpakt en tegelijkertijd recht doet aan de professionele verantwoordelijkheid van medisch specialisten voor kwaliteit van zorg .

Voorwaarde is wel dat de PBO, zoals de Raad die voorstelt, functioneel is voor de besturing van ziekenhuizen. Een gevolg van het omvormen van de OMS tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie is namelijk dat er twee krachten op de medische professionals in ziekenhuizen ontstaan. In de eerste plaats de kracht die de Raad van Bestuur in de verticale lijn uitoefent op de organisatie, inclusief de medische specialist. Eerder gaven wij aan dat alleen door deze kracht centrale aansturing van processen en transacties, beïnvloeding van prestaties en de continuïteit van de ziekenhuisorganisatie kan worden geborgd. In de tweede plaats werkt een

horizontale kracht in op het ziekenhuis c.q. op de medisch specialist: die vanuit de beroepsorganisatie OMS, zoals boven beschreven.

De publiekrechtelijke beroepsorganisatie moet wel functioneel zijn voor de besturing van ziekenhuizen

De twee krachten - de interne verticale en de externe horizontale - zullen elkaar moeten versterken. Wil de resultante van de krachten het beoogd resultaat opleveren -dat wil zeggen: meer kwaliteit en meer transparantie - dan zal één van de twee dominant moeten zijn. De dominante kracht moet volgens de RVZ de interne verticale zijn, de lijn gespannen tussen RvB en medisch specialist. De externe horizontale lijn zal de interne verticale moeten ondersteunen. Dit moet gevolgen hebben voor de manier waarop de OMS-nieuwe stijl haar richtlijnen formuleert.

Voorbeeld van de toegevoegde waarde van een PBO

De Orde van Medisch Specialisten wil dat de raden van bestuur van ziekenhuizen geïnformeerd worden over de conclusies en aanbevelingen van de kwaliteitsvisities van medisch specialisten. Raden van Bestuur (en van Toezicht) hebben daar belang bij, omdat zij verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg. Een voorstel hiertoe van het Orde-bestuur zal in maart 2009 worden besproken met de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten. (zie <http://www.zorgvisie.nl/nieuws/nieuwsoverzicht/nieuwsartikel/Orde-Visitaties-medisch-specialisten-openbaar.htm>).

Het Orde-bestuur kan dit thans niet afdwingen. Het is de vraag of dit voorstel op voldoende draagvlak (= meerderheid van stemmen) kan rekenen. Op dit moment stimuleren sommige wetenschappelijke verenigingen maatschappen om de visitatierapporten door te sturen aan hun stafbestuur en raad van bestuur, terwijl andere dat niet doen (of zelfs ontraden).

Als de Orde een PBO is, kan ze dit bij verordening – en op straffe van een sanctie - wel afdwingen van de leden.

Voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en andere kleinschalige alternatieven van het ziekenhuis geldt een andere logica. Voor hen is juist de externe horizontale kracht dominant. De interne verticale kracht zal in deze organisaties in de regel een minder beslissende rol spelen, omdat zij minder complex zijn en meer het kenmerk dragen van een homogene, gefocuste medische praktijk.

4.4 Conclusies

RvB heeft onvoldoende mogelijkheden om zijn verantwoordelijkheid waar te kunnen maken

Er is een disbalans in de verhouding tussen Raad van Bestuur en medisch specialist(en). Dit vormt een groot probleem voor de borging van kwaliteit. Om de verantwoordelijkheid voor kwaliteit te kunnen waarmaken moet de RvB de ziekenhuisorganisatie, processen en professionals centraal kunnen aansturen. Daarvoor heeft hij onvoldoende mogelijkheden.

Een publiekrechtelijke beroepsorganisatie biedt voor dit probleem een oplossing

Er zijn verschillende manieren om dit probleem aan te pakken. De Raad ziet het meest in het omvormen van de OMS tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie met verordenende bevoegdheid. Dit is een drastische maatregel, maar volgens de Raad wel de meest kansrijke.



5. Publiek domein en professionele verantwoordelijkheid

5.1 Inleiding

Het opstellen van basisnormen is een publieke taak, die inhoudelijke deskundigheid vergt

In hoofdstuk 2 heeft de Raad aangegeven dat de overheid basisnormen voor kwaliteit moet vaststellen en wettelijk verankeren ter afbakening van het publieke domein. Deze basisnormen dienen als richtsnoer voor en toetssteen van het handelen van zorgaanbieders en vormen de legitimatie voor overheidsingrijpen. Het opstellen van deze normen is geen gemakkelijke opgave en vergt gedegen inhoudelijke deskundigheid. Het is dan ook evident dat deze taak de facto door zorgprofessionals uitgevoerd moet worden. De vraag is dan hoe beide uitgangspunten verenigd kunnen worden. Het antwoord ligt volgens de Raad in de instelling van een publiekrechtelijke beroepsorganisatie.

Een publiekrechtelijke beroepsorganisatie heeft dus een tweede toegevoegde waarde

In hoofdstuk 4 is de optie om de OMS om te vormen tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie vooral belicht als oplossing voor de disbalans in de verhouding tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten. Maar er is meer: deze optie biedt tevens de mogelijkheid een verbinding te leggen tussen het publieke domein (de basisnormen) en de professionele verantwoordelijkheid. Vanuit dit perspectief gezien dient aan een publiekrechtelijke beroepsorganisatie zodanig vorm te worden gegeven dat niet alleen de OMS, maar ook andere beroepsorganisaties van artsen eronder vallen. In dit hoofdstuk doet de Raad hiertoe een voorstel.

5.2 Verbinding tussen basisnormen en professionele verantwoordelijkheid

Uitgangspunten voor de vormgeving van basisnormen zijn de volgende

- Het hart van een basisnorm bestaat uit bepalingen op medisch-technisch terrein. De kennis daarover moet worden geleverd door de wetenschappelijke verenigingen. Deze staan dus aan het begin van de normering.
- Een basisnorm moet voldoen aan de internationale standaard.
- De normering moet zo geschieden dat de transfer naar de praktijk (de compliance) er door wordt bevorderd.
- Alleen aan volksgezondheid en zorg gerelateerde belangen (inclusief kosteneffectiviteit) mogen een plaats krijgen in de normering.

Proces en procedure van normering

De publiekrechtelijke beroepsorganisatie stelt conceptrichtlijnen op

Het proces start met de ontwikkeling van een richtlijn of een protocol door een wetenschappelijke vereniging: op eigen initiatief (de reguliere weg), op verzoek van een belanghebbende of op aanwijzing van de (te vormen) publiekrechtelijke beroepsorganisatie. Conceptrichtlijnen

worden door de publiekrechtelijke beroepsorganisatie beoordeeld en voorlopig vastgesteld.

waarop
belanghebbenden
kunnen reageren

De beroepsorganisatie stelt belanghebbenden in de gelegenheid bezwaren in te brengen tegen voorlopig vastgestelde richtlijnen. Zorgvuldig overleg met belanghebbenden bevordert de compliance op de werkvloer. Er ontstaat zo een relatie tussen norm en werkelijkheid. Tegelijkertijd is dit smeerolie voor de transacties tussen partijen (eenheid van taal en doel).

Voorbeeld

Enkele jaren geleden stelde de wetenschappelijke vereniging van kinderartsen een norm op voor het aantal FTE kinderartsen dat nodig is om een kinderafdeling in een ziekenhuis verantwoord te kunnen exploiteren. Deze norm had forse consequenties voor ziekenhuizen. Omdat er onvoldoende kinderartsen beschikbaar waren (opleidingscapaciteit!) stond vast dat een aantal ziekenhuizen niet (tijdig) aan de nieuwe norm zou kunnen voldoen. Keuze is dan kinderafdeling te sluiten of samenwerking met ander ziekenhuis aan te gaan en kinderafdelingen samen te voegen. Als een ziekenhuis geen kinderafdeling heeft (c.q. geen kinderarts) kan ze ook niet verantwoord een afdeling verloskunde overeind houden. Er ontstaat een domino-effect. Het is daarom van belang dat de Orde belanghebbenden in de gelegenheid stelt bezwaren tegen zo'n norm in te brengen en deze zorgvuldig mee te nemen in de besluitvorming.

Tot de belanghebbenden behoren in ieder geval: de medische beroepsbeoefenaren, de verpleegkundigen, de patiënten, de bestuurders van zorginstellingen, de minister van VWS, de IGZ. De overheid is belanghebbende, omdat hij garant staat voor de levering van zorg die voldoet aan de basisnormen voor kwaliteit. Hij treedt pas in de laatste fase van de normering op bij de toetsing van een voorlopige normering aan kosten-effectiviteit op basis van een onafhankelijk advies.

De PBO weegt de
bezwaren, neemt een
gemotiveerd besluit,

De publiekrechtelijke beroepsorganisatie weegt de bezwaren, neemt een besluit en informeert belanghebbende(n) gemotiveerd over de uitkomst van de weging. Dit kan leiden tot toewijzing en bijstelling van de richtlijn, tot een tijdsplan voor de inwerkingtreding of tot afwijzing van het bezwaar. Een afwijzing gaat vergezeld van een schriftelijke opgave van reden(en).

stelt de richtlijn vast
en koppelt daaraan een
basisnorm

Vervolgens stelt de publiekrechtelijke beroepsorganisatie de richtlijn vast (autorisatie) en 'vertaalt' deze in een basisnorm. Iedere basisnorm wordt periodiek getoetst op houdbaarheid; iedere belanghebbende kan een verzoek tot herziening indienen. De minister van VWS heeft bovendien een recht van initiatief. Van iedere basisnorm wordt een publieksversie gemaakt die breed wordt verspreid.

De minister moet de PBO bij wet instellen	<p>Wettelijke verankering</p> <p>De minister stelt bij wet een publiekrechtelijke beroepsorganisatie voor de zorg in en belegt hierbij de taken van het beoogde Regieorgaan voor de kwaliteitsnormering:</p> <ul style="list-style-type: none"> - programmering, planning en procesbewaking voor het stelsel van normen; initiëren en waar nodig bemiddelen - signaleren van hiaten en geven van aanwijzingen namens de minister aan wetenschappelijke verenigingen op basis van periodieke screening - toezicht op de procesgang (zorgvuldigheid) - autorisatie basisnormen en advisering over wetgeving
en daarbij rekening houden met verbreding	<p>In eerste instantie bestaat de publiekrechtelijke beroepsorganisatie uit de huidige beroepsorganisatie van medisch specialisten (OMS). De wettelijke regeling dient zodanig te zijn dat de publiekrechtelijke beroepsorganisatie desgewenst is uit te breiden met andere beroepsorganisaties van artsen (huisartsen, verpleeghuisartsen). Of: moet het mogelijk maken dat de status van publiekrechtelijke beroepsorganisatie ook aan andere beroepsorganisaties in de zorg kan worden verleend.</p>
De procedure van totstandkoming moet met waarborgen worden omkleed	<p>In de wettelijke regeling moet ook de procedure van totstandkoming en bezwaar worden vastgelegd. Besluiten van het regieorgaan kunnen bij Koninklijk Besluit worden vernietigd wegens strijd met het recht of met het algemeen belang.</p>
De Kwaliteitswet Zorginstellingen moet worden aangepast	<p>Ten slotte moet in de Kwaliteitswet zorginstellingen worden vastgelegd dat ‘verantwoorde zorg’ zorg is die voldoet aan de normen vastgesteld door de publiekrechtelijke beroepsorganisatie.</p>

5.3 Bestuurlijke vormgeving

Aanwijzingen voor de bestuurlijke vormgeving van de PBO	<p>De publiekrechtelijke beroepsorganisatie valt onder de ministeriële verantwoordelijkheid, maar kan onafhankelijk te werk gaan. Het is geen onderdeel van de IGZ (scheiding van normering en handhaving), maar onderhoudt daarmee wel een functionele relatie (IGZ is ‘belanghebbende’). Verder zijn er functionele relaties met het CVZ, met de NZa, met DBC-onderhoud en met de Gezondheidsraad. De relatie tussen basisnormen en DBC’s vormt een belangrijk punt. Een DBC is normaal gesproken, op een kwaliteitsuitspraak gebaseerd.</p> <p>Leidend principe bij de bestuurlijke vormgeving moet zijn: de interactie van de transacties op de verschillende deelmarkten (zorgverlening, zorginkoop, zorgverzekering) in de zorgsector en waar mogelijk integratie van sturingsprocessen en communicatie. Als dit is gerealiseerd, zal het een aanzienlijke verbetering te weeg brengen in het functioneren van het zorgstelsel.</p>
---	---

5.4 Invoering, monitoring en verantwoording

en voor een
gedifferentieerde
invoering

In de curatieve zorg kan dit voorstel integraal worden ingevoerd. Er zal een meerjarenplan moeten komen voor de ontwikkeling van basisnormen. De publiekrechtelijke beroepsorganisatie/het regieorgaan zou zich aan een ambitieus plan moeten verbinden dat voorziet in een voldoende dekking binnen vijf jaar.

Voor AWBZ-zorg zou in principe dezelfde lijn moeten worden gevolgd, zij het dat hier de verpleging en verzorging voorrang moet krijgen. De sector VVT heeft immers al een “normenkader verantwoorde zorg”. Daarna kan men bezien of de gehandicaptenzorg en het GGZ-restant in de AWBZ zich lenen voor basisnormen. Maar uiteindelijk zal alle verzekerde zorg onder een en hetzelfde regime moeten vallen. Basisnorm en zorgverzekering behoren nu eenmaal onverbrekelijk met elkaar te zijn verbonden.

De minister rapporteert
periodiek aan de
Tweede Kamer over de
voortgang

De minister van VWS bewaakt de voortgang van de ontwikkeling van basisnormen en rapporteert hierover periodiek aan de Tweede Kamer. Denkbaar is dat hij daarvoor aansluiting zoekt bij de jaarlijks door de IGZ uit te brengen ‘Staat van de Gezondheidszorg’.

5.5 Consequenties voor administratieve lastendruk

Aansluiting bij lopende pro-
gramma's houdt de administra-
tieve lasten in de transitiefase
beperkt

Het ontwikkelen van basisnormen voor kwaliteit en het registreren van uitkomsten vergt de nodige inspanningen van zorgprofessionals en zorginstellingen. Door aan te sluiten bij reeds lopende programma's, zoals het programma ter verbetering van de patiëntveiligheid en het DBC-registratiesysteem kunnen de extra administratieve lasten beperkt blijven.

De totale
administratieve lasten
nemen af

Belangrijker is dat met het voorstel van de Raad de totale administratieve lasten voor zorgaanbieders zullen afnemen. In de huidige situatie moeten zij namelijk voor tal van indirecte parameters gegevens verzamelen en verstrekken. Tezamen geven deze indirecte parameters een indicatie van de kwaliteit van zorg, maar ook niet meer dan dat. Door op een meer directe manier te meten, dat wil zeggen op basis van gerealiseerde uitkomsten, ontstaat niet alleen een reëel beeld van de geleverde kwaliteit, maar neemt de hoeveelheid te verzamelen gegevens substantieel af.

5.6 Conclusie

Zoals in hoofdstuk vier is betoogd, biedt het voorstel om de OMS om te vormen tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie een oplossing voor de onevenwichtige verhouding tussen RvB en medisch specialist(en).

Met de instelling van een PBO worden twee vliegen in één klap geslagen

Minstens zo belangrijk is dat dit voorstel tevens een verbinding legt tussen het publieke domein en de professionele verantwoordelijkheid. Het exclusief beleggen van de ontwikkeling van basisnormen voor kwaliteit bij de professionals, doet recht aan de professionele verantwoordelijkheid en verhoogt de slagvaardigheid en besluitvorming omtrent deze normen. Vanzelfsprekend is dit alleen verantwoord indien voorzien is in stevige, formele waarborgen voor de belangen van andere betrokken partijen in de procedure van totstandkoming. Tegelijkertijd bewerkstelligt het voorstel de inbedding van de professionele verantwoordelijkheid in het publieke domein. De publiekrechtelijke beroepsorganisatie stelt de basisnormen vast en geeft daarmee invulling aan een publieke taak. Dit laatste pleit overigens voor een verbreding van de publiekrechtelijke beroepsorganisatie tot alle beroepsorganisaties van artsen.

6 Advies en aanbevelingen

6.1 Advies

‘Hoe is de kwaliteit van zorg (beter) te borgen in een stelsel van gereguleerde marktwerking?’ Dat is de vraag waarvoor de minister van VWS zich gesteld ziet.

Maak onderscheid tussen publiek en privaat domein: zet sturingsmechanismen consequent in

Het antwoord ligt volgens de Raad besloten in een scherpere afbakening en verduidelijking van verantwoordelijkheden tussen overheid en zorgaanbieders. Door het publieke domein scherper af te grenzen van het private domein, kunnen de daarbij horende sturingsmechanismen - overheidsregulering en marktordening - consequent worden ingezet. Het publieke domein moet de kwaliteitseisen omvatten, waaraan de prestaties van zorgaanbieders ten minste moeten voldoen. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid dat die eisen - of normen - worden vastgesteld, wettelijk worden verankerd en dat strikt toezicht wordt gehouden op de naleving. Het focus van beleid, wet- en regelgeving verschuift daarmee naar datgene wat zorginstellingen ten minste moeten bereiken. De wijze waarop zorgaanbieders tot hun prestaties komen behoort tot het private domein en (binnen de grenzen van het algemene recht) tot de vrije ondernemersruimte. Daarmee ontstaat ruimte voor ondernemerschap, terwijl de basiskwaliteit geborgd is.

Oproep aan zorgaanbieders: maak werk van ‘good governance’

Omdat het publieke en het private domein niet strikt van elkaar te scheiden zijn - het handelen van zorgaanbieders in het private domein beïnvloedt ook de uitkomsten in het publieke domein - neemt het belang van ‘good private governance’ toe naarmate zorgaanbieders meer op afstand van de overheid komen te staan. Van de zorgsector mag dan ook worden verwacht dat zij de handschoen oppakt en door middel van zelfbinding of -regulering zorgt voor een evenwichtig systeem van interne counter-vailing powers: een bestuur dat pal staat voor de kwaliteit van zorg en een RvT die hem daarop kritisch bevraagt, zich een oordeel vormt en zo nodig ingrijpt.

6.2 Aanbevelingen aan de bewindslieden van VWS

1. Wees terughoudend met het verder reguleren van de interne governance van zorginstellingen. Zie af van publiekrechtelijk toezicht op het functioneren van het interne toezicht van zorgaanbieders. Verleg de focus van beleid, wet- en regelgeving van aanbod en instelling naar prestaties, uitkomsten.
2. Maak de totstandkoming van basisnormen voor kwaliteit tot de hoogste prioriteit. Richt het toezicht op de naleving van de basis-

normen robuust, rigide en repressief in. Zorg voor openbaarmaking van gerealiseerde uitkomsten, op zodanige wijze dat voor belanghebbenden snel inzichtelijk is welke zorgaanbieders goed, middelmatig of ondermaats presteren (klasse A, B, C).

3. Laat de wijze waarop zorgaanbieders tot hun prestaties komen zoveel mogelijk over aan de werking van de markt; bewaak de grenzen van het systeem en stel deze zo nodig bij, maar ga daarbij uit van het subsidiariteitsbeginsel.
4. Handhaaf het wettelijke vereiste dat zorginstellingen naast het bestuur een onafhankelijk toezichthoudend orgaan hebben (two tier).
5. Onderzoek, tezamen met de betrokken collega-ministers, de mogelijkheid van een voorziening bij de Ondernemingskamer, op grond waarvan een bindende uitspraak kan worden gedaan over het functioneren van interne toezichthouders van instellingen die publieke diensten verlenen.
6. Onderzoek de mogelijkheid om de OMS om te vormen tot een publiekrechtelijke beroepsorganisatie met verordenende bevoegdheid.

6.3 Aanbevelingen voor zorginstellingen

7. Raden van Toezicht van zorginstellingen moeten krachtig doorgaan op de ingeslagen weg van verdere professionalisering. Ook moeten zij verantwoording afleggen over de wijze waarop zij toezicht houden op de realisatie van de maatschappelijke (statutaire) doelstelling(en) van de zorginstelling.
8. De zorgsector moet een voorziening treffen, waaraan belanghebbenden een klacht over het functioneren van een Raad van Toezicht kunnen voorleggen. Zoek daarvoor aansluiting bij de governance-commissie van het Scheidsgerecht gezondheidszorg.
9. Bestuurders van ziekenhuizen moeten de verantwoordelijkheid van medisch specialisten voor kwaliteit expliciteren en in 'de lijn' beleggen. Uitgangspunt daarin hoort te zijn dat deze verantwoordelijkheid niet slechts het eigen, individuele handelen betreft, maar het functioneren van een geheel (afdeling, vakgroep, zorgketen).
10. Medisch specialisten moeten verantwoording afleggen over hun handelen en zich toetsbaar opstellen (deelnemen aan interne audits, visitaties etc.).

6.4 Slotparagraaf: handreiking aan veldpartijen

De RVZ richt zich met dit advies tot de minister van VWS. Maar als de Raad zijn eigen governance-filosofie serieus neemt, dan zou hij het advies moeten laten landen in de zorgsector. Zou hij het aan de veldpartijen moeten sturen met het verzoek er uitvoering aan te geven. Want uiteindelijk kunnen alleen zij goed governance creëren.

Dit advies heeft dus twee geadresseerden. Voor de minister formuleerde de Raad zojuist enkele aanbevelingen. Ook voor de zorginstellingen gaf hij enkele aanbevelingen. Als sluitstuk en als hoeksteen van zijn adviesarbeid geeft hij in deze slotparagraaf zorginstellingen en hun stakeholders nog een aantal suggesties voor de vormgeving van hun governance-systeem.

Het branche-brede governance-beleid

- Formuleer als branche - NVTZ, zorgaanbieders, NPCF - een visie en een code: bindende en verplichtende voorschriften intern toezicht zorgsector. Deze bevatten ten minste de eisen te stellen aan leden van een RvT (de competenties) en onderling bindende afspraken over de naleving. Neem op dit punt als branche een resultaatverplichting op je met een niet te lange looptijd. Informeer politiek, overheid en andere belanghebbenden over de voortgang.
- Spreek branche-breed af hoe instellingen met hun stakeholders communiceren over governance en betracht hierbij een optimale openheid. Formateer dit zo dat consumenten, zorginkopers en kapitaalverschaffers met de hulp van een governance-score kunnen kiezen voor een zorgaanbieder die zijn governance op orde heeft. Realiseer dus goed governance met de hulp van de tucht van de markt.
- Leg een procedure vast voor onderlinge visitatie of auditing. Dit kan op geografische basis, bijvoorbeeld per veiligheidsregio een onderlinge regeling.
- Maak met de accountantsbranche openbare afspraken over het toezicht op de naleving van het bovenstaande en over het gebruik van de accountantsverklaring en de managementletter in deze. Beschouw ook de accountant als stakeholder.

De Raad van Toezicht

- Maak de RvT niet te groot, ook niet na een fusie. Leg de lat hoog als het gaat om deskundigheid, dat is criterium 1. Kies daarnaast bij de samenstelling consequent voor diversiteit als principe: naar sexe, naar leeftijd, naar culturele achtergrond, naar discipline. Leg jezelf een diversiteitsnorm op. Creëer zo bewust een permanente spanning in het interne toezicht. Houdt de regie over de samenstelling in handen en ga uit van de two tier gedachte. Diversiteit vereist een andere wijze van rekrutering van leden dan de gangbare, namelijk via coöptatie. Hanteer een transparante manier van rekrutering (openbare werving)

en leg daarover verantwoording af; bepaal het RvT-beleid op dit punt.

- Formuleer een visie op governance en geef aan hoe de RvT deze denkt te realiseren. Maak de visie openbaar als onderdeel van de ambitie van de instelling en communiceer er over met de stakeholders (die als zodanig moeten worden benoemd en gepositioneerd in de visie). Onderscheid je.
- Maak in de veiligheidsregio of in het werkgebied afspraken met Raden van Toezicht van andere zorginstellingen over visitatie/auditing en over kennisuitwisseling.
- Benoem een Kwaliteitscommissie en ruim hierin een plaats in voor de zorgprofessionals van de instelling. Laat daarnaast ten minste een lid van de RvT een praktiserend zorgprofessional zijn (niet werkzaam in de eigen instelling). Agendeer het onderwerp kwaliteit systematisch. Beoordeel het functioneren van de instelling primair op kwaliteit. Definieer dat om te beginnen in termen van prestaties (in plaats van in procestermen). Prestaties in tweeërlei opzicht: de maatschappelijke opbrengst (gezondheidswinst en zorgresultaat) en werken conform de professionele standaard. IGZ-rapporten worden in de RvT besproken.
- Wees terughoudend met een benoemingsrecht voor OR of Cliëntenraad en met 'namens-constructies'.

De relatie tussen RvT en RvB

- Formuleer een gezamenlijke visie op governance, waarin het interne privaatrechtelijke, het externe privaatrechtelijke en het externe publiekrechtelijke toezicht een plaats hebben, evenals alle besturingslagen in de instelling.
- Formuleer de omgangsvormen op het vlak van kwaliteit en professioneel handelen en beschrijf de communicatie tussen de RvT en de zorgprofessionals van de instelling. Garandeer dat de RvT zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de geleverde zorg kan waarmaken.
- Geef de two tier gedachte consequent vorm in alle procedures en reglementen. Maak afspraken over de secretariële, financiële en inhoudelijke ondersteuning van de RvT. Gedacht kan worden aan een budget of aan de mogelijkheid om externe expertise in te schakelen als second opinion (à la de WOR). Dat laatste zou beperkt moeten worden tot de grote beslissingen over eigendom, statuten, rechtspersoonlijkheid, schaal, fusies en vervreemding.
- Laat geen misverstand ontstaan over de identiteit en de missie van de instelling. Expliciteer de functie die de instelling heeft in de samenleving en de rol die zij speelt in de borging van de publieke belangen. Geef aan hoe die rol zich verhoudt tot het instellingsbelang. Spreek op basis hiervan over en weer verwachtingen uit over rolvulling en gedrag en geef de prestatie-afspraken hierin een plaats. Laat de prestatie-afspraken een tweezijdig karakter hebben.

6.5 Implementatie en epiloog

Overheid moet het voortouw nemen om de patstelling te doorbreken

Dit advies gaat over de borging van kwaliteit door corporate governance onder marktcondities en schetst de rollen van overheid en zorgaanbieders in een eindperspectief. Betoogd is dat betrokkenen hun beoogde rol moeten nemen en consequent moeten vervullen. Zover is het nog niet. Er moet een kanteling teweeg worden gebracht. Het moment waarop die omslag wordt gemaakt is moeilijk exact te bepalen. Dan is de vraag wat precies de rol van de overheid moet zijn in de transitiefase. Moet zij van meet af aan haar nieuwe rol oppakken of moet zij dit geleidelijk doen, afhankelijk van de mate waarin zorgaanbieders en andere veldpartijen hun verantwoordelijkheid nemen? Moeten zij zich eerst bewezen hebben of verdienen zij op voorhand vertrouwen? De Raad is er voorstander van dat de overheid van meet af aan haar nieuwe rol neemt en deze ook consequent vervult. Dit ondanks feit dat zorgaanbieders bij problemen nog te gemakkelijk en te snel de overheid aanspreken en verwachten dat zij een oplossing aanreikt. Buiten de orde van dit advies speelt dit vooral bij instellingen met financiële problemen als gevolg waarvan de kwaliteit van zorg in het gedrang komt. De Raad komt medio 2009 expliciet op deze problematiek terug in een advies over steunverlening.

De Raad is ervan overtuigd dat alleen door het voortvarend oppakken van de nieuwe rol door de overheid een gedragsverandering bij veldpartijen te bewerkstelligen is. Zij moet duidelijk maken dat het ernst is en het voortouw nemen.

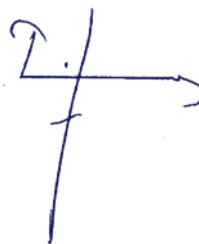
Zorgaanbieders moeten de handschoen oppakken

Tot slot dit. De RVZ kan zich voorstellen dat dit advies een vervolg krijgt. Niet alleen in een kabinetsstandpunt en in een parlementair debat daarover. Maar vooral in initiatieven in de zorgsector. Die initiatieven zijn nodig om het vertrouwen van de politiek te herwinnen. Want pas als dat is gebeurd, kan de zorgsector de hem toekomstende ruimte en vrijheid claimen. Good governance speelt hierin de hoofdrol.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Rien Meijerink,
voorzitter



Pieter Vos,
algemeen secretaris

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesvoorbereiding

Vanuit de Raad

Mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat
De heer prof. drs. R. Meijerink

Relevante functies en nevenactiviteiten Raadsleden:

De heer prof. drs. R. Meijerink

- Voorzitter Raad van Toezicht Universiteit van Utrecht.
- Voorzitter programmacommissie Evaluatie regelgeving (CER), ZonMw.

Mevrouw prof. drs. D.D.M. Braat

- Hoogleraar Gynaecologie en Obstetrie, UMC St. Radboud, Nijmegen.
- Voorzitter bestuur Stafconvent, UMC St. Radboud, Nijmegen

Mevrouw prof. M. Sint

- Voorzitter Raad van Bestuur Isala Klinieken, Zwolle.
- Lid Raad van Commissarissen BPF Bouwinvest, Amsterdam.

Mevrouw mr. A.M. van Blerck-Woerdman

- Lid Raad van Toezicht Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg.
- Lid Raad van Commissarissen ZorgConsult Nederland, Bilthoven.

Mevrouw drs. E.R. Carter

- Lid Raad van Bestuur GGZ Eindhoven.

Ambtelijke projectgroep

Mevrouw mr. M.W. de Lint, projectleider

Mevrouw dr. W.G.M. van der Kraan, projectmedewerker

De heer drs. P. Vos, projectmedewerker

Mevrouw J.J. Lekahena-de Wolf, projectsecretaresse

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Klankbordgroep Governance in de gezondheidszorg

De Raad is bij de voorbereiding van het advies bijgestaan door een klankbordgroep. Deze klankbordgroep bestond uit de volgende personen:

- De heer dr. J.C.F.M. Aghina, Scheidsgerecht Gezondheidszorg
- Mevrouw drs. C.C. van Beek, MCM, Nederlandse Zorgautoriteit

- De heer H.F. Dijkstal
- Mevrouw M-A. van de Griek, Algemene Rekenkamer
- De heer prof. dr. T.E.D. van der Grinten
- De heer dr. H. Hoek , C3 adviseurs en managers
- De heer drs. J.F. Huibers, MBO Raad
- De heer J. Kingma, Cliëntenraad Academische Ziekenhuizen
- Mevrouw prof. dr. P.L. Meurs, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
- De heer drs. H.G. Ouwerkerk, Brancheorganisaties Zorg
- De heer dr. W.M.L.C.M. Schellekens, Inspectie Gezondheidszorg
- De heer G.J. Schutte
- De heer prof. dr. N.A.M. Urbanus, Universiteit van Amsterdam

Deskundigenbijeenkomst

Op 19 november 2008 is een bijeenkomst belegd met deskundigen.

Bij deze bijeenkomst waren aanwezig:

- De heer ir. H.J.B.M. Abeln, Twynstra Gudde Management Consultants
- De heer ir. V.F.J. Baalman, Zorgconsult Nederland
- De heer G. Banneberg, Woonzorgadvies Swinhove Groep
- De heer dr. M.G. Boekholdt, VU, Faculteit Sociale Wetenschappen
- De heer J.Th. Kedzierski, Medisch Centrum Alkmaar
- De heer M. Rook, MBA, St. Antonius Ziekenhuis
- De heer M.C.M. van Schaik, Rabobank Nederland, afd. Gezondheidszorg
- De heer F.A. Voermans
- De heer C.J. Witte, Rivierduinen

Mevrouw drs. M.E. van Doorn, directeur Casemanagement groep BV en de heer mr. A.A. Westerlaken, Erasmus MC Raad van Bestuur hebben schriftelijk gereageerd op het concept-advies.

Geconsulteerden

Tijdens het adviestraject is met de volgende personen gesproken:

- De heer J.M. Bergs, voormalig voorzitter Vitalis zorggroep Eindhoven
- De heer B. Boelema, beleidsadviseur NZa
- Mw. M.E.J. Burm, Algemene Rekenkamer en projectleider bij kenniskring VWS
- De heer J.J.K. Gerards, directeur NVTZ
- De heer W.G.J.M. van der Ham, Orde Medisch Specialisten
- De heer J.J.G.M. van den Hoek, afdeling Innovatie, College voor Zorgverzekeringen
- De heer L. Hoppen, NZa
- De heer dr. S.A. Kluchert, interim-bestuurder zorg
- Mevrouw ir. J.M. Leemhuis-Stout, Brancheorganisaties Zorg

- De heer prof. Mr. J. Legemaate, beleidscoördinator gezondheidsrecht KNMG
- De heer prof. dr. C. van Montfort, Algemene Rekenkamer (en hoogleraar Tilburg)
- De heer dr. H.J. van der Steeg, consultant in zorg

Diner Pensant Good governance in de zorgsector

De USG Juristen (voorheen UJG, Utrechts Juristen Groep) heeft als auteur van een van de achtergrondstudies bij dit advies op 29 oktober 2008 een diner pensant georganiseerd. Tijdens dit diner is een concept-advies besproken. De volgende personen namen deel aan dit diner:

- J.M.M. Bakker, Lentis
- T.D.M. Bulthuis, Ergotherapie Nederland
- S. van Deelen, Marcomit
- B.J.M. Deitmers, Triversum
- D.Ch.G. Dequelle, GTI Healthcare
- J. Fidder, Stichting Ipse de Bruggen
- G. Freriks, Conexis/ERC
- S. Hagoort, Diamuraal
- S. Hanekroot, IntraPhone Nederland B.V.
- W. den Hartog, Rijnland Zorggroep
- J.F. van Hees, ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente
- S. Heutink, MARK it B.V.
- M. ter Horst, Centennium BI expertischuis
- F. de Jonge, Flevoziekenhuis
- Y.W. van Kemenade, Albert Schweitzer ziekenhuis
- H.P. Kuipers, Diabetes Fonds
- B. Kwadijk, Zorggroep Sint Maarten
- J. Langeveld, GGZ West Friesland
- F.P.J.M. Leijse, ITC Validation Consultants
- J.J.M. Linders, College Bouw Zorginstellingen
- W.A. van der Meeren, St. Elisabeth Ziekenhuis
- M.L. Mock, Mock Interim&Legal
- M.E.M. Nuyten, VNO-NCW
- M.M. Prins, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- L. de Putter, Arduin
- W.G. van Rijswoud, Rescue Nederland
- P.P.M. Ruijs, Zelfstandig
- M. de Ruijter, Agentschap CIBG
- J.W.P.Schnerr, ZUWE Hofpoort Woerden
- J.M. Schuite, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- G.C.M. van der Sman, Nobel Films Medical
- H. ter Steege, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- H.A. Tjabbes, CCE Nederland
- F.J. van der Tol, Van der Tol Legal
- J. de Vet, Primair Huisartsenposten
- M. Visser, Marcomit

- N. Vogel, Atlant Zorggroep
- P. Vos , RVZ
- P. ter Wal, ANDARE/Ter Wal Advies BV
- W.E. Wedman, Vlietland Ziekenhuis
- G.P. Welling, Huisartsenpost HOV / CHP Zuidoost Brabant
- J. Zoutberg, St. Cardanus
- R.A. Zoutendijk, Sint Laurensinstituut

Bijlage 2:

Voorbeelden publiekrechtelijke beroepsorganisaties

Publiekrechtelijke beroepsorganisatie	advocaten	notarissen	accountants
Reden	<ul style="list-style-type: none"> - Borging van de publieke functie van de advocaat. - Aan de advocaat zijn vanwege zijn taak en roeping rechten toegekend, waarvan de handhaving de rechtszekerheid dient. - Verplichte rechtsbijstand in civiele zaken. - Waarborg van beroepsgroep dat advocaten 'bij de vervulling van hun taken steeds de eerbied voor het recht zullen handhaven en het vertrouwen der rechtzoekenden verdienen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Behartiging van de publieke belangen die met de uitoefening van het notarisambt zijn gemoeid.. - De beroepsgroep in staat stellen om de orde in de eigen gelederen, de goede uitoefening van het ambt, de vakbekwaamheid, de financiële administratie en andere onderwerpen die voor haar bestaan en ontwikkeling van belang zijn, verbindend te regelen voor alle vakgenoten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Borging van de publieke functie van de accountant. - Grote en middelgrote ondernemingen zijn verplicht hun jaarrekening te laten controleren door een (register) accountant. - Voor het functioneren van de economie is het objectieve oordeel van de accountant en de waarde die in het maatschappelijk verkeer daaraan wordt toegekend van groot belang.
Eisen	<ul style="list-style-type: none"> - Publiekrechtelijk lichaam (134 GW), bij wet ingesteld. - Alle in Nederland ingeschreven advocaten vormen de Nederlandse orde van advocaten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Openbaar lichaam (134 GW), bij wet ingesteld. - Alle in Nederland gevestigde notarissen en kandidaat-notarissen zijn lid. 	<ul style="list-style-type: none"> - Openbaar lichaam (134 GW), bij wet ingesteld. - Alle registeraccountants die in het accountantsregister zijn ingeschreven, zijn lid.
Taken	<ul style="list-style-type: none"> - maken van verordeningen; - bevorderen van een goede beroepsuitoefening; - opkomen voor de rechten en belangen van de advocaten - toezien op de naleving van de plichten van de advocaten 	<ul style="list-style-type: none"> - maken van verordeningen; - bevorderen van een goede beroepsuitoefening; - bevorderen van de vakbekwaamheid; - bewaken van de eer en het aanzien van het ambt 	<ul style="list-style-type: none"> - belangenbehartiging van de beroepsgroep - ondersteuning bij de beroepsuitoefening - beheer accountantsregister
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> - een omvangrijk opleidingsprogramma voor de advocatuur - het opstellen van verordeningen en andere bindende regels voor advocaten - de zorg voor de tuchtspraak - voorlichting en dienstverlening aan de leden - advisering aan de overheid over beleidsvoornemens en wetsontwerpen 	<ul style="list-style-type: none"> - het opstellen van verordeningen en andere bindende regels voor notarissen - een opleidings- en cursusprogramma voor de notarissen - klachtenbehandeling - voorlichting en dienstverlening aan leden 	<ul style="list-style-type: none"> - vaststellen gedrags- en beroepsregels - verordeningen t.a.v. onafhankelijkheid, stelsel van kwaliteitsbeheersing en integere bedrijfsuitoefening - bevorderen van goede wet- en regelgeving - waarborgen van opleidings-eisen - toezicht op kwaliteitshandhaving van accountantsexamen - Beheer accountantsregister
Toezicht en verantwoording	<ul style="list-style-type: none"> - interne verantwoording 	<ul style="list-style-type: none"> - interne verantwoording - goedkeuring van verordening door minister 	<ul style="list-style-type: none"> - extern toezicht op accountantsorganisaties door AFM

Bijlage 3

Lijst van afkortingen

AMS	Arbeidsovereenkomst Medisch Specialisten
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BW	Burgerlijk Wetboek
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	diagnose-behandelcombinatie
DMS	Document Medische Staf
EPD	electronisch patiëntendossier
FTE	fulltime-equivalent
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
KB	Koninklijk Besluit
KNB	Koninklijke Notariële Beroepsorganisatie
LAD	Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
MIP	Meldingscommissie Incidenten Patiëntenzorg
MO	Maatschappelijke Onderneming
MTO	Model ToelatingsOvereenkomst
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Nivra	Nederlands Instituut van Registeraccountants
NOvA	Nederlandse Orde van Advocaten
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OMS	Orde van Medisch Specialisten
ORV	Onderzoeksraad voor veiligheid
PBO	Publiekrechtelijke BeroepsOrganisatie
RvB	Raad van Bestuur
RvC	Raad van Commissarissen
RVE	Resultaat Verantwoordelijke Eenheden
RvT	Raad van Toezicht
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
VVT	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHW	Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek
WMCZ	Wet medezeggenschap cliënten zorgsector
WOR	Wet op de ondernemingsraden
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
ZBC	zelfstandig behandelcentrum

Bijlage 4

Literatuurlijst

Aanen, D.K. De zorgbrede governancecode. *Zorg & Financiering*, 2006, no. 3, p. 10-30.

Algemene Rekenkamer. *Verbreding van de publieke verantwoording: verslaglegging, kwaliteitszorg en governance*. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2004.

Algemene Rekenkamer. *Publiek ondernemerschap: toezicht en verantwoording bij publiek-private arrangementen*. Persbericht. Den Haag: 8 september 2005.

Algemene Rekenkamer. *Goed bestuur tussen publiek en privaat: ontwikkelingen in bestuur, beleid en regelgeving*. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2006.

Algemene Rekenkamer. *Verantwoording en toezicht bij rechtspersonen met een wettelijke taak, deel 5: deel I: rapportage op hoofdlijnen*. Den Haag: Sdu uitgevers, 2006.

Algemene Rekenkamer. *Verantwoording en toezicht bij rechtspersonen met een wettelijke taak, deel 5: deel II: uitwerking naar thema's en ministeries*. Den Haag: Sdu uitgevers, 2006.

Algemene Rekenkamer. *Bestuur op afstand: tien jaar onderzoek van de Algemene Rekenkamer naar instellingen op afstand van het Rijk*. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2008.

Algemene Rekenkamer. *Goed bestuur in uitvoering*. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2008

Algemene Rekenkamer. *Kaders voor toezicht en verantwoording: uitgangspunten, redeneerlijnen en handreikingen van de Algemene Rekenkamer*. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2008.

Algemene Rekenkamer. *Op weg van aanbod naar vraag in zorg en onderwijs: een verkennend onderzoek naar de transitie van aanbod naar vraagsturing*. Den Haag: Algemene Rekenkamer, 2008.

Alleen chirurg weet dat je niet naar Lelystad moet. *NRC Handelsblad*, 4 oktober 2008.

Andringa de Kempnaer, M.G. de, et al. Maatschap aan de ketting. Medisch Contact, 63, 2008, no. 46, p. 1912-1915.

Arcare brancheorganisatie verpleging & verzorging, Geestelijke Gezondheidszorg Nederland, Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Nederlandse Federatie van Universitair medische centra, NVZ vereniging van ziekenhuizen en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Visie van de gezamenlijke branches van zorgaanbieders op toezicht: Zuinig, Zinnig en Zuiver Toezicht in de zorg. Utrecht, 2005.

Bakker, E., Brandsen, T. en M. Oude Vrielink. Vrij, Grenzen aan governance: een analyse van toezicht op controle. Bestuurskunde, 2007-4, p. 63-74.

Bijlsma, M.J. en J.M. Pomp. Kwaliteitstransparantie en concurrentie in de ziekenhuiszorg; kansen en dilemma's. Reeks gezondheidszorg, nr. 164. Den Haag: CPB. 2008.

Boers, I. en C.J. van Montfort. Goed bestuur in governancecodes. Goed bestuur: Tijdschrift voor governancevraagstukken, 2006, no. 4, p. 45-51.

Bolè, M. Modernisering ondernemings- en vennootschapsrecht. Amsterdam: Wieringa Advocaten, 2004.

Bossert, H., H. van Leeuwen, en P. Smidt. Governance beter verklaard: goed bestuur in de zorgpraktijk. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 2006.

Brancheorganisaties Zorg. Zorgbrede Governancecode. Utrecht: BOZ, 2005.

Commissie Hammerstein: dienstverlening notaris nog te kwetsbaar in onroerend goed. Het Juridisch Dagblad, 29 september 2005.

Commissie Health Care Governance. Health care governance: bestuur, toezicht, verantwoording. Soesterberg: p/a C3, 1999.

De Nederlandse Zorgautoriteit (Nza). Invloed consumenten op kwaliteit van AWBZ-zorg. Utrecht: Nza, 2008.

Deloitte, Branchegroep Gezondheidszorg. Grip op Governance in de Zorg: handvatten voor prestatiebestuur en risicobeheersing. Rotterdam: Deloitte, 2005.

Die, A.C. de. Toezicht op toezicht. Feit of fictie? Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 2005, no. 4, p. 280-290.

Een interne audit werkt beter dan externe visitaties. Mednet Magazine, nr. 18, 9 oktober 2008, p. 9.

Ernst & Young: sectorgroep Rijksoverheid. Congres 'toezicht, handhaving en integriteit': een gezamenlijke verkenning. Den Haag: 2003.

Ernste, D. en D. de Wit. Goed bestuur, werkboek voor maatschappelijke organisaties. Hippolytushoef: De Beuk Organisatieadvies, 2005.

Falende bestuurders mochten aanmodderen: IJsselmeerziekenhuizen: Inspectie en raad van toezicht lieten crisis jarenlang voortduren. NRC Handelsblad, 8 oktober 2008.

Feijter, C. de. Inspectie wil veilig werken gaan belonen. Huisarts en praktijk, juli 2008, p. 21-.

GGZ Nederland. Governance-commissie gaat van start. Persbericht. Amersfoort: GGZ Nederland, 2007.

Goed Bestuur. Tijdschrift over governance, 4, 2008, no. 1, 2, 4.

Gort, M. Eenheid in de brij: jaardocument Zorg komt tot wasdom. Zorgvisie, 2007, no. 4a, p. 6-9.

Grit, K. en P. Meurs. Verschuivende verantwoordelijkheden: Dilemma's van zorgbestuurders. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV, 2005.

Hall, A. van. Het nut van de rechtsvorm 'maatschappelijke onderneming'. Staatscourant, 2007, no. 39.

Hermans, B. en G. Scholten. Raden van toezicht bij zorginstellingen: een doorgeschoten fenomeen. Zorg & Financiering, 2008, no. 6, p. 10-24.

Hoek, H. Governance & Gezondheidszorg: Private, publieke en professionele invloeden op zorgaanbieders in Nederland. Proefschrift Rotterdam. Assen: Van Gorcum BV, 2007.

Hoek, H. Governance: spelregels en omgangsvormen in de zorgmarkt. Zorgmarkt, 2007, no. 4.

Hooge, E. en M. Faber. Gat in de markt? Over de ondernemende verzorgingsstaat. Socialisme & Democratie, 2005, no. 7/8, p. 20-59.

Houwen, L.G.H.J. Toezicht op zorgondernemingen. Arnhem: Dirkzwager advocaten en notarissen, 2005.

Houwen, L.G.H.J. Toezicht op zorgondernemingen. NJB, 2005, no. 24.

- Houwen, L.G.H.J. Nut en noodzaak van de zorg-bv: juridisch: de belangrijkste voor- en nadelen van de bv als rechtsvorm voor zorg-ondernemingen. *Zorgmarkt*, 2007, no. 1, p. 38-39.
- Joeloemsingh, D., Haeck, J. en W.M.L.C.M. Schellekens. Repressief optreden van de Inspectie in drie ziekenhuizen. *ZM*, 4, 2008, no. 4, p. 8-
- Kahn, Ph.S. De juridische relatie ziekenhuis-medisch specialist en kwaliteit van zorg. Proefschrift Rotterdam. Lelystad: Koninklijke Vermande, 2001.
- Kiers, B. Strijder voor de waarheid: Pieter van Vollenhoven, voorzitter Onderzoeksraad voor Veiligheid. *Zorgvisie Magazine*, 2008, no. 8, p. 8-11.
- Kraan, W.G.M. van der en P. Meurs. Effectieve medezeggenschap: een verkennend onderzoek naar effectieve vormgeving van medezeggenschap van cliënten in algemene ziekenhuizen. Rotterdam: Erasmus MC, iBMG, 2008.
- Meijerink, R. Wie is hier de baas? In: *Governance in het onderwijs: een nieuwe balans? Public Controlling*, reeks 14, p. 43-. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2007.
- Meurs, P. en T. Schraven. Langs de meetlat: een onderzoek naar het functioneren van raden van toezicht in de zorg. Rotterdam: Erasmus MC, Kenniscentrum Governance in de zorg, 2002.
- Meurs, P. en T. Schraven. Naar stimulerend en slim toezicht. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006.
- Meurs, P. en T. van der Grinten (red.). *Gemengd besturen: besturingsvragen en trends in de gezondheidszorg*. Den Haag: Sdu Uitgevers bv, 2005.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. De kaderstellende visie op toezicht (tevens kabinetsstandpunt op het rapport van de Ambtelijke Commissie Toezicht). Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2001.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. *Minder last, meer effect: zes principes van goed toezicht*. Den Haag: Ministerie van BZK, 2006.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. *Publiek verantwoord: handreikingen voor openheid in goed bestuur*. Den Haag: BZK, 2008.

Ministerie van Economische Zaken, kenniscentrum voor Orderingsvraagstukken. Public governance en maatschappelijk ondernemerschap: eindrapport. Den Haag: Ministerie van Economische Zaken, 2004.

Ministerie van Financiën. Zorg voor minder last: voorstellen voor het terugdringen van toezichtlasten en verwante lasten in de Nederlandse ziekenhuizen. Den Haag: 2007.

Ministerie van Justitie. Nota Modernisering ondernemings- en vennootschapsrecht. Den Haag: Ministerie van Justitie, 2004.

Ministerie van Justitie. Rapport van de projectgroep Rechtsvorm maatschappelijke onderneming (Commissie Wijffels). Den Haag, 2006.

Ministerie van Justitie. Wijziging van Boek 2 van het BW houdende regels voor de vereniging of stichting tot instandhouding van een maatschappelijke onderneming. Memorie van toelichting. CONCEPT

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Stand van zaken health care governance. Den Haag: VWS, 2 juli 2004.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Verdien(d) vertrouwen: toezichtvisie curatieve zorgstelsel. Den Haag: VWS, 10 februari 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Goed bestuur in de zorg: informatie over de transparantie-eisen Wet toelating zorginstellingen. Den Haag: 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Koers op Kwaliteit. Den Haag: VWS, 6 juli 2007.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer. Terugdringen administratieve lasten en regel-druk in de AWBZ. Den Haag: VWS, 6 februari 2007.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer. Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg. Den Haag: VWS, 27 juni 2008.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Programma "Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie". Den Haag: VWS, 23 mei 2008.

Nederlands Juristenblad. Themanummer Gezondheidsrecht tussen toezicht, marktwerking en aansprakelijkheid. NJB, 82, 2007, no. 26, p. 1569-1652.

Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen. diverse edities Nieuwsbrief periode 2005-2008. Zoetermeer: NVTZ

Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorginstellingen. Gedragslijnen voor verantwoord toezichthouden binnen zorginstellingen. Discussiestuk ten behoeve van regiobijeenkomsten. Zoetermeer: NVTZ, 2007.

Nederlandse Vereniging van Toezichthouders. Maatschappelijke onderneming. Nieuwsbrief 76, 2008.

Onderwijsraad. De maatschappelijke onderneming als rechtsvorm in het onderwijs. Den Haag: Onderwijsraad, 2007.

Onderwijsraad. De maatschappelijke onderneming als rechtsvorm in het onderwijs. Den Haag: Onderwijsraad, oktober 2007.

Onderzoeksraad voor Veiligheid. Een onvolledig bestuur proces: hartchirurgie in UMC St. Radboud. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2008.

Opheij, W. en E. Kaats. Bestuurders zijn van betekenis. Naarden: Twijnstra Gudde, 2008.

Piersma, J. en R. Roerink. Zorg wil geen status aparte: geen animo voor maatschappelijke onderneming. Financiële Dagblad, 16 april 2007.

Schaaf, H. en H. van der Steeg. Voorontwerp Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2008. Tilburg/Houten, 2008.

Scheer, W. van der, P. Meurs en D. Ngo. Bestuurders in beweging: ontwikkelingen in het profiel van bestuurders van gezondheidszorgorganisaties. Rotterdam: Erasmus CDMZ, IBMG, Erasmusuniversiteit, 2007.

Scheltema, M. Vloet de ministeriële verantwoordelijkheid nog bij een professionele overheidsorganisatie? NJB, 2000, no 38, p. 1861-1867.

Schilder, A., R.H.J. Mosch en M. Hage. Advies Toezicht op woningcorporaties aan de minister van VROM. Amsterdam: DNB, 2006.

Schillemans, T. Verantwoording in de schaduw van de macht: horizontale verantwoording bij zelfstandige uitvoeringsorganisaties. Proefschrift Universiteit Utrecht. Den Haag: Lemma, 2007.

Schillemans, T. Horizontale verantwoording bij zelfstandige uitvoeringsorganisaties. Tijdschrift voor Beleid, politiek en maatschappij, 34, 2007, no. 4, p. 199-209.

Schouten, N. Oprukkende marktlogica brengt de samenleving schade toe. Christen Democratische Verkenningen. 2007.

Sijmons, J.G. et al. Maatschappelijk ondernemen in het bijzonder in de zorg. Preadvis Vereniging Handelsrecht. Deventer: Kluwer, 2008.

Sijmons, J.G., et al. Maatschappelijk ondernemen in het bijzonder in de zorg: preadvies van de vereniging 'Handelsrecht'. Deventer: Kluwer, 2007.

Smidt, P. Profiel en taken van de raden van toezicht in de praktijk. Zorgvisie, 36, 2006, no. 5b, p. 33-34.

Sociaal-Economische Raad. Advies Ondernemerschap voor de publieke zaak. Den Haag: SER, 2005.

Sociaal Economische Raad. Advies Evenwichtig Ondernemingsbestuur. Den Haag: SER, 2008.

Sociaal Economische Raad. Evenwichtig Ondernemingsbestuur: externe consultatie en (onderzoeks)rapportages. Den Haag: SER, 2008.

Sociaal en Cultureel Planbureau. De school bestuurd: schoolbesturen over goed bestuur en de maatschappelijke opdracht van de school. Den Haag: SCP, 2008.

Staatstoezicht op de volksgezondheid. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2008-2011. Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Den Haag: IGZ, 2007.

Stout, H. Weerbare waarden: borging van publieke belangen in nutssectoren. Intreerede. Delft: 21 september 2007.

Telgenkamp, M.L.C. Balanceren tussen markt en overheid. Prismant magazine, 2005, p. 14.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Toezicht op uitvoering publieke taken. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 1997-1998. No. 25 956-1,2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Publiek ondernemerschap: toezicht en verantwoording bij publiek-private arrangementen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2004-2005. No. 30 220-1,2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Publiek ondernemerschap Toezicht en verantwoording bij publiek-private arrangementen. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2005-2006. No. 30 220.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Economische Zaken (XIII) voor het jaar 2006. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2005-2006. No. 30 300 XIII.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Wettelijke regeling van het notarisambt, mede ter vervang van de wet van 9 juli 1842: brief van de minister van Justitie. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2005-2006. No. 23 706-64.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2007: brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2006-2007. No. 30 800 XVI.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Patiënten- en cliëntenrechten. Brief minister en staatssecretaris met het programma 'Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: Investeren in de zorgrelatie'. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2007-2008. No 31 476. No. 1.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2007-2008. No. 31 122.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Kwaliteit van zorg. Brief van de minister en staatssecretaris over de regie op de speerpunten van het kwaliteitsbeleid van de zorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2008-2009, 31765, no. 1.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vaststelling begroting Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2009. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2008-2009. 31700 XVI. No. 47, 49, 50, 58 en 92.

Veldkamp, A.M.E., M. Verbree en M. Hübner. Onderzoeksrapport Veranderend toezicht: over de maat van dingen. AV Veldkamp Juridisch Advies, Verbree Juridisch Advies en UJG, 2008.

Vries, E. de, et al. Alles onder controle: één checklist voor het hele chirurgische traject. Medisch Contact, 62, 2007, nr. 36, p. 1463-1466.

Vries, J. de. Politiek-bestuurlijk management en de bedrijfsmatige overheid. In: Vries, J. de en M.J.E.M. van Dam. Politiek-bestuurlijk management: een blik achter de gouden muur. Alphen aan den Rijn: Samson, 1998.

Waaier, B.C.M. Het beste van twee werelden: over het rapport van de commissie Hammerstein. WPNR, december 2005, p. 1025.

Werkgroep Publieke Verantwoording. Vertrouwen in verantwoording. Den Haag: Werkgroep Publieke Verantwoording, 2008.

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA. Investeren in de samenleving: een verkenning naar de missie en positie van de maatschappelijke onderneming. Den Haag: WI voor het CDA, 2005.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Bewijzen van goede dienstverlening. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2004.

Willemse, H. Nieuwe rechtsvorm is niet nodig voor 'publieke' bedrijven. Financieel Dagblad, 26 april 2007.

ZM Magazine. Themanummer De staat van het toezicht. ZM magazine, 17, 2001, no. 11.

ZM Magazine. Themanummer Governance. ZM magazine, 23, 2007, no. 6.

ZM Magazine. Themanummer Ondernemen in de zorg. ZM magazine, 23, 2007, no. 9.

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net).

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Adviezen en achtergrondstudies

09/04	Governance en kwaliteit van zorg
09/02	Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang
08/12	Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies
08/11	Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg
08/09	Schaal en zorg: achtergrondstudies
08/08	Schaal en zorg
08/07	Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop)
08/06	Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop)
08/05	Zorginkoop
08/04	Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies
08/03	Screening en de rol van de overheid
08/02	Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZ-advies Beter zonder AWBZ?)
08/01	Beter zonder AWBZ?
07/04	Rechtvaardige en duurzame zorg
07/03	Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies
07/02	Vertrouwen in de arts
07/01	Briefadvies De strategische beleidsagenda zorg 2007-2010
06/12	De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?
06/11	Publieke gezondheid: achtergrondstudies
06/10	Publieke gezondheid
06/09	Arbeidsmarkt en zorgvraag: achtergrondstudies
06/08	Arbeidsmarkt en zorgvraag
06/07	Zicht op zinnige en duurzame zorg (achtergrondstudie bij het advies Zinnige en duurzame zorg)
06/06	Zinnige en duurzame zorg
06/04	Strategisch vastgoedbeheer in de zorgsector: economische en juridische aspecten (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
06/03	Dossier management van vastgoed in de zorgsector (achtergrondstudie bij het advies Management van vastgoed in de zorgsector)
06/02	Management van vastgoed in de zorgsector

06/01	Briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg
05/15	Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief
05/14	De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/13	Informele zorg: het aandeel van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/12	Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/11	Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies Mensen met een beperking in Nederland: de AWBZ in perspectief)
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)
05/04	Van weten naar doen
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)
04/08	Gepaste zorg
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)
04/01	De Staat van het Stelsel
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)
03/14	Acute zorg
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)

03/12	Gemeente en zorg
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)
03/05	Van patiënt tot klant
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)
02/14	Gezondheid en gedrag
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid
02/11	Biowetenschap en beleid
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)
02/05	E-health in zicht
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)

02/02	‘Nieuwe aanbieders’ onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)
02/01	Winst en gezondheidszorg
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)
01/10	Volksgezondheid en zorg
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico’s bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico’s voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/08	Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico’s (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico’s voorzien, voorkomen en verzekeren)
01/07	Gezondheidsrisico’s voorzien, voorkomen en verzekeren
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkenkende studie)
01/04E	Healthy without care
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)
00/03	De rollen verdeeld

Bijzondere publicaties

09/01	De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF)
08/10	Versterking voor gezinnen. Preadvies Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familieverband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties)
Sig 08/01A	Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer
07/06	Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitational conference, 22 mei 2007)
Sig 07/01A	Publieksversie signalement Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?
06/05	De AWBZ voldoet niet meer. Verslag van vier debatten met de zorgsector over het advies van de RVZ over de AWBZ
06/01E	Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
05/13E	Informal care: The contribution of carers and volunteers to long-term care
05/16	Adviseren aan de andere overheid (verslag van de invitational conference, 16 juni 2005)
05/10	Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))
05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg

05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)
04/10	De RVZ in beweging (Evaluatierapport RVZ 2000-2004)
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)
03/11E	The preferences of healthcare customers in Europe
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen
01M/01E	E-health in the United States
01M/01	E-health in de Verenigde Staten
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel
01M/01	Management van beleidsadvisering
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)

Signalementen met achtergrondstudies

Sig 07/02	Goed patiëntschap
Sig 07/01	Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?
Sig 05/04	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: essays en maatschappelijk debat (behoort bij briefadvies Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg (06/01) en bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement (Sig 05/02)).
Sig 05/03	Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)
Sig 05/02E	Tenable Solidarity in the Dutch Health Care System
Sig 05/02	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg: signalement
Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid (CEG)

Sig 08/02	Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingsituaties
Sig 07/04	Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid
Sig 07/03	Financiële stimulering van orgaandonatie
Sig 07/02	Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg
Sig 06/01	Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren (RVZ/GR)

- Sig 05 Signalering ethiek en gezondheid 2005; waarin de volgende signalelementen zijn opgenomen:
- Opsporing gezocht? Screening in de huisartspraktijk (RVZ/GR)
 - Zorgverlener en opsporingsambtenaar?
 - Ethiek in zorginstellingen en zorgopleidingen: achtergrondstudie
 - Ethiek in zorginstellingen en zorgopleidingen
- Sig 04 Signalering ethiek en gezondheid 2004; waarin de volgende signalelementen zijn opgenomen:
- Geavanceerde thuiszorgtechnologie: morele vragen bij een nieuwe zorgpraktijk
 - Mantelzorg, kostenbeheersing en eigen verantwoordelijkheid
 - Economisering van zorg en beroepsethiek (signalelement)
 - Economisering van zorg en beroepsethiek (achtergrondstudie)
- Sig 03 Signalering ethiek en gezondheid 2003; waarin de volgende signalelementen zijn opgenomen:
- Eisend gedrag en agressie van zorgvragers
 - Drang en informele dwang in de zorg
 - Culturele eigenheid en zelfbeschikking van allochtone zorgvragers
 - Zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid van mensen met een verstandelijke handicap

Bijzondere CEG publicaties

- 08 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaandonatie VWS)
- 06 Over keuzevrijheid en kiesplicht. Een verkenning van opvattingen over het keuze-ideaal in de zorg
- 04 De vertwijfeling van de mantelmeeuw. Een verkenning van ethische dilemma's rond mantelzorg

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.

- VG 05/04 Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
- VG 05/03 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
- VG 05/02 Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)
- VG 05/01 Bestrijding vrouwelijke genitale verminking

Werkprogramma's en jaarverslagen

09/03	Werkprogramma 2009
07/05	Werkprogramma 2008
00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002
04/12	Jaarverslag 2002-2003 RVZ
02/08	Jaarverslag 2001 RVZ
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ